



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

VANESSA CARLOS

**A ESCUTA PSICANALÍTICA NA VISITA DOMICILIAR DO  
SUAS:**

**UMA CLÍNICA POSSÍVEL?**

---

Londrina  
2023

VANESSA CARLOS

**A ESCUTA PSICANALÍTICA NA VISITA DOMICILIAR DO  
SUAS:  
UMA CLÍNICA POSSÍVEL?**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para certificação, em nível de Mestrado, do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGSI) da Universidade Estadual de Londrina na Linha Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

Londrina  
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Carlos, Vanessa.

A escuta psicanalítica na visita domiciliar do SUAS : uma clínica possível? / Vanessa Carlos. - Londrina, 2023.  
202 f.

Orientador: Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2023.  
Inclui bibliografia.

1. Atendimento domiciliar - Tese. 2. Psicanálise - Tese. 3. Fatos Clínicos - Tese. I. Elizabeth Barreto Tavares dos Reis, Maria . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

VANESSA CARLOS

**A ESCUTA PSICANALÍTICA NA VISITA DOMICILIAR DO SUAS:  
UMA CLÍNICA POSSÍVEL?**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para certificação, em nível de Mestrado, do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Estadual de Londrina, na Linha Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elizabeth Barreto  
Tavares dos Reis  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Máira Bonafé Sei  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Cassandra Pereira França  
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Londrina, 27 de fevereiro de 2023

## DEDICATÓRIA

A Deus e claro, à Nossa Senhora, por abrirem e resguardarem o meu caminho

Aos meus pais Nilson e Rosângela por me sustentarem antes mesmo que eu conseguisse andar, falar ou escrever e permitiram que eu viesse a ser independente

Ao meu marido Reinaldo Wauter de Lima Junior, amor da minha vida, por ser homem que sabe apoiar, cuidar e não tem medo de mulher voar

A minha orientadora Dra. Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis, por ter sido o farol que norteou a pesquisa e o porto que me acolheu

Aos meus sobrinhos Danilo e Helena por serem a esperança de um renovar

As minhas amigas Carol, Laís, Paula e Paulinha por manterem afeição independente das ausências

## AGRADECIMENTOS

As mães por me permitirem adentrar as suas casas e divulgar esta pesquisa

A Profa. Dra. Máira Bonafé Sei, por aceitar compor esta mesa e por, competentemente ter sido a primeira a me ensinar a clinicar

A Profa. Dra. Cassandra Pereira França por aceitar compor a mesa e cruzar as barreiras geográficas para compartilhar o conhecimento

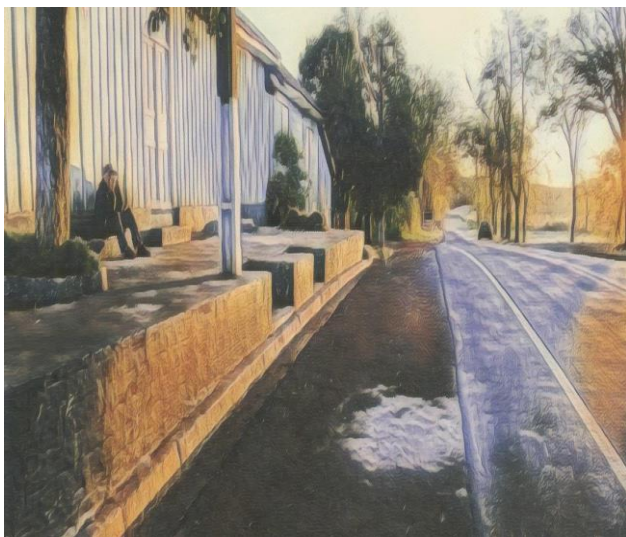
A minha ex-colega Assistente Social Soraya Garcia Campos, a qual respeitou meu fazer e aceitou o desafio de trabalhar na rural

A minha atual colega Assistente Social Renata Gomes Botelho, que mesmo imersa em perdas não deixou de me apoiar e incentivar

Aos meus colegas da Pós-graduação em Psicologia, por tornarem o pesquisar menos solitário e me mostrarem a multiplicidade da produção acadêmica

Aos meus colegas do espaço de trabalho, por me ensinaram a questionar e construir em conjunto e à coordenadora do Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias por ensinar que as situações não definem as pessoas e que mulher pode ser o que quiser.

Agradeço aos funcionários (as) da Universidade Estadual de Londrina que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse finalizado em uma universidade pública.



*Sigo pela estrada procurando...*

*fendas de luz*

*casas a visitar*

*pessoas a escutar*

*para quem sabe clinicar*

*Sigo pela estrada desconstruindo...*

*certezas*

*paredes*

*pobrezas*

*Para quem sabe a relação evidenciar*

*Vanessa Carlos*

Carlos, V. (2023). *A escuta psicanalítica na Visita Domiciliar do SUAS: Uma clínica possível?* 202 páginas. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

## **RESUMO**

Considerando a atuação do Psicólogo no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a presente pesquisa teve por objetivo analisar a importância da escuta psicanalítica na visita domiciliar no SUAS. Utilizou-se o método psicanalítico de pesquisa, por meio da construção de fatos clínicos psicanalíticos. Participaram sete mulheres, mães de filhos com deficiência, que residiam na zona rural de um município do estado do Paraná e que foram atendidas nos domicílios pelo Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, no período de junho de 2015 e julho de 2019. A coleta de dados foi realizada, a partir das informações relatadas em prontuários e diário de campo da psicóloga-pesquisadora, relativos aos atendimentos domiciliares às respectivas mães. A análise dos dados iniciou com a leitura, com atenção flutuante, do material coletado. A seguir foram selecionados fatos clínicos detectados nos atendimentos realizados nas visitas domiciliares realizadas. Os quais foram analisados, a partir dos fundamentos teóricos da psicanálise, especialmente considerando a relação transferencial estabelecida entre cada mãe participante e a psicóloga-pesquisadora. Os fatos clínicos foram organizados em três categorias temáticas: visita domiciliar, a escuta inicial; a escuta e sua interface com o cuidado; visita domiciliar, a escuta final às mães. Verificou-se que, a escuta clínica ofertada favoreceu a compreensão de novos significados de questões emocionais vivenciadas por aquelas mães, que possuíam filhos com deficiência e viviam em situação de desproteção social. Assim, embora a visita domiciliar seja desafiadora e cercada de imprevistos, foi considerada uma modalidade de atendimento e intervenção potente, por possibilitar a aproximação do profissional de psicologia tanto à realidade social quanto psíquica das mães atendidas. Nesse sentido, constatou-se também que a visita domiciliar é uma importante ferramenta de intervenção no campo social, que a escuta atenta e a observação apurada são recursos relevantes para a compreensão e interpretação dos fenômenos detectados.

**Palavras-chave:** Atendimento domiciliar. Psicanálise. Fatos Clínicos.

Carlos, V. (2023). *The psychoanalytical listening in the home visit of the SUAS: A possible clinic?* 202 pages. (Masters Dissertation in Psychology). State University of Londrina, Londrina.

## **ABSTRACT**

Considering the role of the Psychologist in the Unified Social Assistance System (SUAS), this research aimed at analyzing the importance of psychoanalytical listening in home visits in SUAS. The psychoanalytic research method was used, through the construction of psychoanalytic clinical facts. Seven women participated, mothers of children with disabilities, who lived in the rural area of a municipality in the state of Paraná and who were assisted in their homes by the Special Social Protection Service for people with disabilities, elderly and their families, in the period from June 2015 and July 2019. Data collection was carried out, from the information reported in medical records and field diary of the psychologist-researcher, related to home care to the respective mothers. The data analysis started with the reading, with floating attention, of the collected material. Then clinical facts detected during the home visits were selected. These were analyzed, based on the theoretical foundations of psychoanalysis, especially considering the transferential relationship established between each participating mother and the psychologist-researcher. The clinical facts were organized into three thematic categories: home visit, the initial listening; listening and its interface with care; home visit, the final listening to the mothers. It was verified that the clinical listening offered favored the understanding of new meanings of emotional issues experienced by those mothers, who had children with disabilities and lived in a situation of social unprotection. Thus, although the home visit is challenging and surrounded by unforeseen events, it was considered a powerful modality of care and intervention, as it allows the psychology professional to get closer to both the social and psychological reality of the mothers assisted. In this sense, it was also found that the home visit is an important tool for intervention in the social field, that attentive listening and careful observation are relevant resources for the understanding and interpretation of the phenomena detected.

**Keywords:** Home care. Psychoanalysis. Clinical Facts.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Caracterização das participantes.....	102
<b>Figura 2</b> – Modelo utilizado para coleta de dados.....	106

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADEFIL	Associação dos Deficientes Físicos de Londrina
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial Adulto
CAPSi	Centro de Atendimento Psicossocial Infantil
CÁRITAS	Organização humanitária da igreja católica
COHAB	Companhia de Habitação Popular
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MP	Ministério Público
NOB	Norma Operacional Básica
PCD	Pessoa com deficiência
PSB	Proteção Social Básica
PSB	Proteção Social Especial
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VD	Visita Domiciliar
VI	Visita Institucional

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	20
2.1	DENTRO DAS QUATRO PAREDES: CLINICAR OU FISCALIZAR NA VISITA DOMICILIAR? ...	20
2.1.1	O psicólogo no SUAS.....	20
2.1.2	Visitas Domiciliares.....	25
2.2	FORA DAS QUATRO PAREDES: A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO CAMPO SOCIAL É POSSÍVEL?.....	43
2.3	NEM DENTRO, NEM FORA: A CLÍNICA DO CUIDADO EXISTE, NO CAMPO SOCIAL? .....	64
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	85
3.1	GERAL .....	85
3.2	ESPECÍFICOS .....	85
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	86
4.1	PARTICIPANTES.....	101
4.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO.....	103
4.3	CUIDADOS ÉTICOS.....	103
4.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	104
4.5	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS .....	107
4.6	PROCEDIMENTOS PARA VALIDAÇÃO DOS DADOS.....	109

<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	111
5.1	VISITA DOMICILIAR: A ESCUTA INICIAL.....	111
5.2	A ESCUTA E SUA INTERFACE COM O CUIDADO .....	129
5.2.1	O cuidado: um diagnóstico, um desgaste e uma sobrecarga.....	129
5.2.2	O cuidado: uma desproteção.....	142
5.2.3	O cuidado: um investimento e uma escuta Possível.....	153
5.3	VISITA DOMICILIAR: A ESCUTA FINAL ÀS MÃES .....	165
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	179
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	184
	<b>ANEXOS</b> .....	198
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das participantes .....	199
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Assistente Social .....	201

## 1 INTRODUÇÃO

A psicóloga-pesquisadora que vos escreve inicia a apresentação deste trabalho demarcando que, apesar dos termos “Psicóloga” ou “Pesquisadora”, nunca se julgou “sabedora”, pelo contrário, se autointitula “perguntadora”. De antemão, é preciso situar ao caro leitor, que este trabalho surgiu do interesse e da prática da própria psicóloga-pesquisadora no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), especificamente sobre o nível de proteção social especial de média complexidade no Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias o qual majoritariamente se efetiva através de Visita Domiciliar.

Para além disso, a psicóloga - pesquisadora concentra sua ação na região Rural, onde atendeu as mães de pessoas com deficiência e vivenciou inúmeros questionamentos, e particularidades, no fazer e no estar neste território. Por isso, neste momento, peço licença aos leitores para utilizar, em minha escrita, a primeira pessoa. Até mesmo porque, parto do princípio que eu - psicóloga-pesquisadora não distancio minha "pessoalidade" do objeto que me proponho a estudar. Na verdade, acredito que é justamente isso que confere criatividade e singularidade ao ato de pesquisar, e que este objeto nunca o é de todo acabado.

Sendo assim, a motivação para que eu pesquisasse este tema para a dissertação, partiu das minhas próprias apostas e inquietações, as quais, cotidianamente, iam surgindo e se repetindo a cada casa que eu entrava, e a cada mãe que eu ouvia. Sinceramente, desde a primeira visita domiciliar e até hoje, eu mantenho apostas e não respostas. Sobretudo, aposto que a escuta psicanalítica pode se dar em uma visita domiciliar. Aposto que, através da relação transferencial e contratransferencial posso apreender novos sentidos a partir do que foi vivenciado, por mim, nos atendimentos domiciliares. Aposto que a teoria psicanalítica comporta elementos que me auxiliam no atendimento domiciliar e que estes podem ser transmitidos através da publicação da análise de fatos clínicos, aos usuários e aos demais

psicólogos.

Para além das apostas, nunca pretendi apagar meus incômodos, os quais também acabaram sendo vetores do pesquisar. Creio que o primeiro deles ocorreu logo ao ingressar no respectivo serviço, pois, afinal, as proibições que eu-psicóloga tinha naquele campo, estavam bem redigidas e eram bem ditas. Entretanto, nunca foram esclarecidas as competências específicas ou as possibilidades de atuação. Logo, entendi que meus incômodos seriam propulsores para construir algo. Tratava-se de uma oportunidade e não de uma rivalidade. Até mesmo porque uma lei me tornou obrigatória ali, mas nem sempre quem escreve o papel sabe o que redige (Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011). Normalmente sabe bem quem o faz. Então, automaticamente recaiu sobre minhas costas, a responsabilidade de encontrar sentido e utilidade para o que eu mesma fazia e ter cuidado em não responder, apenas, ao que um outro esperava.

Adianto que, em nenhum momento eu cogitei aplicar a psicoterapia nos atendimentos domiciliares, a questão nunca foi essa (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013). O que me angustiava era que, a escuta clínica era intrínseca à minha formação e eu precisava entender melhor sua aplicação e limites nesse novo *setting*. Eu literalmente me vi sem roteiro, mas simplesmente não consegui descartar a escuta clínica. Eu não podia descolá-la do meu corpo e dos meus sentidos. Aliás, ao redigir esta apresentação, me recordei da minha primeira experiência profissional como psicóloga na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, onde descobri a potência de se trabalhar em equipe e com a clínica ampliada na atenção básica escrevendo “A Psicologia no Núcleo de Apoio a Saúde da Família: compondo saberes e fazeres” (Carlos, 2014). Não à toa, o que mais eu amava era realizar visitas e ali a palavra clínica podia ser livre.

Em contraponto, nos trabalhadores sociais, eu percebia o temor em usar a palavra “clínica”. Era como se a escuta clínica não pudesse se aproximar, muito menos existir no

campo social e a afronta maior seria em uma visita domiciliar. Eu ouvia o jargão “aqui não se faz clínica”. “Não pode isso”. “Não pode aquilo”. E eu, só queria saber o que era possível e não o impossível. Havia uma associação direta do sinônimo de clínica ao consultório particular - um equívoco como se esta fosse a única escuta clínica possível.

Todavia, estes questionamentos e entendimentos não me paralisaram. Eu continuei disposta a ouvir, observar e sentir nas visitas domiciliares. Em minha atuação na Assistência Social, parecia que não importava como fosse ou aonde fosse, as falas ressoavam como um “quê de clínica”. Por vezes, em uma visita domiciliar conjunta com a Assistente Social nós ouvíamos a mesma frase literal do usuário, porém o significado e os efeitos ressoavam de maneira diferente em cada uma. Nesse ponto, eu percebi a riqueza do atendimento conjunto com outra disciplina do conhecimento, porém também fui constatando a presença da escuta singular da Psicanálise e sua importância em compreender a comunicação subjetiva das mães atendidas.

Frequentemente, nos atendimentos domiciliares, ao escutar estas mães – mulheres solitárias e desgastadas pela função de cuidar dos filhos com deficiência – eu conseguia ouvir o som do inconsciente sussurrar, a relação transferencial se incorporar, e, pude sensações contratransferenciais vivenciar, as quais, me pus neste escrito a rascunhar. Dentro de suas casas, comumente as mães revelavam histórias, realidades, demandas e potencialidades em um espaço que não era meu, mas sim delas, e que, na maioria das vezes, eu adentrava sem ter sido convidada. Eu atendi tantas mães em tantas casas que este escrito não comporta.

Eu ouvi em tantas varandas, barracos, quartos, salas. Pela janela eu via a lavoura e nenhum prédio. Eu ouvi na chuva, no sol, no frio. Eu ouvi silêncios, sorrisos e choros. Eu ouvi com pessoas estranhas chegando, animais passando, crianças correndo. Eu ouvi panelas a queimar e chaleiras a apitar. Eu senti tantas emoções, tantos cheiros. Vi tantas cenas que contradiziam as palavras. Presenciei a desigualdade social. E às vezes, assim como as

famílias, eu me sentia isolada.

Parecia que eu era a única que ia até lá. Por algumas horas, meu mundo se tornava outro. Sem celular, literalmente, eu só carregava meus ouvidos, minhas pernas e um caderno. Antes de ouvir, na verdade, eu rezava para chegar. Eram estradas tortas, sem asfalto ou com o poeirão subindo. Era lama. Um barro vermelho que depois não saia dos pés. Eram endereços marcados por um “abacateiro” ou “carreador” e nenhuma placa. Com insistência, chegando às casas, eu não conseguia me eximir de ser uma psicóloga branca de olhos claros, que atendia uma parcela populacional que não se refletia em minha cor e condição social. Afinal, eu escrevi uma dissertação enquanto atendia muitas mães analfabetas, em sua maioria pretas, em situação de desproteção social.

Eu, sem nenhum filho atendia mulheres que na mesma idade tinham vários, incluindo, um ou mais com deficiência. Eu vim de uma família que se autointitula “estruturada” por ter “pai e mãe” e sei que fui cercada de proteção e cuidado (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome [MDS], 2011). Porém, aquelas mães lutavam para criar seus filhos sem retaguarda nenhuma. Por vezes, estas já haviam sido violadas desde a infância, seja pela família ou pelo estado, e ironicamente, eu estava ali, “batendo na sua porta”, enviada pelo mesmo órgão negligente para proteger e exigir que elas cuidassem “melhor” de seus filhos. Eu estava em um lugar tão desconfortável, que esse processo me convocou a estudar - li mais detalhadamente portarias, cadernos e pesquisas e vi que havia uma brecha nos escritos, e similaridade no incômodo de outros a respeito.

Então, emendei uma pós-graduação em Saúde Mental onde discorri um trabalho intitulado: “Dimensão clínica de um ator social: o psicólogo na Política de Assistência Social brasileira” (Carlos, 2017). Porém, as perguntas continuaram a reverberar em mim. Engraçado como nunca encontrava respostas, no fundo acho que é porque eu não as procurava. Sempre sigo em busca de algo. Por isso, me aventurei a escrever o artigo: “Visita domiciliar no

SUAS: O psicólogo entre a cruz e a espada” (Carlos, 2019). Continuei a refinar minha prática e até rascunhei um outro escrito mais solto em “Carta às Marias que visitei: relato de experiência de uma psicóloga que atua no Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias” (Carlos, 2021).

Acho que nesta última, minha esperança era que as próprias atendidas lessem. Que ironia! Minhas perguntas foram aumentando e não me apressei em publicar nenhum destes materiais. Caminhei então para chegar na dissertação atual. Mas, admito que mesmo refazendo levantamentos bibliográficos e finalizando este texto, conto com futuros pesquisadores e psicólogos, para manter minha latência de incompletude clínica e teórica. Espero que em alguma medida este trabalho sirva para amparar e impulsionar os psicólogos, que atuam no SUAS. Espero que contribua para a defesa da escuta clínica no atendimento ao usuário, esteja este onde estiver.

Frente ao exposto, sigo norteada pela questão: A escuta psicanalítica na visita domiciliar é uma clínica possível no SUAS? E para percorrer tal problemática, o presente trabalho foi organizado em três capítulos teóricos. O primeiro capítulo versou sobre a visita domiciliar, problematizando as vantagens e desvantagens do uso desta ferramenta de intervenção, sob uma perspectiva crítica e clínica, além disso situou o contexto da política social e da atuação do profissional psicólogo. O segundo capítulo discutiu a viabilidade da clínica da psicanálise no campo social e o terceiro as facetas da clínica do cuidado na assistência social.

Por fim, esta psicóloga-pesquisadora concorda com as palavras de Carvalhaes (2019) porque, “não há como teorizar, de modo absoluto, o que produz em termos de experimentação clínica, pois não apreendo todos os cacos das minhas palavras e das minhas ações” (p.5). Portanto, esta pesquisa não tratará de suprimir diferenças ou anular as problematizações das desigualdades sociais em defesa da clínica. Não se trata de escolher o

lado clínico ou social. A escuta abraça o que vêm e não fragmenta a subjetividade. Com isso, o que se almeja é continuar escutando as singularidades, desigualdades e desproteções estejam onde estiverem.

Nesse sentido, não me descrevo como especialista, mas sim como eterna estudante. Neste reduto tento preservar alguns atributos destacando, um gosto evidente pela palavra e um interesse espontâneo pelas pessoas, por mais diferentes que elas sejam sem impor preconceitos e certezas. Ademais, sigo pesquisando humilde, não só quanto aos efeitos e resultados do que espero, mas também, tal qual Calligaris (2008), aceitando as condições impostas pelos atendidos e limites de quem vos escreve. Torço para que outros façam o uso deste escrito como um disparar para desvendar outras “clínicas”.

## DESENVOLVIMENTO

### 2.1 DENTRO DAS QUATRO PAREDES: CLINICAR OU FISCALIZAR NA VISITA DOMICILIAR?

Situa-se que apesar deste trabalho elencar a Visita Domiciliar como modalidade principal de investigação e intervenção, considera-se que esta ferramenta não pode ser descolada do contexto maior que se localiza, muito menos do perfil profissional de quem a executa. Por isso, tornou-se relevante pincelar o cenário que configura o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e o Psicólogo como um ator que problematiza sua prática antes mesmo de visitar. Afinal, "não é na soma, mas sim na *relação* estabelecida entre as partes, que a realidade existe e revela seu sentido mais complexo" (Amaro, 2003, p.20).

#### 2.1.1 O Psicólogo no SUAS

Explana-se então, que a assistência social apareceu no cenário brasileiro em 2005 amparada pela Constituição Federal Brasileira (CFB) (1988) e pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (1993). O SUAS funciona como um aparato de direito público e proteção aos cidadãos através de serviços, benefícios, programas e projetos para aqueles que virem a necessitar, independente de contribuição previdenciária. De forma geral, o SUAS organiza-se e efetiva-se nos níveis de Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) (MDS, 2014).

A PSB como a própria sigla suscita, busca prevenir situações de vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais. Em contrapartida, as atividades da PSE são diferenciadas em média e alta complexidade, sendo a primeira aquela em que existe a fragilidade de vínculos familiares e comunitários, mas não o seu rompimento; já a segunda, demarca a ruptura desses

laços (CFP, 2013). Diversos serviços compõem a rede de proteção socioassistencial, os quais não cabem em totalidade neste escrito, mas se encontram bem descritos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (MDS, 2014). Salienta-se, contudo que, devido à experiência da psicóloga-pesquisadora, este trabalho se ateve à especificidade de intervenção no nível da média complexidade, mais especificamente, no campo dos Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREASs).

Por isso, torna-se relevante citar e diferenciar brevemente o papel de dois serviços: os CRASs (Centro de Referência de Assistência Social) e os CREASs (Centro de Referência Especializado de Assistência Social). O Centro de Referência de Assistência Social, comumente denominado de CRAS, assume papel central na proteção social básica, pois é o responsável pela organização e oferta dos serviços. Justamente, devido sua capilaridade nos territórios, este se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS e assume o papel de referência e contra referência do sistema (MDS, 2009).

Diferentemente, os CREASs findam-se na média complexidade e incumbem-se pelo atendimento especializado e continuado às famílias e indivíduos, que se encontram em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos tais como a negligência, o isolamento e as várias formas de violência (MDS, 2011). A intervenção neste nível visa minimizar ou cessar as desproteções, e considera que alguns grupos são mais vulneráveis que outros, como crianças, idosos e pessoas com deficiência. Adverte-se, entretanto, que não cabe a este assumir lacunas de outras políticas públicas, muito menos, ter um papel fiscalizador ou culpabilizatório diante dos autores da violência.

Os CREASs devem afiançar as seguranças socioassistenciais, sendo elas - segurança de acolhida, segurança de convívio familiar e segurança de sobrevivência. Mais detalhadamente, a segurança de acolhida prevê as condições físicas e humanas, para garantir o acolhimento e a escuta qualificada aos usuários, respeitando a ética, o sigilo, a dignidade e a

diversidade. Acolher significa reconhecer a singularidade de cada pessoa, cada família, cada território, suas demandas e potencialidades (MDS, 2011).

Automaticamente, a segurança de convívio familiar se materializa no princípio da matricialidade sociofamiliar e prima pelo resguardo, fortalecimento ou construção dos vínculos familiares, comunitários e sociais. Por sua parcela, a segurança de sobrevivência apoia a capacidade familiar e zela pelo acesso a serviços, benefícios e programas de transferência de renda diante de condições adversas de vida (MDS, 2011). Vale ponderar que, a proteção social vai além do atendimento direto à pobreza, já que o SUAS defende o enfrentamento das situações de risco e vulnerabilidade social, independente da classe social (Colin & Jaccoud, 2013; MDS, 2004).

Além do mais, lidar com as violações de direitos costuma escapar da alçada da Política de Assistência Social, exigindo intervenções coletivas e integradas entre as diferentes políticas públicas. Nisso, os princípios de integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade tornam-se orientações gerais para a qualificação da atenção, acrescidas de estratégias como capacitação, educação permanente, estudos de caso, consultoria externa, dentre outras. Na realidade, as situações atendidas no SUAS são desafiadoras e demandam conhecimentos e habilidades dos profissionais (MDS, 2011).

Logo, a escuta qualificada, bem como, o estabelecimento de vínculo com o usuário e sua família ganham valor (MDS, 2011). Cotidianamente, a proteção social coloca a família no centro das ações e reconhece que estas se alocam em determinados territórios relacionais, sociais, históricos e culturais díspares. Este pressuposto não autoriza o profissional a enquadrar a família em modelos estereotipados como “estruturadas” ou “desestruturadas” e obriga-o a tirar uma fotografia viva do visto (MDS, 2011, pp. 33-34). Para o registro, o técnico tem que abrir os olhos para os variados arranjos familiares, suas relações, estratégias de sobrevivência, entre outros aspectos, que podem se revelar protetivos (MDS, 2009).

Por outra ótica, o núcleo familiar é controverso e pode transparecer desproteções e violências. Nestes casos, é importante que o profissional não julgue moralmente a situação e reconheça que, as desproteções tendem a recair de forma diferente sobre cada membro e se agravar dependendo de particularidades, como o ciclo de vida, gênero, deficiência, uso de substâncias psicoativas, entre outras. Inclusive, em alguns casos como meio de proteção, pode ser necessário criar novas referências familiares, para evitar o agravamento ou a repetição transgeracional das violências (MDS, 2011).

Diante de ousadas diretrizes e princípios, os aparelhos do SUAS tem se tornado cada vez mais presentes para a população. Sendo que, em 2013, contava-se com 7.883 CRAS e em 2019 com 8.357. No mesmo período, houve um aumento de 474 novas unidades CREASs, saindo de 2.249 para 2.723. Consequentemente viu-se 96 mil trabalhadores em 2013 para 133.530 em 2019, totalizando 37.351 mil novos profissionais. Neste panorama o Psicólogo apareceu como um técnico obrigatório (Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011) e seu número nos CRAS e CREAS subiu de 12.882 em 2013 para 15.480 em 2019.

Na atualidade, os psicólogos assumem o posto de segunda maior categoria, superado apenas pelos Assistentes Sociais. Os CRASs abarcam o maior número de Psicólogos (10.692), seguido pelos CREASs (4.788) (Secretaria Nacional de Assistência Social [SNAS], 2013; 2019). Na prática, desde sua chegada no SUAS, os Psicólogos desempenham uma multiplicidade de atividades, mas entre as principais relacionadas ao atendimento direto, podemos citar: Acolhida; Acompanhamento psicossocial; Entrevista; Visita Domiciliar; Intervenções grupais e Articulação em rede (CFP, 2013). Dentre estas, a visita domiciliar aparece como uma modalidade de atendimento essencial na maioria dos serviços e um aparato fundamental de investigação e intervenção (MDS, 2011).

Tanto que, em 2017, do total de 2.577 CREASs, cerca de 99,6 % confirmaram essa ação e dos 8.292 CRASs 99,3% realizaram visitas domiciliares (MDS, 2017). Contudo,

apesar desse expressivo número, o que se descobriu é que na prática, o psicólogo ao executar a visita domiciliar ou outras atividades, vivencia impasses quanto a aplicação de seu conhecimento teórico e o não entendimento da especificidade da profissão (N. S. Gomes & Gonçalves, 2018).

Para mais, outros artigos reconheceram a complexidade de atuação nos CREASs (Pauli et al., 2019; F. C. Lima & Schneider, 2018; J. B. Silva et al., 2018; A. B. Ribeiro et al., 2014; Freire & Alberto, 2013; R. B. Silva & Cezar, 2013) e impulsionaram a presente psicóloga-pesquisadora a realizar um levantamento bibliográfico acerca das dificuldades de atuação dos psicólogos nos CREASs e quiçá, encontrar algo mais sobre a problemática da visita domiciliar.

Então, realizou-se uma busca nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online); PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e CAPES/Café (Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior) onde, percebeu-se que frequentemente a formação e a produção acadêmica não atendem as demandas dos profissionais atuantes (Marion & Pereira, 2019; Mexko et al, 2019; R. B. Silva & Alexandre, 2019; A. B. Ribeiro et al., 2014; R. B. Silva & Cezar, 2013; C. A. E Silva & Yamamoto, 2013; Prates et al., 2011).

Curiosamente, no levantamento bibliográfico foram encontrados (34 artigos) que versavam sobre a atuação do Psicólogo na Política de Assistência Social. Entretanto, a maioria (13) citava diretamente ou tinha como sujeitos da pesquisa a Proteção Social Básica e os CRASs (Marion & Pereira, 2021; A. C. R. Silva & Albanese, 2020; Santos, 2018; A. H. Gomes et al., 2017; Pereira & Guareschi, 2017; Hilleshiem & Cruz, 2014; O. V. Macêdo et al., 2018 ; O. V. Macêdo et al., 2015; R. F. Motta, 2015; Sobral & Lima, 2013; J. P. Macedo & Dimenstein, 2012; Senra & Guzzo, 2012; Oliveira et al., 2011). Por outro lado, apenas (06) se concentraram nos CREASs (Pauli et al., 2019; F. C. Lima & Schneider, 2018; J. B. Silva et

al., 2018; A. B. Ribeiro et al., 2014; Freire & Alberto, 2013; R. B. Silva & Cezar, 2013).

Acredita-se que, isto esteja relacionado ao fato de os CRASs absorverem a maior quantidade de Psicólogos, mas por outro lado, pode ser um indicativo da necessidade de se confeccionar mais estudos específicos sobre a atuação nos CREASs.

Ademais, dos artigos que remetem à Proteção Social Básica e os CRASs, apenas (4) citaram a visita domiciliar (O. V. Macêdo et al., 2018, Macêdo et al., 2015; Sobral & Lima, 2013; Oliveira et al., 2011) e, entre aqueles que aludem aos CREASs, todos (6) em alguma medida mencionaram a visita domiciliar (Pauli et al., 2019; F. C. Lima & Schneider, 2018; J. B. Silva et al., 2018; A. B. Ribeiro et al., 2014; Freire & Alberto, 2013; R. B. Silva & Cezar, 2013). Brevemente, os artigos indicaram que, para o Psicólogo, a visita domiciliar se tornava um desafio a mais no cotidiano de trabalho no SUAS, ponto que trataremos de problematizar no subtítulo a seguir.

### 2.1.2 Visitas Domiciliares

Agora, tratando de responder a incômoda pergunta da psicóloga- pesquisadora (e talvez, a mesma que captou você caro leitor): Visita domiciliar na Assistência Social: fiscalizar ou clinicar? Infelizmente, cabe informar que o retorno do levantamento bibliográfico foi ainda mais escasso, o que serviu para validar a importância do tema e fomentar a presente pesquisa. Ao digitar as palavras-temas: Visita Domiciliar e Psicologia nas mesmas bases de dados citadas acima nos deparamos com (270) artigos, porém, a maioria destes não atendia o escopo deste trabalho, visto que, remetiam às práticas descritivas da saúde e/ou faziam uso desta como método de pesquisa para a coleta de dados. A procura pela palavra-chave atendimento domiciliar não trouxe resultados distintos.

De forma ampliada, percebeu-se que a Psicologia se concentra em pesquisar a visita

domiciliar nos campos da saúde mental ou no multiprofissional, principalmente na atenção primária em saúde. Ainda, evidenciou-se que outras categorias profissionais, como enfermeiros e médicos costumam pesquisar mais o assunto. Por isso, elencou-se um número pequeno de artigos para a leitura integral (10) (Mahmud et al., 2018; A. P. Hermann et al., 2017; K. B. Rocha et al., 2017; Portela & Galheigo, 2015; Romanholi & Cyrino, 2012; Machado et al., 2011; Ramos-Cerqueira et al., 2009; Cunha & Morais, 2007; Pietrolungo & Resende, 2007).

Destes, apenas (02) alocavam a visita domiciliar na seara da psicologia, sendo um sobre saúde mental (Pietrolungo & Resende, 2007) e o outro uma revisão de literatura (K. B. Rocha et al., 2017). Somente um artigo abordou a visita domiciliar na Política de Assistência Social, sendo nomeado como: “Influência dos fluxos institucionais na realização da visita domiciliar na média complexidade do atendimento psicossocial” (Péres & Moré, 2021). Na mesma linha, o artigo: “A visita domiciliar no contexto de saúde: uma revisão de literatura” (K. B. Rocha et al., 2017) confirmou este dado e destacou que na busca bibliográfica não foi encontrado nenhum artigo específico, sobre a visita domiciliar na Assistência Social.

Dos 489 artigos analisados por K. B. Rocha et al. (2017), 113 utilizavam a visita domiciliar exclusivamente como coleta de dados; 102 tiveram como foco a intervenção na Estratégia Saúde da Família (ESF) e 80 tinham como objetivo compreender o atendimento domiciliar voltado aos doentes crônicos. Quanto aos profissionais que mais publicaram a respeito apareceram, respectivamente, a enfermagem (154); medicina (146); trabalhadores da ESF (88) e por último a psicologia (46). Quanto ao endereçamento das revistas, a maioria se localizou na medicina (129), seguido pela enfermagem (122); saúde geral (112); saúde mental (58) e psicologia (38). Do montante inicial (489), apenas (08) estudos identificaram a visita domiciliar como instrumento técnico do psicólogo, entretanto, serviam como psicoeducação.

Dessa forma, K. B. Rocha et al. (2017) estamparam a insuficiência de publicações,

não só na área de psicologia, como nas demais profissões e colocaram a necessidade de a visita domiciliar ser colocada como uma estratégia de cuidado irremediavelmente crítica e ética. Imersos nestas carências, convém justificar, que o presente trabalho para além das pesquisas encontradas no levantamento bibliográfico utilizou-se de outros referenciais na escrita, tais como: os únicos livros específicos encontrados (Amaro, 2007; 2016) e duas dissertações (Khouri, 2017; Reichel & Benetti, 2008).

Quanto aos livros, Amaro confessou que escreveu o primeiro (2006) por não encontrar materiais para repassar aos alunos da graduação em Serviço Social e o segundo (2016), devido ao tamanho sucesso do primeiro. Ainda, apareceram livros correlatos que se mostraram valiosos como o de J. Rocha (2021) por descrever alguns atendimentos domiciliares da profissional médica e sua sensibilidade, para o encontro e disposição para fazer a clínica ampliada. Quanto às dissertações, ambas resultaram do incômodo da prática profissional em atendimentos domiciliares na área da saúde e refletiram muitas das sensações vivenciadas pela psicóloga-pesquisadora.

Nesse ponto, salienta-se que a motivação deste tema surgiu da própria falta de materiais, para nortear a experiência de sete anos da pesquisadora como psicóloga no Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias que, por atender pessoas dependente de cuidados, majoritariamente realizava a intervenção por meio de visita domiciliar. Cotidianamente foram tantos encontros e desencontros, dúvidas e descobertas ao visitar e escutar as mães, cuidadoras de filhos com deficiência, que pesquisar se tornou uma diretriz. Nisso, de forma semelhante à Amaro (2007) esta dissertação procura “Desconstruir a imagem estereotipada de que a visita é coisa de leigos, cristalizada num empirismo e desprovida de fundamentos” (p. 10), mas sim, “oferecer subsídios para que o seu desenvolvimento ocorra sobre bases éticas, humanas e profissionais” (p.10) e acrescentamos: por que não na escuta clínica?

Aliás, há mais de vinte anos Certau (1998) já sinalizava que a visita domiciliar era um instrumento profissional utilizado em larga escala para atender os pobres, porém, pouco se debatia sobre seu uso e o impacto na vida dos visitados. Depois, Reichel e Benetti (2008) problematizaram que, as produções teóricas permaneciam raras e que havia a necessidade de a psicologia discutir a visita domiciliar como uma forma de atendimento clínico. Chegando aos tempos atuais, repetidamente outros materiais citam não só a carência de referencial a respeito, mas também a fragilidade da formação acadêmica para visitar (Perés & Moré, 2021; K. B. Rocha et al., 2017; Machado et al., 2011; Ribeiro, 2010). Ainda hoje, a totalidade de participantes de pesquisas como as de R. B. Silva e Cezar (2013) relatam a dificuldade de se embasar a atuação em referenciais técnicos, para delimitar a função do psicólogo no CREAS.

Reconhece-se que existem inúmeras leis, portarias, resoluções e decretos que sustentam a Política de Assistência Social, porém estes materiais são incompletos diante das necessidades práticas (R. B. Silva & Cezar, 2013). Além do que, os documentos costumam descrever bem melhor as proibições do que as possibilidades de intervenção. Por exemplo, sabe-se que a psicoterapia é vedada e a abordagem psicossocial prevista (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013). Entretanto, a modalidade da clínica ampliada não aparece como viabilidade na maioria dos documentos oficiais. Estes escritos junto com a formação fragmentada suscitam equívocos nos profissionais, que tendem a interpretar que fatores subjetivos não devem ser analisados no campo social (R. B. Silva & Alexandre, 2019).

Tanto que, alguns pesquisadores têm se enveredado a investigar a questão da clínica ampliada na Política de Assistência Social (Dettmann et al., 2016; R. B. Silva & Bonatti, 2020). Cabe então, considerar que para os psicólogos, a “clínica” sempre se constituiu como um importante significante do trabalho e ainda marca forte presença na formação e no imaginário social. Entretanto, há de se considerar que nos últimos 20 anos, a clínica clássica marcada pelo saber médico e saber homogêneo divide espaço com as “novas concepções de

clínica” (João Neto, 2004, p.90). Estas últimas em grande parte foram semeadas pela área da saúde mental e pela urgência social e estão longe de serem definidas, mas refletem as tendências da “expansão do campo da clínica, a necessária adequação dos referenciais teóricos à realidade brasileira e a importância do conhecimento multidisciplinar” (João Neto, 2004, p.90).

Infelizmente, ao pensar que a única clínica possível é a clássica, por vezes, o Psicólogo não se envereda pelas “novas concepções de clínica” (João Neto, 2004, p.90). Normalmente pelo receio de se coadunar com um psicologismo que rotula o social, o psicólogo tende a abandonar o atendido em sua individualidade e atenta seu olhar somente para as determinações sociais. Contudo, com esta atitude o psicólogo cria uma “cilada mortífera a sua práxis” (Sawaia, 2009, p.365), pois vai de encontro à falsa dicotomia entre objetividade e subjetividade. Ainda, se alimenta o equívoco de que “as Políticas Públicas, por seu caráter abrangente, se fazem antagônicas à subjetividade e à singularidade” (Sawaia, 2009, p. 365).

Sobremaneira, acredita-se que a formação do psicólogo pode reinventar-se e transformar-se positivamente. Hoje a graduação do Psicólogo pode flexibilizar o estudo de novas disciplinas, locais de estágios e realidades nunca cogitadas. Também pode-se encontrar as teorias tradicionais buscando tratar temas atuais, “o que nos sugere que o tradicional está sendo lido de forma diferente, possibilitando novas formas de atuar. O tradicional e o novo convivem e disputam um mesmo espaço na formação de cada estudante/ futuro profissional” (Rechtman & Bock, 2019, pp. 9-10).

Torna-se importante esta reinvenção na formação porque, é no “inóspito mundo real que se constituirá o espaço de trabalho de muitos ingressos de nossos cursos de psicologia, particularmente na Política Nacional de Assistência Social” (Hüning et al., 2018, p.55) tal como, na prática, ocorreu com a psicóloga-pesquisadora ao adentrar os domicílios.

Especificamente, para a Política de Assistência Social, a visita domiciliar é uma ação técnico-metodológica e deve ocorrer de forma planejada com fins de ofertar a escuta qualificada e compreender a realidade familiar. Entretanto, não pode ser empreendida como meio de investigação ou fiscalização e deve resguardar a privacidade familiar (MDS, 2016).

Nas palavras de Amaro (2016), uma importante referência a respeito, a visita domiciliar é uma “técnica social, de natureza qualitativa” (p.19) que “exige do profissional o desenvolvimento de competências interativas e comunicativas” (p.20), as quais, ela sugere serem desenvolvidas a partir do método dialético. Este procura apreender e compreender a realidade dos indivíduos ou grupos sociais pelo olhar amplo, crítico e reflexivo sobre as relações, fatos e situações. Em suma, Amaro (2016) descreve a visita como uma prática profissional de atendimento, executada por um ou mais profissionais, junto ao sujeito e/ou sua família em seu território social mais privativo, ou seja, “a sua casa, ou local de domicílio (que pode ser uma instituição social)” (p. 19) e reúne minimamente três técnicas: observação, entrevista e o método biográfico.

A observação perpassa uma “acuidade”, uma façanha “mais mental e introspectiva” do profissional em perceber as minúcias do atendimento domiciliar (Amaro, 2016, p. 22). A entrevista por si, “dá forma e responde pela criação da ambiência desse processo de trabalho” (Amaro, 2016, p. 22). É uma estratégia utilizada para captar o diálogo entre visitador e visitado, e na visita domiciliar deve ser mais solta, se assemelhando ao modelo semiestruturado. Já o método biográfico busca exprimir o sentido particular da vida do visitado, por meio do registro e tratamento dos relatos e das informações (Amaro, 2016). Todavia, à medida que a visita domiciliar caminha, a tarefa de escutar não costuma se tornar mais fácil e sim complexa, já que, tudo “fala”, seja a verbalização literal, as emoções ou o espaço físico. (Amaro, 2016). Igualmente, este trabalho parte do pressuposto que, o atendimento domiciliar comporta particularidades e que o psicólogo precisará lidar com as

vantagens e desvantagens deste arsenal na Assistência Social.

Na realidade, entre as vantagens aparece o fato de o ambiente domiciliar favorecer o acesso do profissional ao mundo vivido pelo sujeito, ou seja, um lócus privilegiado para análise e intervenção. Ali, o profissional passa a ter mais recursos para compreender as dificuldades, demandas e potencialidades dos atendidos, aumentando ainda, a chance de se estabelecer o vínculo. Por outro lado, entre as desvantagens surge a falta de controle do profissional, uma vez que, são comuns imprevistos e raramente existe um espaço ideal para atendimento. Com isso, a postura do profissional deve ser mais comedida e flexível, já que, está adentrando um espaço privativo que não é seu (Amaro, 2003).

Ainda, corre-se o risco de o profissional fazer o uso da visita domiciliar como ferramenta de fiscalização e punição da população, o que Donzelot (1986) define como inquérito social. Não ingenuamente, por meio dos lemas de segurança, território, população, risco e vulnerabilidade, ao longo dos tempos o estado instaurou medidas de controle e dissipou o poder disciplinar para dentro dos estabelecimentos, incluindo a assistência social. Com isso, algumas regras foram sendo autorizadas, como a aproximação circular da família, o interrogatório separado, contraditório e a verificação prática do modo de vida dos atendidos (Donzelot, 1986).

Na primeira regra, observa-se que antes mesmo de visitar é autorizado ao profissional vigiar a família. Faz-se necessário coletar todas as informações disponíveis no banco de dados do Estado, forma esta que normalmente, é bem sistematizada, categorizada, organizada. Não sendo o suficiente, o profissional pode levantar mais dados a partir do contato com outros profissionais e pessoas, como professores, empregadores e até mesmo vizinhos. Na segunda, nota-se que o interrogatório no espaço doméstico se torna útil e fugaz como medida de controle, pois, comumente é o visitador que procura o visitado e não o contrário, podendo ser feita de surpresa. A terceira regra expõe que o atendimento com a

família além de ser instrutiva deve proporcionar prazer ao investigador e investigado. Aliás, é esta sensação de prazer na inquirição, que favorece em ambas as partes a melhor coleta e administração das informações (Donzelot, 1986).

Procurando compreender o uso destas tecnologias disciplinares, Christiano (2010) analisou a postura de alguns psicólogos em visitas domiciliares. Numa delas, a mulher visitada parecia acostumada com a presença dos profissionais e verbalizou sem dificuldades seus problemas. Inclusive, relembrou das intervenções feitas por outros técnicos e alegava ter seguido as recomendações. Assim, o autor sinalizou que a postura da visitada manteve as técnicas satisfeitas e as induziu a espaçar o acompanhamento. Deste modo, acatar as orientações pode tornar-se uma estratégia da população, para evitar a presença dos profissionais ou aplicação de medidas mais invasivas. Por outro lado, em outra visita apareceu o uso indiscriminado de questões sobre a família, no caso, um inquérito como Donzelot (1986) denominou. Isto evidenciou-se pela psicóloga reafirmar a destituição familiar pelo uso de drogas da visitada e sua incapacidade de retomar o cuidado. Assim, exteriorizou-se o julgamento sob a atendida, que mesmo assim, continuou a se expor.

Christiano (2010) concluiu que a visita domiciliar é um dispositivo de uso cotidiano e que os psicólogos a consideram um bom meio para a intervenção, entretanto, durante os atendimentos realizou-se a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame. Desacertadamente, os Psicólogos pesquisados não questionaram o uso coercitivo da visita domiciliar, mas sim, colocaram o desejo de intensificar o uso do dispositivo. Outras pesquisas também criticam o uso da visita domiciliar como mecanismo de controle e culpabilização dos atendidos e suas famílias (K. B. Rocha et al., 2017; C. J. Ribeiro, 2010; Pietroluongo & Resende, 2007). Pontua-se que o profissional deve ter cautela com a relação de poder e com o uso das informações coletadas, pois muitas destas acarretam consequências na vida das pessoas (K. B. Rocha et al., 2017; M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008).

O visitador deve ter cuidado ao perguntar e ser “crítico e observador, sem ser constrangedor ou invasivo” (Amaro, 2016, p.73). Segundo C. J. Ribeiro (2010), a fragilidade da visita domiciliar aparece na própria ânsia do profissional em interpretar a realidade assiduamente, inferindo julgamentos pessoais e tornando representativo o que não é. A autora lança o questionamento: “Existe algo por trás daquilo que é apresentado e precisa ser analisado, será?” (p.213). Entende-se que, cabe ao profissional psicólogo não reproduzir o discurso hierarquizado e as imposições disciplinares. O trabalhador deve estar sensível às suas próprias prescrições e preconceitos e se desviar da normalização e da invasão. Ninguém é detentor da verdade absoluta, muito menos, frente à vastidão de histórias e facetas presentes na assistência social (S. M. Silva & D’Andrea, 2018).

Neste imbróglio, desafios e dificuldades parecem ser elementos naturais do visitar. Talvez, o primeiro seja a “leitura teórico/prática que se constrói acerca desta intervenção” (K. B. Rocha et al., 2017, p. 171) e em segundo, os tensionamentos que se dão pela influência da ordem institucional e pelo descompasso no desejo de participação dos visitados (Péres & Moré, 2021). Normalmente, as famílias passaram repetidas vezes pelos fluxos institucionais e desenvolveram “significados e experiências pretéritas” (Péres & Moré, 2021, p.7) dos serviços e dos profissionais que chegam a suas casas. Ainda como complicador, frequentemente, os encaminhamentos procedem do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) o que, tende a reproduzir a imagem do trabalhador social como fiscalizador da lei e tornar os interesses mais conflitantes (Péres & Moré, 2021).

Justamente pela visita domiciliar ser transpassada pelos interesses institucionais e pessoais, a apreensão da subjetividade torna-se um desafio para os profissionais tentantes. Até mesmo porque, essa situação impõe ao usuário um dilema “emocional e racional”, uma vez que, ao relatar sua condição, ele revive emocionalmente o passado, mas controla o dito e tende a lançar mão de sua “memória correspondente” (Amaro, 2016, 45). “Ou seja, para além

dos efeitos de lembrança, separa e elege, entre os elementos construídos em uma determinada contingência histórica, aquilo que pode emergir e ser atualizado, rejeitando o que não deve ser trazido à tona” (Amaro, 2016, 45). À vista disso, o maior impasse é perceber o que está por trás das palavras, ou seja, a fala que falta, o comportamento que emerge e o olhar que revela o “inaudito” o “indizível” (Amaro, 2016, p. 49).

Demarca-se assim, que oferecer uma escuta sensível e qualificada ao atendido não é algo trivial e sim um investimento custoso e contínuo do profissional. Sabe-se que em uma visita domiciliar “nem tudo é o que você vê, nem tampouco como você vê” ou ainda, “o que há para ver pode-se ocultar” (Amaro, 2007, p. 21-24). Coletar informações em uma visita domiciliar mergulha o trabalhador em uma realidade, que não cabe em uma análise dura e exige uma exploração incessante (Amaro, 2003, p.36). Por isso, costuma-se dizer que a visita não se encerra ao término do atendimento, mas sim, desdobra-se em inúmeros entendimentos e intervenções. Habitualmente, uma visita gera outras visitas, acompanhamentos, encaminhamentos, contatos telefônicos, entre outros (Amaro, 2016).

Deste modo, as dificuldades e as demandas da visita domiciliar se estendem para fora dela e chegam à rede intersetorial por meio de visitas institucionais, reuniões de equipe, relatórios, entre outros. No entanto, admite-se que o trabalho entre os diversos setores e categorias profissionais pode ser marcado por conflitos e disputas, pois cobra a convivência entre seus membros, especificação de atribuições, integração dos saberes e transposição prática (Afonso et al., 2012).

Estes entraves são mais visíveis com os Sistemas de Garantias de Direitos (SGD), uma vez que, costumam solicitar o que não é atribuição do profissional e quebram o sigilo e o vínculo com a pessoa atendida. A determinação de realizar laudos para o judiciário, investigar denúncias, e outras prescritas fora daquelas prescritas nas regulamentações, sugerem uma circunstância de abuso de autoridade ou intervenções meramente assistencialistas (CFP,

2013). Constatase que, “por vezes, o sistema de justiça incompreende a importância de desenvolver um trabalho conjunto com o SUAS” (Perés & Moré, 2021, p.15).

Para além destes órgãos, a articulação com outras políticas públicas é frequente, principalmente com educação e com a saúde. Por exemplo, Perés e Moré (2021) mostraram que das 14 famílias visitadas, os técnicos acionaram a “escola (n=9), creche (n=4), ONG (n=4), CT (n=3), programa jovem aprendiz (n=2), casa-lar (n=2), vara da infância (n=1), hospital infantil (n=1), CREAS (n=1), Ministério público (n=1), escolinha de futebol e capoeira (n=1)” (p.10). Em seus diários de campo, as pesquisadoras registraram que prejudicialmente as visitas institucionais não eram agendadas, mas que mesmo assim os serviços da educação recebiam as técnicas prontamente, já na saúde, ocorria-se o oposto.

Não bastando esses impasses para realizar as visitas domiciliares, os psicólogos ainda têm que lidar com as dificuldades impostas pela precariedade do suporte institucional da política social. Tanto que ao serem questionados, largamente, não citam os recursos que recebem, mas sim, aqueles que faltam. A maioria dos relatos expõe a fragilidade de infraestrutura física e material, principalmente de veículos. Além disso, existe o reduzido valor salarial e a grande carga horária, sendo estes relacionados às condições de trabalho via contratos como terceirizados e/ou temporários (Pauli et al., 2019; F. C. Lima & Schneider, 2018; Pereira & Guareschi, 2017; O. V. Macêdo et al., 2018; F. C. Lima & Schneider, 2018; A. H. Gomes et al., 2017; A. B. Ribeiro et al., 2014; M. J. Lima & Cerveny, 2012; Senra & Guzzo, 2012).

Consequentemente, os relatos incluem o número insuficiente de profissionais para fazer as visitas domiciliares e alta cobrança institucional pela quantidade versus qualidade (Perés & Moré, 2021; Merli, 2017; O. V. Macêdo et al., 2018, Alberto et al., 2015). Neste último quesito, ouve-se por exemplo, “Quantas visitas vocês fizeram hoje?” “Tem que fazer, vocês têm que agir, tem que ter resultado!” (Merli, 2017, p. 135). Nesse sentido, o único

artigo que versava sobre a visita domiciliar na assistência social exemplificou o que ocorre nos relativos serviços. Perés e Moré (2021) relataram que a meta estabelecida de acompanhamento era de 20 famílias por dupla técnica e que se aceitava um novo caso somente após um desligamento.

Uma consequência disto, foi visto na demora do atendimento inicial, o qual gerou em torno de seis a doze meses (Perés & Moré, 2021). Até, sabe-se que altas metas não caminham ao lado da qualidade e de forma clara, as recomendações para cada serviço estão estabelecidas na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB – RH) (MDS, 2011). Porém, existem variações dependendo do porte do município e do tipo de contrato que permitem precarizações como, por exemplo, se deu com a psicóloga-pesquisadora que por atuar em uma instituição conveniada, recebeu a meta de atender 107 famílias em dupla técnica, independente, se o público se tratava de pessoas com deficiência dependente de cuidados e alocadas na região rural.

Todavia, para além dos números existem fluxos estabelecidos e escritos, o entendimento pessoal do profissional pode tanto agilizar o acesso das famílias como burocratizá-lo (Perés & Moré, 2021). O artigo de Sharp et al., 2003 (como citado em K. B. Rocha et al., 2017), procurando apurar a qualidade da relação estabelecida entre mães de bebês entre 6 e 12 meses de vida e o visitador, notou que as demandas das mães foram pré-julgadas e reduzidas. Particularmente, os profissionais acabavam elencando as necessidades das mães entre maiores e menores e, conseqüentemente, não dispensavam a mesma atenção e acesso às famílias.

Neste quesito, realizar visitas domiciliares permeia inúmeras demandas, estressores e pode criar vínculos ambivalentes com as famílias atendidas. Por essa razão, Perés e Moré (2021) perceberam a necessidade de se reconhecer: as capacidades teórico-técnicas do profissional, as demandas sobressalentes do fluxo formal, as interferências da relação família-

profissional, a edificação do vínculo comunitário e da supervisão institucional ser contínua. Complementarmente, Pietroluongo e Resende (2007) sugeriram três dimensões atitudinais ao visitar: a ética, a ação-teórica e a postura reflexiva.

A despeito de tantos desafios, problematizações e sugestões, a visita domiciliar não se deprecia por comportar a característica de ser uma ferramenta única. Concorde-se com Amaro (2016), “pois se bem conduzida, confere visibilidade ao fenômeno” (p.145). Para tanto, a autora sugere que exista um planejamento antes de se realizar a visita, composto por um roteiro preliminar baseado no objetivo profissional e não na curiosidade do técnico. Ainda, preferencialmente, os encontros devem ser agendados dentro do melhor dia e horário para o visitado e ter a presença de no máximo três profissionais. Outras dicas como: o cuidado com a vestimenta, com a cordial e clara apresentação do profissional e dos objetivos do serviço, com restrição das anotações e do uso de gravadores, que contribuem para o bom andamento do atendimento.

Apesar de citar algumas recomendações, Amaro (2016) alerta que nenhuma pode ser demasiadamente rígida, pois um atendimento domiciliar pode ser facilitado por uma “coincidência ou acidente situacional” (p. 81) e o roteiro é “apenas um guia, não uma amarra ou corrente” (p.100). Segundo ela, a única regra intransponível ao visitar se torna a ética e o respeito ao conhecer e compreender a realidade social. Sob o devido cuidado, ao visitar, o profissional pode desenvolver uma percepção “multifatorial e multirrelacional” (p. 75) do vasto mundo interno e externo que o cerca pelo processo metodológico de explicação, análise, reflexão e proposição.

Amaro (2016) atribui ao visitador a qualidade de “super observador” (p.83), que usa “lentes de aumento” (p.83) e é treinado pela escuta, pela fala, pela interação e pela emoção. Imerso neste movimento, a visita domiciliar pode passar a estranhar a redução técnica, a verificação e a fiscalização e se identificar com a revisão das certezas, com o empoderamento

dos envolvidos, com a superação dos desafios, com o processo de mudança e com a postura ativa do profissional. C. J. Ribeiro (2010) também defende que é possível a visita domiciliar se dar fora da “intervenção policialesca” (p.219) e “criar dispositivos de manifestação” (p.219), como um ato de implicação do profissional contra os padrões estabelecidos e aposta nos encontros subjetivos.

Nesta perspectiva, existem relatos positivos como o de J. Rocha (2021) em seu livro “Pacientes que curam: o cotidiano de uma médica do SUS”, pois nele descreve os atendimentos domiciliares para duas idosas e para uma pessoa com deficiência. No decorrer dos relatos foi perceptível como a personalidade da médica entrou em jogo no atendimento domiciliar e revelaram sua capacidade de apreender os diversos elementos, que a ajudaram na tomada de decisão. Esta postura de J. Rocha (2021) trouxe significativas melhoras em todos os casos o que não dependeu exclusivamente do uso de drogas e, possivelmente, não seriam vistas em outra modalidade de intervenção.

Também na área da saúde, a pesquisa feita por Malakouti et al. (2009 como citado em K. B. Rocha et al., 2017) sinalizaram os avanços no atendimento domiciliar. Nesta, a visita domiciliar foi oferecida para seis pessoas com esquizofrenia no Irã. Constataram que houve uma diminuição no número de internações e quando capacitados os familiares mostraram boa capacidade de fazer o cuidado. Igualmente, o estudo em inglês de Villas Boas et al. (2012 como citado em K. B. Rocha et al., 2017) percebeu o menor número de hospitalizações após efetuarem o acompanhamento domiciliar de idosos.

Em revisão de literatura, K. B. Rocha et al. (2017) detectaram que a visita domiciliar se tornou uma ferramenta positiva para os usuários, visto que, os psicólogos procuravam dar suporte aos familiares e construíam novas possibilidades de saúde. Pietroluongo e Resende (2007) também colocaram que o Psicólogo, pelo seu papel de escutar, pode ser um dos pilares de reflexão e de mudança ao visitar tanto para a equipe como para a família. De forma

resumida, K. B. Rocha et al. (2017) concluíram que a entrevista domiciliar é uma ferramenta de oportunidade para as equipes ampliarem a intervenção e produzirem formas “horizontais de cuidado [através] da intervenção multi, inter e transdisciplinar” (p. 181).

Assim, vai-se entendendo o porquê outros órgãos como o Núcleo Ciência Pela Infância (NCPI, 2018) descrevem a visita domiciliar como uma “prática valiosa e protetora” (p.5), graças a sua capacidade de promover o desenvolvimento infantil, a interação entre os cuidadores e a prevenção do sofrimento psíquico. Ou porque, pesquisas como as de (Machado et al., 2011) defendem a visão ampliada de clínica no atendimento domiciliar. Adentrando a perspectiva clínica, dissertações como as de Khouri (2017) e Reichel e Benetti (2008) são norteadoras para a psicanálise na visita domiciliar.

Na primeira, Khouri (2017) discorre sobre a Atenção Domiciliar (AD) em saúde mental de um programa federal chamado “Melhor em Casa” (p.13). A partir dos conceitos de *setting* terapêutico, transferência e contratransferência a pesquisadora amparou-se não só teoricamente, mas também praticamente a partir do que ela denominou de “inter-invenções com o intuito de enfatizar a noção de que é algo que ocorre no entre da relação terapêutica e que constitui-se a partir de algo novo” (p.59). Todavia, admitiu que a escuta dos pacientes foi um desafio devido à mudez ou fala delirante, o que a forçou a “sair da casinha” (p.8) e utilizar outros recursos como os gráficos e a construção de histórias para ressignificar a doença.

Assim, Khouri (2017) compreendeu que a visita domiciliar cobra mudanças do profissional, mas que flexibilizar o enquadre e o estabelecimento do vínculo terapêutico provocaram um caminho de sucesso clínico, de acesso à população e crescimento técnico. Nesta mesma diretriz, Reichel e Benetti (2008) discutiram o processo terapêutico no atendimento domiciliar a partir de alguns conceitos como *setting*, neutralidade e relação terapêutica. Conceberam que apesar da visita domiciliar possuir características bem distintas

e exigir adaptações na técnica, ainda atende o fim psicoterapêutico.

Reichel e Benetti (2008) advogaram que o campo terapêutico pode se estabelecer através da relação entre visitador e visitado, bem como, o *setting* se transformar na casa do atendido e sair das quatro paredes do consultório tradicional. Entretanto, reconheceram que devido ao alto acesso do profissional à vida privada e constantes interferências, o *setting* é desafiado, o que, automaticamente, exige um alto empenho e astúcia por parte do profissional. Logo, manter a neutralidade não se tornou fácil, já que, construiu-se o vínculo com o atendido e uma postura mais interventiva.

Desse modo, às vezes o visitador deixa suspensa a escuta e atua de forma concreta para manter a relação terapêutica. Isto exige que o profissional desenvolva uma postura reflexiva, sensível e habilidosa ao intervir, para assim, discernir o que é um acompanhamento psicológico domiciliar de uma atividade terapêutica focal, visto que, “não é o fato de o atendimento domiciliar ser realizado em um local diferente do proposto pela clínica tradicional, como o domicílio dos pacientes, por exemplo, que o impedirá de ser considerado um ato clínico” (Reichel & Benetti, 2008, p.65).

Diante do posto, adverte-se que este trabalho, ao focalizar a perspectiva clínica na visita domiciliar, em nenhum momento se autoriza a desconsiderar que a sociedade produz espaços de hierarquização e desigualdades de poder e que, por vezes, a família sob vulnerabilidade social ao abrir as portas de sua casa estampa seu lugar de submissão diante de um técnico de “renome”. Pelo contrário, se almeja acender o farol para que os Psicólogos e outros profissionais analisem sua prática, questionem as intencionalidades veladas do seu fazer e aprimorem os conhecimentos cristalizados, sejam estes oriundos da clínica psicanalítica ou não (S. M. Silva & D’Andrea, 2018).

Aposta-se em “uma psicologia e uma política de escrita e de produção de conhecimentos que, para além de teorias e técnicas, operam com memórias, lembranças,

esquecimentos, não saberes e incertezas” (Hüning et al., 2018, p.52). Sendo assim, esta pesquisa pretendeu se distanciar do fiscalizar e defender o clínico no visitar, ou seja, tomar a etimologia da palavra clínica - como diretriz prática - *Klinos/Klinamen* – que implica em inclinação, deriva ou desvio de um ponto de direção (Romagnoli, 2006; Neves & Josephson, 2002). Ou seja, a clínica requer a escuta e a observação com os devidos cuidados técnicos e éticos para assim, construir novos sentidos.

Ainda, vale a pena colocar que, apesar de Amaro (2016) fazer algumas recomendações válidas para aqueles profissionais que visitam, a presente psicóloga-pesquisadora não se norteava por protocolos ou roteiros ao ouvir, mas sim, pela associação livre e pela atenção flutuante conforme sustenta a Psicanálise. Essencialmente, este trabalho acredita que a psicanálise é um conhecimento, uma ética e uma prática clínica que pode adentrar às casas e ao campo social. Considera-se que, esta é a única disciplina que procura o inconsciente e investe na relação transferencial como meio de apreender os fenômenos psíquicos, estejam estes, onde estiverem - na rua, na ponte, na prisão, entre outras condições como intituladas por J. Broide e E. Broide (2015) como “situações sociais críticas” (p.27).

Além do mais não passou despercebido, que Freud nem sempre demonstrava uma plena coerência entre o que ditava como regras daquilo que fazia na prática clínica (Zimmerman, 1999). Eventualmente, ele era visto caminhando com algum paciente enquanto o analisava, trocava trivialidades, presentes, aconselhava e até atendeu o pequeno Hans por intermédio do pai. Ou quando por exemplo, caso não evoluísse, foi contrário à norma e determinou uma data final de atendimento para “o homem dos lobos” conforme relatado em “História de uma neurose infantil” (Freud, 1918/1996) (Zimmerman, 1999). Ademais, houve Winnicott (1984) ousando aplicar a psicanálise na psiquiatria infantil com as chamadas “consultas terapêuticas” as quais, não eram tão rígidas e frequentes como na terapia clássica (variava entre uma a três sessões), mas representaram uma nova modalidade de intervenção

que, inclusive é usada até hoje.

Por fim, que nunca se apaguemos da história que, em meados de 1907, a Psicanálise passou a enfrentar menos resistência, levantou alguns adeptos e conforme seu criador aspirava “mostraram desde o início que as teorias da Psicanálise não podem ficar restritas ao campo médico, mas são passíveis de aplicação a várias outras ciências mentais” (Freud 1914/1996, p.36). Provavelmente, Freud não imaginaria que nos tempos atuais a Psicanálise estaria tão difundida, até mesmo no Brasil, onde suas ideias começaram a circular em 1924 e ainda constituem uma carreira sustentável para muitos profissionais (P. C. França, 1989).

Diante dessa trajetória e considerando o atendimento domiciliar, a presente pesquisa crê na contribuição da clínica da Psicanálise para o campo social, assimilando claro, que “um fenômeno nunca é visto de maneira pura, mas sim personalizada” (Pietroluongo & Resende, 2007, p. 28). Antes, que seja mister a cautela, a ponderação e a busca por maiores conhecimentos sobre a relação entre a Psicanálise e a clínica do social, e principalmente suas possibilidades. Acima de tudo, que isso não nos impeça de admitir, que a clínica criada por Freud ultrapassou as quatro paredes do consultório e chegou na Assistência Social.

## 2.2 FORA DAS QUATRO PAREDES: A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO CAMPO SOCIAL É POSSÍVEL?

Os caminhos da Psicanálise, na assistência social, não foram menosprezados por Freud. Já em 1918, em sua conferência “Caminhos da terapêutica psicanalítica”, encontra-se o seu reconhecimento de que um dia a psicanálise precisaria chegar às “amplas camadas” da população (p.201). Na época Freud (1918/2020) problematizou o uso restrito dessa clínica às “camadas mais abastadas” (p.201) e defendeu que o pobre tinha o mesmo direito a escuta da psicanálise como tinha à intervenção médica. Ele também, previu que seriam criadas instituições e escolas de formação psicanalítica, para lidar com a demanda de atendimento gratuito e que o estado retardaria sua responsabilidade diante dessa urgência. Surgiria, então a tarefa de se adequar a técnica às novas condições, e se necessário associar um recurso material ao tratamento psíquico.

Devemos recordar que Freud utilizou-se de inúmeros meios para compor sua teoria, não restringindo-se às quatro paredes. Por exemplo, ele migrou dos livros e do consultório para a mitologia para explicar o desenvolvimento psíquico. O próprio conceito de Complexo de Édipo foi embebido na lenda grega de Laio e Jocasta (Kahn, 2013). Ali, Freud (1900/1996) insere o destino de que “apaixonar-se por um dos pais e odiar o outro figuram entre os componentes essenciais do acervo de impulsos psíquicos, que se formam na infância e são tão importantes na determinação dos sintomas da neurose posterior” (p.289). Contudo, dentre vários aspectos relativos à construção da clínica da psicanálise, a escuta do inconsciente a partir da relação transferencial sempre se destacou.

A relação transferencial diz sobre a tendência do psiquismo humano em repetir os primeiros modelos de relacionamentos com as demais pessoas e podem ser de ordem positiva, negativa ou erótica. Já o inconsciente, consiste em uma instância psíquica que é atemporal, ou seja, não reconhece nem passado nem futuro. Este não segue a ordem da lógica

racional, não diferencia o que é fantasia e realidade - desejo e ação (Kahn, 2013) e, diga-se também, se quem fala e ouve se localiza no consultório privado ou no campo social.

Inclusive, este trabalho acredita que a relação transferencial que foi estabelecida entre a psicóloga-pesquisadora e as mães atendidas demonstrou a adaptação técnica diante da atual urgência social (Freud, 1918/2020).

De maneira especial, que nunca nos esqueçamos que Freud apoiou-se na antropologia, na literatura, nas artes e nas lendas para mostrar a capacidade de analogia da Psicanálise com o contexto temporal, cultural e histórico. Assim, podemos considerar que neste percurso ele produziu obras de cunho social, tais como “Totem e Tabu” (1913/1996) e o “Mal estar na civilização” (1930/1996). A primeira foi uma das obras de Freud consideradas mais bem escritas, e teve como partida uma análise antropológica sobre o Totem e o Tabu e o mito da horda primeva. Freud advertia que o passado sempre trazia algum ensinamento para o presente, até mesmo, para uma civilização que se autointitulava avançada.

Freud (1913/1996) considerou que “os progressos sociais e técnicos da história humana afetaram os *tabus* muito menos que os *totens*” (p. 18). O *totem* se tratava de um símbolo sagrado para um clã e o *tabu* as proibições, sendo a principal delas o incesto. Os *tabus* ainda hoje continuam sobre o nosso inconsciente, já o *totem*, permanece de forma mais disfarçada nas religiões. O mito conta sobre um pai primitivo autoritário que poderia possuir todas as mulheres e à revelia disso, seus filhos o mataram. Porém, como consequência do ato, tiveram que lidar com a culpa e o medo da agressividade coletiva, o que acabou antecipando os sistemas legais e transformou o pai morto em pai imaginário.

Prosseguindo, em o “Mal estar na civilização” (1930/1996) Freud sinalizou que a civilização impõe inúmeras exigências e restrições a seus membros. Essas abdicções geram mal-estar aos homens, já que não podem satisfazer suas pulsões de forma imediata e completa. Apesar de reconhecer que a cultura afastou a barbárie, Freud admite que traços do

nosso instinto animal ainda permanecem e se tornam um risco à coletividade. Citou a agressividade como um exemplo, e a lei e a religião como mecanismo de contenção. Todavia, a civilização finda o homem em um ser racional e cultural o que por si só é uma vantagem, além do que, ele passa a ser capaz de conferir proteção e produzir outros fins como a educação, o trabalho e a arte.

Nesse sentido, apesar de Freud (1930/1996) afirmar que sua clínica se voltava para o sujeito e seu aparelho psíquico, também ressoava que não se restringia a este. Ditou que não se alcança o particular sem a devida compreensão social, afinal, o ser humano é um ser civilizatório que fundou e necessita de uma sociedade regulatória para não ser puramente instintual. O homem não se constitui isoladamente, mas sim em conjunto com outros, em grupo. Freud deixou isso mais explícito em sua obra “Psicologia de Grupo e Análise do Ego” (1921/1996) admitindo inclusive, que nunca houve uma clínica que não fosse social:

É verdade que a Psicologia individual se relaciona com o homem tomado individualmente e explora os caminhos pelos quais ele busca encontrar satisfação para seus impulsos instintuais; contudo, apenas raramente e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros. Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social (Freud, 1921/1996, p 77).

Depois, Freud em a “Questão da Análise Leiga” (1926/1996) apontou que a instituição era um espaço privilegiado de formação do analista e que a prática clínica deveria ser independente dos profissionais médicos e padres. Assim, fundou uma disciplina que não se associou a diplomas e doutrinas religiosas e se baseou em uma ética particular, alegando

que "a prática da psicanálise tem muito menos necessidade de treinamento médico do que de preparação educacional em psicologia e conhecimento humano gratuito" (p.36). Por isso, Freud utilizou a expressão Psicanálise Aplicada "com o objetivo de analisar outras áreas da produção humana, além da clínica de onde a Psicanálise proveio" (Kobori, 2013, p. 73)

De todo posto, Freud (1918/2020) nunca deixou de citar a incompletude da teoria fundada e a importância da revisão da prática clínica, alertando que "devemos a nossa posição na sociedade humana, para observar em que direções ela poderia se desenvolver" (p.191). É claro que, como era de costume, Freud mostrava uma postura firme frente ao desenvolvimento da teoria psicanalítica, mas isso não significa que vedava aproximações com o social (Merli, 2017). Tanto que, desde as colocações de Freud há quem, em retrospectiva, aprofunde a história da psicanálise no âmbito das instituições públicas, como brilhantemente Danto (2019) fez no livro "As clínicas públicas de Freud - Psicanálise e Justiça Social".

Logo no prefácio, adiantou-se que tanto a primeira como a segunda geração de psicanalistas não se limitaram ao meio privado e atuaram nas clínicas e institutos públicos. Entre 1920 e 1938 em sete países, doze clínicas para atendimento gratuito foram criadas e cerca de um quinto dos psicanalistas se ligavam aos chamados institutos de Psicanálise. Nesses espaços, eram atendidos públicos empobrecidos como, crianças, adolescentes, gestantes e trabalhadores estivessem estes nos mais variados lugares - fábricas, ruas ou abrigos. (J. Broide, 2019).

Esse movimento foi apoiado por Freud, que quando possível, fazia jus à sua imagem para influenciar a opinião política, indicando assim, que os primeiros psicanalistas não recuaram em aplicar a Psicanálise em outros espaços. Estes até alimentavam questionamentos técnicos, mas nunca ditaram proibições ou evitaram se aventurar por outra prática. Não se falava "isso não é psicanálise, isso não é clínica. Ia-se a campo e debatia-se com

profundidade” (p.15). Danto (2019) retoma que o próprio Freud em meados de 1930 fornecia um “*Erlagscheine*” (p.29), uma espécie de vale para um paciente usar com outro analista ou nas clínicas gratuitas. Embute-se dessa forma que, “mesmo entre analistas que, externamente, evitavam a política, a prática em uma clínica gratuita refletia, de modo implícito, um compromisso cívico com o bem-estar humano” (Danto, 2019, p.31).

Fernandes e Lima (2019), interrogaram o posfácio do livro de Danto (2019) como: “Psicanálise para quem?” e após a análise da obra salientam que devemos questionar a “história despolitizada e despolitizante que os psicanalistas escolheram contar para si mesmos - e na qual eles (ou deveríamos dizer “nós”?), por muito tempo, acreditamos” (p.391). Incitam que o sonho de Freud de tornar a psicanálise um recurso público para a saúde mental não se concretizou no Brasil. Até ponderam que em nosso país existe uma boa tradição psicanalítica, mas lastimavelmente, os mais pobres nunca ouviram falar o que é a Psicanálise, que dirá usufruí-la.

Esta distância da psicanálise pode ser vista em sua ausência nos órgãos da Assistência Social, o que podemos denominar, como “falta de rubrica, a questão do lugar, do resto da Psicanálise nas instituições públicas” (M. L. D. E. Scarparo, 2008, p. 17). Infelizmente, verifica-se que se “não existe rubrica específica para a psicanálise nos órgãos de fomento de pesquisa na universidade, também não existe, para a psicanálise este espaço previsto pelos órgãos de financiamento na área social, restringindo-se à psicologia comunitária e/ou social” (M. L. D. E. Scarparo, 2008, p.17). Apesar disso, mesmo que mais aparentes na área da saúde mental e menos no campo da Assistência Social, as pesquisas sobre políticas públicas e Psicanálise têm crescido (Merli, 2017).

Na saúde mental já existe o reconhecimento do lugar do psiquiatra e o do psicólogo, meio no qual, a clínica psicanalítica costuma se alvitrar. Por isso, neste trabalho não podemos mitigar a relevância das pesquisas que tratam da aproximação da Psicanálise com a saúde,

especialmente as do campo mental, pois demonstram as novas possibilidades de atendimento, como as psicossociais (M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008). Afinal, seja “na área da assistência social [ou] da saúde, muitas vezes a ação dos técnicos extrapola o trabalho com o indivíduo, visto que a complexidade psicossocial se faz presente” (E. Broide & J. Broide, 2015, p. 28).

Nesta prática, o trabalhador precisa lidar com a incerteza e não há espaço para a ortodoxia da Psicanálise, mas sim para seu “protagonismo teórico” (Delgado, p.61). O *setting* “se tomado rigidamente, não será útil, porque pode colocar-se como obstáculo para uma clínica que se dá em espaços fluidos e públicos” (Delgado, p.61). Neste ponto, observa-se que Delgado (2007) não determinou a proibição da clínica psicanalítica fora do *setting* tradicional, apenas demarcou a necessidade de flexibilidade técnica e reinvenção teórica para se apreender a relação intersubjetiva e permear o território.

Outros pesquisadores da área da saúde também defendem a adequação do *setting* da psicanálise, a outros contextos que não o consultório, inclusive em visitas domiciliares (Khouri, 2017; Reichel & Benetti, 2008). Nisso, Khouri (2017) pontua que no Brasil a atenção em saúde ainda é focalizada no médico, no hospital e na medicalização e por isso, defende as formas de cuidado desinstitucionalizadas e apoiadas na relação transferencial. Mais claramente, o que a respectiva autora quis dizer é que o *setting* não cabe em um espaço físico cercado por paredes e regras, mas sim em uma relação dual.

Devemos então, “considerá-lo um lugar privilegiado, onde a dinâmica transferencial poderia ficar evidenciada e ser trabalhada” (Khouri, 2017, p.33) ou melhor, ser moldada, já que, em um atendimento domiciliar diferente de outros contextos é o profissional que vai ao encontro das receptividades e resistências, para a partir daí, construir o *setting* (Reichel & Benetti, 2008). A propósito, no dicionário de Psicanálise de Laplanche e Pontalis (2004) não se encontra a palavra *setting* como um conceito.

Por outro lado, para Zimerman (1999) o *setting*, comumente traduzido em nosso idioma como *enquadre*, pode ser conceituado como a “soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico” (p.301). Ainda para ele, o “*setting*, por si mesmo, funciona como um importante fator terapêutico psicanalítico, pela criação de um espaço que possibilita ao analisando trazer os seus aspectos infantis no vínculo transferencial e, ao mesmo tempo, poder usar a sua parte adulta para ajudar o crescimento daquelas partes infantis” (p. 301).

O que se quer dizer é que, independentemente do local, o *setting* se baseia nos fundamentos da associação livre, da atenção flutuante, da abstinência, da neutralidade e do amor à verdade (Zimerman,1999). Adentrando estes princípios, a associação livre prima pela abertura livre de ideias do paciente, ou seja, que ele deve ser honesto e não reter ou tentar controlar nenhuma informação ao analista, mas sim falar livremente assuntos, sensações, memórias, mesmo que, de antemão pareçam sem importância. Por sua vez, o analista deve manter a atenção flutuante se desprendendo de certezas racionais para se ligar ao inconsciente através de uma “dissociação útil” (Zimerman, 1999, p.296).

Já a neutralidade, diz sobre a capacidade do analista de lidar com as suas emoções ou, em outras palavras, com os aspectos contratransferenciais, interpretativos e teóricos que emergem nos atendimentos. Com ressalvas, isso não significa que o terapeuta deve adotar uma postura rígida ou fria, mas sim ponderar e reconhecer seus limites, até mesmo porque, a neutralidade total é inatingível. Por sua vez, o amor à verdade não se refere a um valor moral, mas sim, à capacidade interna do analista de ser verdadeiro consigo mesmo e ter o cuidado ético de não julgar, reduzir, menosprezar ou atribuir valor pessoal ao conteúdo trazido pelo paciente (Zimerman, 1999).

Nesta perspectiva, por exemplo, mesmo que na política de saúde um paciente receba um diagnóstico patológico, “o psicanalista escuta esse sujeito contando com a possibilidade

(não rara) de que, muitas vezes, o próprio usuário contribui para o seu adoecimento (nem sempre de forma consciente), evitando ações que favorecem uma espécie de infantilização do usuário” (M. L. T. Moretto, 2019, p.71) ou o culpabilizem e o estigmatizem. Por isso, experiências na saúde mental, colocam que “a mudança no local de tratamento não garante uma mudança nas relações” (Khoury, 2017, p.15) e que o profissional não pode tratar de “transformar todo serviço de saúde em uma reprodução do consultório particular” (R. O. Campos, 2001, p. 103).

De fato, fora das quatro paredes pode existir “um intenso sofrimento, mas também muitas possibilidades” (Khoury, 2017, p.15). Sendo assim, o que este trabalho pretendeu elucidar é que a área da saúde mental, abriu um importante campo para a psicanálise e, conseqüentemente, para a perspectiva clínica no social. Tanto que, na atualidade “tais abordagens e interfaces já não são mais tabus, e sim um ponto de discussão e aprofundamento das questões, com as quais, a psicanálise se depara fora do setting tradicional como questões institucionais, interdisciplinares e atravessamentos diversos” (Scarparo & Poli, 2008, pp. 54-55).

O nascimento da clínica ampliada abriu novos horizontes de intervenção, pois o sujeito deixou de ser somente biológico e passou a ser histórico, social, subjetivo, de modo que, “doença nunca [ocupa] todo lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente” (R. O. Campos, 2001, p.101). Esta clínica não se reduz a uma prática padronizada e nem vê o atendido estritamente em seu aspecto individual. Ela se efetiva nos mais variados espaços e contextos, dependendo cada vez menos de uma estrutura de *setting* psicológico tradicional – “consultório e divã” (Dettmann et al., 2016).

O termo “*clínica ampliada*” redimensionou o objeto de trabalho da saúde e agregou para além de doenças o entendimento de risco e vulnerabilidade, tratando os pacientes como pessoas humanas que são mais que um corpo (G. W. Campos & Amaral, 2007).

Impulsionados por esta diretriz, pretende-se neste trabalho dar corpo ao pensamento de Freud diante da urgência de tornar o método psicanalítico acessível a mais pessoas, sejam estas público da saúde ou da assistência social. Afinal, ambas são de responsabilidade do estado e espera-se que estas sejam vistas pelos governantes em sua dimensão inconsciente, integral e cidadã.

Apesar disso, existem dilemas e distinções entre o SUS e o SUAS que não podem passar despercebidos, pois demarcam atuações e o escopo deste trabalho. Esclarece-se então, que a saúde se volta para prevenir e tratar a doença, e a assistência social para garantir o acesso à cidadania e a bens e serviços (M. L. D. E. Scarparo, 2008). Sendo assim, a especificidade da assistência social se relaciona a uma “ação social” e não há um saber teórico específico, como acontece com a “saúde-medicina” e “sociedade-sociologia” (M. L. D. E. Scarparo, 2008, p.23) e acaba elencando uma parcela populacional que ressoa carência, o que, por si só, traz impasses para a clínica da psicanálise (M. L. D. E. Scarparo, 2008).

Neste imbróglio, a aplicação teórica da psicanálise precisa se reinventar (M. L. T. Moretto, 2019) e a formação ser menos elitista (Fernandes e Lima, 2019). Segundo Fernandes e Lima, (2019) para atender a demanda social é preciso uma quantidade maior e mais crítica de psicanalistas e que “eles e elas, além de brancos, sejam também pretos, pardos e periféricos” (p.394). Diante desta problematização, Alberti e Elia (2000) assinalam que historicamente, a extensão social da Psicanálise foi retardada pela própria rigidez da clínica particular e seu atributo de lugar “*princeps*” (p.25) e assim, por muito tempo, afastou-se a população pobre que não conseguia pagar para se deitar no famoso *divã*.

Não ingenuamente, isso transformou as “condições técnicas” em mecanismos de segregação social e deformou-se o entendimento de que “sujeito do inconsciente não é, em si mesmo, pobre ou rico, branco ou negro, tampouco - e aí se situa talvez o ponto mais escandaloso da descoberta freudiana - homem ou mulher” (p.26). Declara-se assim, que a

psicanálise se opõe a uma prática caritativa, porém que nunca deveria ter se defendido nisso, para se tornar excludente. Ademais, no que concerne aos Psicólogos esta problematização torna-se importante, já que, historicamente a vertente clínica individual e a abordagem teórica da Psicanálise são bem aparentes na trajetória profissional (Freire & Alberto, 2013).

Mesmo assim, não podemos desconsiderar a importância da psicanálise para o campo social, pois aparecem pesquisas como as de (R. F. Motta); (M. L. D. E. Scarparo, 2008) e (Macedo et al. 2015), que revelam avanços positivos a respeito. Os participantes da primeira verbalizaram, que apesar do cedo contato na graduação com a linha teórica da Psicanálise, isso não as limitou para “outras e diferentes formas de se saber- fazer Psicologia” (p.233) permitindo, atuar na Política de Assistência Social. O segundo mostrou que a formação clínica psicanalítica contribuiu de forma significativa, para a atuação dos Psicólogos nos CRASs e uma das participantes chegou a falar: *“o que é que esses conhecimentos estão me trazendo hoje em dia pra cá? Muito! Principalmente pelo lado da escuta”* (O. V. Macêdo et al., 2015, p. 817).

Similarmente, Lima, et al. (2019) vislumbram que existe uma via de formação psicanalítica possível para os profissionais que atuam nas políticas públicas e avaliam como descabida a desconfiança dos defensores da “verdadeira psicanálise” (p.126). Chegam a admitir que a área social é desafiadora, porém isso não permite automaticamente julgá-la como uma “Psicanálise não possível” (p.126). Segundo tais autores, “alguns acham que a Psicanálise [verdadeira] acontece em outra galáxia, como se fosse possível descolar o texto e a prática clínica da vida real” (p.126) e questionam: “Por que é preciso que estes profissionais acreditem neste abismo entre um e outro?” (p.126). Assim, parece que desacertadamente existe um lado do precipício – ou é “Psicanálise ou não é” (p. 129).

Na verdade, acredita-se que não se trata dos profissionais caírem ou nem experimentarem chegar na beira. Se trata de flexibilizar possibilidades e descortinar que a

“verdadeira psicanálise provavelmente se esconde na intencionalidade mais conservadora das estratégias de formação dos analistas, evitando a possibilidade de horizontalidade dos processos de transmissão da psicanálise” (Lima, et al., 2019, p.126). Deve-se admitir que, muito do interesse nessa formação ainda visa resguardar uma reserva de mercado para a elite e que os profissionais que atuam na ponta não estão interessados em se tornar psicanalistas ortodoxos, não pretendem alcançar o “tradicional- conservador da coisa” (R. A. Lima et al., 2019, p.127).

Sob esta ótica, (R. A. Lima et al., 2019) salientam que “é preciso ir além para dar seguimento à relação entre Psicanálise e espaço público, uma vez que a Psicanálise nunca será verdadeiramente pública enquanto a análise não-paga-com-dinheiro permanecer inviabilizando o prosseguimento da formação” (R. A. Lima et al., 2019, p.129) e dizendo mais colocam que o “desafio é rastrear na história da Psicanálise as situações em que o paciente pobre veio a se tornar psicanalista!” (p. 129). Quem sabe, a partir disso, uma saída possível para a clínica no social seja inserir psicanalistas diferentes para se conseguir ouvir a diferença social, mas também que antes, aqueles que já existem ousem ouvir as possibilidades.

Acima de tudo, marca-se, que a presença da escuta da Psicanálise esteja onde estiver não fica atrelada à necessidade material, muito menos, busca investigar ou controlar o comportamento. Na seara social a ética dessa escuta não julga a realidade, a cor ou a condição social do atendido, procura sim, a verdade do inconsciente (M. L. D. E. Scarparo, 2008). A clínica psicanalítica, esteja onde estiver, não cala o inconsciente, não tutela o usuário, não desautoriza o sofrimento nem o reduz à patologia. Ao se postular isso, endossa-se que a prática psicanalítica é possível na instituição e na Política de Assistência Social, inclusive na modalidade de supervisão (Merli, 2017).

Contudo, Ramminger (2001) alerta que, as Políticas Sociais costumam convidar a

“não deixar ninguém desamparado” (p. 42). Neste campo, existe o risco de os profissionais caírem na cilada de tentar tamponar as faltas, sejam estas objetivas ou subjetivas, como se fosse possível alcançar o ideal de satisfação e igualdade social. Quem ouve a demanda do usuário pode confundi-la com sua própria e acabar por rotular os pedidos como um “bom banho, um médico, uma escola, um emprego” (p. 42) o que, tende a repetir posturas assistencialistas e frustrações.

Por outro lado, tais inquietações, movem dissertações como “Um olhar psicanalítico sobre os desdobramentos do encontro do profissional com o usuário do Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS” (L. C. G. Silva, 2022). A pesquisadora analisou como o profissional, que atua neste serviço é afetado em sua subjetividade pela alteridade dos usuários. A partir da Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche, concluiu que há uma dupla sedução entre usuário e profissional. Do usuário +ocorre pelo excesso pulsional, resquício do desamparo e da desproteção social e do profissional via atenção maternal.

Atenta-se, aqui mais uma vez, que a Política de Assistência Social não é espaço para maternagem ou filantropia, e talvez, essa seja a maior ameaça à escuta (Merli, 2017). Ainda hoje, “percebemos nas pesquisas e intervenções com as populações vulneráveis a sustentação de posturas assistencialistas, moralistas e punitivas, definindo práticas individualistas e culpabilizantes” (Paulon & Romagnoli, 2018, p.185). Com a escuta poluída pela carência “desqualificamos e impomos nossos valores, transformando-os de usuários em assistidos. Nos esquecemos que com isso, despotencializamos esta mesma população que dizemos querer libertar. Impedimos que tomem seu próprio rumo” (Ramminger, 2001, p. 45).

Autores tais como A. C. Souza et al. (2015) advertem que implicar o cidadão obriga ouvir a subjetividade e frear a homogeneização do quantitativo imposto pelas políticas públicas. Não se pode apagar o valor do particular, ou seja, “a responsabilidade que o sujeito

precisa assumir diante de seus próprios conflitos e escolhas” (p.171). Nessa via, a construção do caso não adota a “pedagogia interpretativa” ou a “terapêutica da restauração” e depende de uma relação entre “falar” e “ouvir” livremente (Albuquerque et al., 2016, p. 199).

Nesse sentido, Ramminger (2001) veda o enrijecimento da escuta e pontua que, por vezes, na assistência social não se acredita que o pobre tem inconsciente. Por vezes, posturas e perguntas desacertadas tendem a afogar o inconsciente e a demanda que dali poderia advir. Entende-se que esteja na pobreza ou não, qualquer usuário do SUAS possui o direito de receber a escuta qualificada (MDS, 2011). Ressalta-se que, a Política de Assistência Social não se restringe a garantia material e prima pelo vínculo, autonomia e capacidade do atendido, das famílias e dos profissionais (Dias et al., 2017; Merli, 2017; A. C. Souza et al., 2015).

Nesta defesa Merli (2017) diz que “é indispensável e inquestionável a pertinência de acolhimento de uma demanda de urgência, contudo, atentamos para o fato de que é muito comum que nos serviços socioassistenciais que esta acabe sendo a única forma de abordagem dos usuários” (p.144). Justamente, autores como Dias et al., (2017) colocam que o compromisso e o desafio daqueles que se norteiam pela Psicanálise na Assistência Social é o de ir na contramão do assistencialismo e fazer emergir o inconsciente e articulá-lo aos direitos socioassistenciais.

Substancialmente, a prática psicanalítica, mesmo sob o desamparo emergencial, se sustenta na ética do singular e pela “abstinência e imparcialidade” de quem ouve. Distanciam-se julgamentos morais e vontades pessoais e concentra-se em saber a verdade do inconsciente (Merli, 2017; Schuh et al., 2021). Todavia, este alinhavo só acontece via escuta caso a caso e pela relação transferencial (Dias et al., 2017; Merli, 2017; Albuquerque et al., 2016) visto que, “a palavra tal como agulha e linha, tece o encontro entre as pessoas e permite a construção de caminhos alternativos” (J. Broide, 2015, p.77).

Aliás, diga-se, estes caminhos inusitados contemplam a comunicação não verbal. Na atualidade houve a redução de que “se não falares, nada posso fazer por ti” (Zimmerman, 1999, p. 360) para se captar as mensagens reveladas por atuações, adoecimentos, silêncios, entre outras elocuições inconscientes não ditas. Distancia-se a postura passiva na relação transferencial e “cada vez mais, valoriza-se não tanto a comunicação *do* paciente ou *do* analista, mas, sim, a que se estabelece *entre* eles” (Zimmerman, 1999, p. 360). Nesta perspectiva, no presente trabalho investe-se, assim como J. Broide e E. Broide (2015) na escuta qualificada, territorial, transferencial e ética na assistência social.

Emília Estivalet Broide e Jorge Broide tornam-se referências para a psicanálise nas situações sociais críticas. Ambos somam mais de 40 anos atendendo vulneráveis nos mais inusitados espaços - ruas, prisões, pontes, linhas de trem, casas abandonadas, morros da periferia, entre outros lugares (J. Broide, 2019). Acreditam que estas situações obrigam não só o transporte do corpo do analista, mas também, o convocam a lidar com o mal-estar na cultura e ouvir no território, pois, “seja onde for, se escutarmos, o sujeito fala” (J. Broide, 2019, p.53). A partir daí, os respectivos autores ampararam sua metodologia de trabalho na escuta territorial e nas ancoragens do sujeito.

J. Broide (2015) propõe desviar o olhar da falta que costuma se escancarar nas mazelas sociais, para as linhas que amarram o sujeito à vida. Enfatiza, que existe sustentação para a escuta no meio social através da construção de dispositivos clínicos, definindo *dispositivo* como “algo que sintetiza diferentes saberes para responder uma urgência social” (p.41). Para ele, qualquer dispositivo não depende de estar dentro ou fora do consultório, mas sim da presença de uma cuidadosa escuta e da relação transferencial. “Esse atendimento adquire uma especificidade em relação ao trabalho realizado no consultório, pois é necessário operar na urgência social dominada pelo desamparo, pela violência, pelo caos e, muitas vezes pela morte eminente” (p30).

A todo tempo, o que se configura é que as condições transferenciais nas situações sociais críticas são únicas e promovem mudanças, mas na mesma medida são atravessadas pelas violências vivas e pelas fragilidades vinculares (J. Broide, 2015). Por isso, os questionamentos sobre a clínica no social não podem parar e menos ainda se ocupar de criticar as ações socioassistenciais, que se tornaram direitos com muita luta popular (J. Broide, 2019; Merli, 2017). Deve-se fomentar iniciativas como as clínicas públicas, os atendimentos de orientação psicanalítica nas clínicas-escolas de Psicologia, e até com a escuta ao movimento popular do MST (Movimento Sem Terra) (Fernandes & Lima, 2019).

Ademais, eventos autênticos como o “Colóquio Psicanálise nos Espaços Públicos” (Broide, E. & Katz, 2019) inspiram outros a se aventurar pelo social através de experiências como: A clínica do cuidado – intervenção com a população ribeirinha do Xingu atingida por Belo Monte (Katz, 2019); Projeto a casa dos Cata - ventos – intervenção clínico política com crianças e adolescentes em Porto Alegre (Torossian et al., 2019); O trabalho em rede na clínica com imigrantes (Seincman, 2019); Clínica aberta de Psicanálise na praça Roosevelt (Ab'Sáber & Zaiden, 2019); Margens Clínicas – um projeto de reparação coletiva sobre a “violência de Estado” (R. A. Lima et al., 2019, p. 119).

Antes ainda, tivemos iniciativas como as de Maia e Pinheiro (2011) no artigo “Um Psicanalista Fazendo Outra Coisa: Reflexões Sobre Setting na Psicanálise Extramuros”. Ali, apresentaram dois casos clínicos atendidos fora do consultório tradicional, um deles na clínica-escola de uma universidade e outro no ambulatório de psicologia de um hospital geral. As autoras mostraram que o *setting* se sustenta pela ética e não somente pela técnica ou lugar, tanto que, estupendamente nomearam um dos casos como “Corredor, escada, árvore e formigas: quando sua sala de atendimento é um parque lá de fora” (p. 658) e outro como “Uma vista para o mar, montanhas e uma ponte: quando o ambulatório hospitalar se desloca para a varanda” (p.660).

Pensadoras como M. L. T. Moretto (2002) também incorporaram para a clínica da psicanálise outros cenários que não o consultório, como bem mostrou o livro “O que pode um analista no hospital?”. E, embora seja intitulado como pergunta, o transcorrer da obra demonstrou e respondeu que, a psicanálise pode sim fazer sua escuta em um leito de hospital. Não obstante, entre as buscas, encontrou-se um livro chamado: “Serviço social clínico: transferência, contratransferência” (Araújo, 1982) indicando assim, que a relação clínica no campo social era uma questão antiga a se tratar.

Enfim, existem incontáveis práticas inovadoras da Psicanálise que não cabem neste trabalho, mas aposta-se, que existe um caminho possível para a clínica fora das quatro paredes do consultório e que se tratando de Psicanálise, “não há muros” (Maia & Pinheiro, 2011, p.657). Nessa mesma crença, alguns psicanalistas e pesquisadores trazem importantes considerações e sugestões para aqueles que se arriscam no campo social demarcando, de antemão, que não se trata de repetir o consultório na rua. Na verdade, atuar no social nunca significou transportar a clínica e a teoria para outro lugar (M. L. T. Moretto, 2019).

Até mesmo porque, o *setting* não é garantido pelo espaço físico, pois é algo que o analista costuma carregar com as suas pernas e ouvidos por onde for (M. L. T. Moretto, 2019). A clínica da psicanálise não se define pela disposição das paredes e dos móveis, mas sim pela relação transferencial (Alberti & Elia, 2000). Nas *situações sociais críticas* é preciso rever a técnica diante da demanda social e da escuta territorial. Não é uma mera junção de regras ou recomendações, é uma metodologia interativa. “É uma inflexão que propõe a construção de dispositivos clínicos pautados pelos quatro conceitos fundamentais da Psicanálise, ou seja, o inconsciente, a transferência, a pulsão e a repetição” (J. Broide, 2019, p. 62).

De encontro, Seincman (2019) orienta que o psicanalista não abra mão na clínica no social de três aspectos: 1) a esfera subjetiva do atendido e suas representações; 2) o campo

transferencial e sua dimensão micro (como a que acontece em um único atendimento); 3) as intervenções macro da “rede transferencial” (inclui demandas concretas e materiais). E, para além disso “muitas vezes o psicanalista pode se encontrar em uma situação privilegiada ao lidar com essas diversas faces do sofrimento” (p.95). Afinal, a engenhosidade psíquica esteja onde estiver sempre carrega uma parcela de mal-estar (M. L. T. Moretto, 2019, p.68).

Nesse ponto, “é o nosso compromisso com o que ouvimos que impede, muitas vezes, que as pessoas transformem suas próprias falas em fala vazia...em falação...em blábláblá” (M. L. T. Moretto, 2019, p.68). Contudo, essa escuta não pressupõe um saber sobre usuário ou repete caminhos no social. Não visa a tutela do atendido, mas sim encontrar a singularidade do traumático, o particular do desamparo. Também não procura corresponder ao amortecimento do sentir humano, mas sim entender o que está por trás de falas como “Sonhar? Não dá para sonhar, se não se liga, morre!” “sonhos não enchem a barriga, moça” (M. L. D. E. Scarparo, 2008, p.89)

Nessa perspectiva, quem ouve deve desenvolver a capacidade de escutar o “dito insuportável” e decifrar o “não dito”, ou seja, o “embrutecimento, muitas vezes associado à dor e ao sofrimento” (M. L. D. E. Scarparo, 2008, p.89). Para dar conta desta “dor sem nome”, M. L. T. Moretto (2019) sugere que o trabalhador social não confunda o seu sofrimento com o do atendido, muito menos, nomeie por ele “eis a importância do nosso papel na produção (ou não) de experiências traumáticas” (p.69). Ainda, prescreve dois pontos 1) analisar as demandas com a devida parcimônia e atenção; 2) sustentar as diferenças de discursos e posicionamentos dos atendidos, devendo propor que eles sejam autores de suas próprias vidas.

Eminentemente, as ações no campo social “devem ser pensadas *com* o usuário e não *para* o usuário” (Merli, 2017, p.144). Endossando isso, Lima et al. (2019), desabafam: “reconhecer o tamanho de nossas pernas é fundamental, bancar é um esforço, mas que não

precisa ser um sacrifício. Não é a duração no tempo cronológico que opera enquanto crivo para avaliarmos nossa práxis” (p.127) e acautelam: “não nos apaixonemos demais por nós mesmos” (p.127). Seguindo essa mesma via, Albuquerque et al. (2016) redigem: que possamos no social aprender “a reconhecer os ofícios impossíveis: educar, curar e governar e não se render à impotência” (p.196).

Nessa esteira, no presente trabalho não se pretende defender que a disciplina da Psicanálise é o único saber possível no campo social e muito menos, que seja superior ou inquestionável. Apenas convoca-se a reflexão sobre contribuições possíveis diante do que alguns nomeiam como clínica ampliada (Dettmann et al., 2016; G.W.Campos & Amaral, 2007; R. O. Campos, 2001, p.101) e mais enfaticamente, caminha-se junto com aqueles que investem na construção da relação transferencial seja onde for (Santos, 2018; Merli, 2017; J. Broide & E. Broide, 2015; Khouri, 2017; Reichel & Benetti, 2008).

Sobretudo, várias experiências relatadas neste capítulo demarcaram que, mesmo sob limites ou críticas, existe um espaço possível da clínica da psicanálise no social, já que não ditaram proibição ou impossibilidade da escuta do inconsciente. Apareceram potentes pesquisadoras como Merli (2017), que por ouvir jargões como: “Mas a psicanálise é clínica, aqui nós não fazemos clínica” (p. 42) viu-se instigada a defender a escuta clínica no CREAS. Ou, trabalhos como os de Reichel e Benetti (2008) que, coincidentemente, defendem o mesmo problema de pesquisa deste trabalho e acreditam no atendimento domiciliar como uma proposta de intervenção clínica.

Nesta trajetória, entendeu-se que Merli (2017) e outros chegaram à conclusão de que, a clínica da psicanálise em nenhuma instância procura adaptar o usuário da Assistência Social ao sistema ou normalizá-lo, mas sim ressaltar suas subjetividades, o que inclusive, é recomendado pelas normativas da respectiva política. De forma geral, as pesquisas encontradas revelam que, desde que esteja alicerçada na escuta ética e na relação

transferencial, os dispositivos clínicos da psicanálise podem operar mudanças significativas onde estiverem, até mesmo no SUAS. Ressalta-se assim, que estudos deste cunho são desafiadores, mas na mesma altura relevantes e urgentes.

Não obstante, ao eleger a Psicanálise como abordagem norteadora do Psicólogo pretendeu-se aqui pontuar que lhe cabe um espaço na Assistência Social, mas não resguardar uma reserva no mercado de trabalho ou mascarar questões político-sociais. Entende-se que o SUAS comporta uma multiplicidade de saberes, sendo a Psicanálise um de muitos, “o que não quer dizer que os profissionais tenham que se tornar psicanalistas, mas que a ética da Psicanálise pode ser norteadora” (M. L. D. E. Scarparo, 2008, p. 116). Ademais, ao situarmos o psicólogo como aquele que possui certa habilidade de “escutar”, também não nos referimos como “aquele único que escuta”, até mesmo porque “não é a formação acadêmica que garante a escuta” (Merli, 2018, p. 147).

Diante do posto, o presente trabalho segue apostando na capacidade de ousadia e criatividade da clínica psicanalítica no social. Sabe-se que esta postura, vai ao encontro com o não culpabilizar, não saber e o de não dar respostas (Schuh., et al, 2021; Paulon & Romagnoli, 2018; Albuquerque et al., 2016). Não obstante, para adentrar o próximo escrito a “clínica do cuidado” não se pretendeu travar uma luta que não é nossa – o “narcisismo das pequenas diferenças tão praticado no corporativismo e tão avesso à Psicanálise, [mas sim] acompanhar, discutir e, mesmo elaborar essa experiência clínica que nos lança tantos desafios novos. Eis a contribuição que se pode dar” (A. C. Figueiredo, 2002, p. 177).

Que seja, então, incluir a faceta do cuidado no social como um gesto incessante, necessário e singular do ser humano (Boff, 2005), que incita novas(os) descobertas, desafios, horizontes e possibilidades clínicas. Portanto, ao citar a Clínica do cuidado não iremos nos referir às práticas de cunho maternal e assistencialista, mas sim, àquelas que se localizam na singularidade do encontro entre duas pessoas que são dotadas de inconsciente (L. C. G. Silva,

2022; Merli, 2017). A clínica do cuidado atribui intrinsecamente uma relação entre sujeitos que reconhecem a incerteza, a historicidade e a particularidade do encontro, do momento e do lugar (Delgado, 2007).

Sobretudo, o que se presume é que se trata de pessoas que cuidam e são cuidadas, o que, pode ser benéfico ou não e que possibilitam a construção de uma “nova clínica” (Delgado, 2007, p.60). Logo, o cuidado ultrapassa o cunho biológico ou material e se mostra como um gesto humano que “se torna um fenômeno para a nossa consciência, mostra-se em nossa experiência e concretiza-se em nossas práticas” (Boff, 2005, p.28) estejam estas onde estiverem, como no campo social. Antes, não podemos deixar de considerar a sensação de desamparo em que todos os seres humanos se encontram ao nascer.

Para a psicanálise existe uma conexão peculiar entre o cuidado e a não satisfação, como algo inerente do viver. Inicialmente, Freud citou o desamparo em “Projeto para uma Psicologia científica” (1950/1996) especialmente ao abordar a “A Experiência de Satisfação” (p.379). Ali descreveu que o bebê é totalmente dependente da ajuda alheia para satisfazer suas urgências internas e segundo ele “essa via de descarga adquire, assim a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais” (p.379). Posteriormente, Freud continuou a mencionar o desamparo em outros textos, como visto em “O futuro de uma ilusão” (1927/1996) e em o “protótipo infantil” (Freud, 1927/1996).

Prosseguindo, em o “Mal estar na civilização” (1930/1996) Freud sinalizou que a civilização impõe inúmeras exigências e restrições a seus membros. Essas abdições geram mal-estar aos homens, já que não podem satisfazer suas pulsões de forma imediata e completa. Resumindo, antes de ser cuidado nenhum ser humano fugiu da sensação inicial de desamparo por marcar-se pela satisfação parcial, contenção das regras sociais, incontrolável imposição da natureza e pela ambiguidade na relação com os genitores e/ou responsáveis. Por

isso, atribui-se que existe um choque de desamparos – o de quem cuida e o de quem é cuidado, independente de quem seja e o sexo deste (Winnicott 1987/2002).

Logo, a perspectiva da Psicanálise não visa alimentar rótulos a respeito do cuidar, mas sim destacar que o desenvolvimento humano ocorre por meio da relação entre pessoas de carne e osso e que estas são “essencialmente humanas – isto é, imperfeitas e não possuem a infalibilidade das máquinas” (Winnicott 1987/2002, p.82). Enfatiza-se que os cuidados são reflexos humanos, porém, “sem dúvidas há profundas variações no cuidar e ser cuidado. São evidentes os limites ecológicos, subjetivos, e sociais que recortam essas dimensões” (Barreto, 2011, p. 411).

Nessa via, no presente estudo, seguirá tomando o cuidado como um ato ou intenção que obrigatoriamente exige contato e que não é “um objeto independente de nós”, mas que se “realiza e se desvela em nós mesmos” (Boff, 2005, p.28), inclusive através da escuta e da relação transferencial que estabelecida entre o profissional e o atendido. Assim, o próximo capítulo *Nem Dentro, Nem Fora: A Clínica do Cuidado Existe, no Campo Social?* convida o caro leitor a problematizar as facetas da clínica do cuidado na assistência social.

### 2.3 NEM DENTRO, NEM FORA: A CLÍNICA DO CUIDADO EXISTE, NO CAMPO SOCIAL?

Particularmente, na Política de Assistência Social, oferecer apoio aos indivíduos e suas famílias não se alinha ao reducionismo - não é um suporte “simplista ou clichê”, pois o acompanhamento permeia campos micros e macros de cuidado (Santos, 2018, p.7). As mais variadas desproteções sociais “(privação de alimentos, aumento de membros na composição familiar, situações de violência doméstica, desemprego, envolvimento com a criminalidade de membros da família, entre outras situações) podem causar consequências irreparáveis no futuro das pessoas” (Santos, 2018, p.7) e impactos maiores ainda, quando nesta realidade, alguns dependem do cuidado para sobreviver (MDS, 2011).

Estas situações tornaram-se mais delicadas para a presente psicóloga-pesquisadora pois, ao ouvir as mães cuidadoras de filhos com deficiência, foram vivenciadas sensações ao ouvir as várias formas de cuidar e de sofrer. Segundo Barreto (2011), a posição de cuidar não traz conforto ao trabalhador, pois por um lado exige o disparar da subjetividade como recurso de aproximação e por outro destampa o instável que cada um comporta. Portanto, “conseguir viver profissionalmente esses dois lugares do pêndulo, de forma fluida e integradora possibilita a expressão da humildade na clareza de nossos limites e uma aproximação sincera com o público atendido” (Barreto, 2011, p. 411). Até existem movimentos que levantam a bandeira do “*cuidar do cuidador* - um consenso como concepção, porém muitas vezes esvaído na prática” (Barreto, 2011, p.411)

Nesta perspectiva, L. C. Figueiredo (2007) defende que “a teoria e a clínica psicanalítica servem de base para o desenvolvimento de uma concepção geral do cuidado que possa ser compreendida e operada por [diferentes] agentes cuidadores” (p.13). Este autor alerta o risco do cuidado narcísico e salienta que cuidar exige um equilíbrio entre a presença implicada e a reservada. Descreve a primeira como “acolher, reconhecer e interpelar” (p.13) e a segunda como “dar tempo e espaço, esperar, manter-se disponível sem intromissões

excessivas” (p.13). Assim, cuidar não significa estar presente nem ausente o tempo todo, é uma oscilação.

Santos (2018) enfatiza a capacidade de o psicólogo permanecer em “reserva a fim de que os desdobramentos da discussão de um determinado tema no grupo ou das reflexões de um atendimento particularizado no CRAS, por exemplo, possam causar efeitos por si só, sem a intromissão de um terceiro” (p.8). Dessa forma, o profissional está presente e atento, mas não se sobrepõe aos atendidos, deixa espaço para que eles se percebam, se posicionem e se responsabilizem individualmente, ou até mesmo cobrem o Estado diante de suas mazelas. Afinal, cuidar não significa interromper o outro.

Apesar de rotineiramente o trabalhador social presenciar o sofrimento personificado nos usuários, tem-se que abrir mão de ser o salvador de todos e responder imediatamente às pobrezaas. Tem-se que deixar por alguns momentos que eles próprios encontrem alívio parcial no falar e na independência. Em contraponto, Santos (2018) diz que a presença ativa pode ser aquele momento necessário de “dar as mãos...no sentido literal e no simbólico da expressão” (p. 7). Ele pontua que, em casos de extrema vulnerabilidade e risco social, nem sempre basta dar um encaminhamento por escrito, o técnico precisa-se ir junto aonde orientou o usuário a chegar. Digamos que, em alguns momentos, o técnico precisa estar presente de corpo, alma e ouvidos na cena crua e viva, junto com o usuário.

Contudo, para se estabelecer qualquer posição, o trabalhador deve ponderar a capacidade de autonomia do usuário. Esta não é uma análise fácil, mas logo assumir algo, pode ser tendencioso, “uma vez que fazer algo pelo outro sabendo que ele é capaz de realizá-lo pode ter mais a ver com a vaidade e a necessidade de fazer caridade do profissional do que com a real necessidade do usuário” (Santos, 2018, p.9). Sobretudo, o cuidado deve ir por uma via possível e não ideal, deve permear a espontaneidade e o interesse mútuo de duas pessoas que são humanas, factíveis, imperfeitas, mas que podem se alinhar na transferência (Santos,

2018)

Barreto (2011) ilustra estes disparates no cuidado com o caso de José - um homem em situação de rua em Recife. O pesquisador-trabalhador confessou que logo no início do acompanhamento se sentiu desapontado com o usuário, pois ele não compareceu no segundo atendimento em troca de se embriagar. Ironicamente, descobriu que os outros colegas da equipe também costumavam se deparar com a mesma frustração. Diante disso, revidou a José: “Procure sentir se você precisa de ajuda!” (p.411). Houve então, uma represália do técnico diante da indisciplina do usuário, o que acabou por desconsiderar a sua capacidade de autonomia e de escolha. Contudo, graças a uma experiência de supervisão, o trabalhador-pesquisador reviu suas expectativas após o seguinte questionamento da supervisora: “E você não precisa da ajuda dele para fazer seu trabalho?” (p.411). Ficou claro então, que o sentimento de desapontamento ao usuário se tratava da ferida narcísica e que, mesmo se sentando no “chão da rua”, o técnico não havia descido de seu “pedestal” (p.411). A partir daí, este técnico permitiu-se renunciar à vaidade e ter uma postura flexível nos atendimentos, “o que proporcionou momentos de intimidade estruturantes” (p.411).

Do posto até aqui, deve se tornar claro que “ao falar sobre formas de cuidar e produzir cuidado no âmbito da assistência social, não devemos nos apegar ao sentido romântico da palavra cuidar, como se fosse um fenômeno onipotente capaz de aplacar as mazelas” (Santos, 2018, p.9). Além do que, não existe uma ligação direta entre público vulnerável e incapacidade de autocuidado. Estes equívocos tendem a estabelecer uma relação de tutela, homogênea e autoritária do profissional, o qual ingenuamente, acredita que sozinho dá conta (Paulon & Romagnoli, 2018).

Neste paradoxo, o risco da tutela no cuidado é eminente e disfarçado, já que, sob o falso título de apoiar, muitas vezes, “na verdade, tem um efeito violento, porque são ações que destituem do outro o seu desejo e a sua singularidade, produzindo um efeito traumático

de desamparo e invisibilidade” (M. L. T. Moretto, 2019, p.69). No alto do seu narcisismo, o técnico pode confundir o que é da ordem do empréstimo para imposição. “A pessoa carente de cuidados, torna-se, deste modo, aquele a quem falta autonomia para tomar (boas) decisões e para agir (corretamente)” (C. R. A. Souza & Coelho, 2014, p.260).

Silva (2022) destacou que, primitiva e vividamente o usuário vem carregado de vulnerabilidades e tende a delegar a resolução de seus incômodos – subjetivos e materiais - ao técnico. Eventualmente, passa a ocorrer uma desigualdade nesta relação, o técnico torna-se cuidador e o usuário somente aquele que precisa. Nisso, a pesquisa realizada demonstrou o sofrimento dos trabalhadores sociais, os quais relataram angústia por ter que lidar com o imprevisível, com algo que cotidianamente insiste em transpor o prescrito. Este torna-se um excesso que precisa ser traduzido, podendo sair por uma via saudável como a psicoterapia ou por outra precária, como o adoecimento.

Frente às vulnerabilidades do trabalhador e do usuário, concorda-se com as reflexões de Paulon e Romagnoli (2018), pois as fragilidades e potencialidades são inerentes à relação de cuidar e não necessariamente se opõem. São sensações e reflexos humanos que não se podem evitar, ou melhor, não se consegue esconder. Nem mesmo, pode-se desconsiderar o jogo de poderes que existe nos encontros. Ainda hoje vigora, nas políticas públicas, uma hierarquização nos atendimentos reforçada pelos estereótipos de “cor raça, etnia, gênero” ou outros que acabam sendo um dos “limites da produção de conhecimento nesse contexto” (Paulon & Romagnoli, 2018, p.180).

Diante disso, Barretto (2011) acredita que a “ajuda sentida como verdadeira é cuidado, assim como o pedido sincero de ajuda é uma demanda de ser cuidado. Isso nos coloca em uma posição semelhante e destitui a relação de poder, instaurando formas terapêuticas de vínculo” (p.411). Por sua ótica, Santos (2018) traduz essa relação de ajuda como “um encontro afinado entre pessoas que se respeitam e se identificam como seres

dotados de inconsciente fruto das relações transferenciais. Pode-se dizer, assim, que a psicanálise possibilita diferentes formas de cuidar promovidas por tais encontros essencialmente construtivos e interpretativos” (p. 7).

Dentro disso, a assistência social à família aparece como eixo estruturante do cuidado. Assim, Albuquerque et al. (2016) ressaltam que “a política faça conexões da família com seu direito; que a família possa encontrar seu lugar no mundo e que tenha condição para resolver seus dramas; que a família possa acessar serviços, mas também suas próprias potencialidades” (p.206). Entretanto, com a devida criticidade, a intervenção do profissional neste âmbito deve ser comedida, já que, culturalmente ainda se reproduz o ideal de família como um núcleo que ou provê o “ninho seguro” ou quando não, que seja “modelada” (C. R. A. Souza & Coelho, 2014, p. 260).

Não se discute que a família congrega propósitos morais e civilizatórios e que o estado tem ganho na intromissão de cuidar. Talvez, a questão central na assistência social seja o caminho que cada trabalhador e cada usuário percorre em busca deste ideal, e como lidam com as frustrações do inatingível (C. R. A. Souza & Coelho, 2014). De fato, não se trata de moldar ou educar ninguém, pois a “prática educativa, apesar de apoiada no discurso do Bem para os usuários, pode desconsiderar as particularidades do sujeito, assim como, seus desejos e possibilidades” (Merli, 2017, p.127).

No atendimento familiar, “é necessário marcar a flagrante ausência de materialidade simbólica e concreta, sendo fundamental construirmos com a família um olhar de outro modo para os espaços e dispositivos públicos, cuidando para que o estado possa reincidir menos” (Albuquerque et al., 2016, p. 206). Os respectivos autores atribuem que a chave para o atendimento com as famílias seja apreender “os enunciados encobertos pela posição de usuários” (p. 206), ou seja, ouvir o que está por trás da doença, da pobreza, do desamparo, do sofrimento e não prescrever receitas. Igualmente, Merli (2017) propõe uma ressalva frente ao

cuidado técnico educacional. Salaria que nos serviços socioeducativos até existe o “princípio do caráter educativo” (p.126) porém, essas atividades não são bem delimitadas e podem gerar, entendimentos “impensados ou rígidos” (p.126) por parte dos profissionais.

Além do já posto, é preciso reconhecer que na sociedade o peso e a tarefa do cuidado não são igualitários. Historicamente as mulheres, em sua maioria, solitárias, assumiram essa parcela de responsabilidade. Mandelli (2021) bem perpassou esta problemática em sua dissertação, constatando que mesmo após transformações contemporâneas nos arranjos familiares, "as práticas sociais destinadas às mulheres têm a tendência de girar em torno do imaginário materno e conjugal. Dessa forma, o trabalho feminino vinculou-se diretamente à esfera doméstica-familiar e aos cuidados” (p.64).

Tanto que, pesquisas como a de Machado et al. (2011) encontraram a presença de cuidadoras mulheres, em sua maioria filhas ou esposas, com idades entre 30 e 82 anos com pouca escolarização e formação específica para cuidar. Pontuaram que até crescem os estudos para captar os sentimentos das cuidadoras, porém, a resposta dos sistemas públicos de saúde são lentos frente às necessidades. Por isso, acreditam que o atendimento domiciliar pode ser um meio para qualificar o cuidado através da escuta e da capacitação dos cuidadores, desde que exista uma relação reflexiva e ética. O cuidado não pode ser objetificado ou normatizado, mas sim submetido a uma “escuta diferenciada” que não culpa, nem inferioriza ou julga estas mulheres (Pietroluongo & Resende, 2007).

Roudinesco (2003) explica que as “relações de dominação, de igualdade ou de desigualdade entre homens e mulheres” (p.115) podem ser apreendidas em vários âmbitos. Pela perspectiva do corpo, homens e mulheres são seres biológicos com diferenças físicas que demarcam posições sociais. Já pela ótica do gênero essa discrepância anatômica assume posição “cultural” ou “identitária” dependendo do lugar ocupado (p. 115). No caso das mulheres, Roudinesco (2003) considera que “multiplicam-se ao infinito as diferenças sociais

e identitárias” (p.115).

No decorrer do capítulo “As mulheres têm um sexo” (Roudinesco, 2003, Capítulo 6, p. 115) percorre o caminho histórico e psicanalítico da sexualidade mulher, retomando que ao longo dos tempos, a mulher foi sentenciada ao lugar de mãe e esposa - propriedade de um homem e de uma sociedade. Já no capítulo “O poder das mães”, Roudinesco (2003, Capítulo 7, p.147) acrescenta a trajetória da mulher em seu papel procriador e materno e as constantes reviravoltas na instituição familiar. Para isso, percorreu a história desde os tempos patriarcais (1960-1975) até as conjecturas atuais dos métodos reprodutivos e das figuras parentais.

Na atualidade, as tentativas de domínio sobre o corpo feminino ainda se fazem cruéis. São escancaradas sob as mais variadas formas de violência, opressão e desigualdade. Tanto que a revista do Conselho Regional de Psicologia do Paraná - *Contato* - em sua edição 116 - tituló a capa como: “Somos todas feridas” (2018) defendendo que “Não basta lutar por direitos. É preciso lutar pelo empoderamento” (p.19). Revela que a violência contra a mulher continua crescente e alarmante em vários níveis da sociedade brasileira e que os psicólogos não podem fechar seus olhos.

Afinal de contas, as violências e discrepâncias dos papéis sociais costumam desencadear um sofrimento e uma sobrecarga impalpável às mulheres. Sabe-se que ainda hoje, cuidar de outra pessoa costuma ser tarefa de mulher, o que, exige grande dispêndio de tempo e investimento pessoal, ainda mais se esta for dependente de cuidados, como pessoas idosas ou deficientes. Não bastando, as mulheres-cuidadoras se redobram para dar conta dos afazeres domésticos e quase sempre não conseguem conciliar uma atividade remunerada. Normalmente, as mulheres assumem essa função por ligações afetivas ou motivações religiosas e acabam se vendo presas nas muitas mudanças que decorrem dessa tarefa (Mandelli, 2021).

Nesta seara, Mandelli (2021) pontua que, os serviços que atendem essas mulheres

costumam trazer um roteiro de cuidados, não para elas, mas somente para quem elas cuidam. O entorno tende a enxergar a mulher como uma mera executora, o que reforça para ela a necessidade de esquecer-se de si e encapsular-se na obrigação. Sobrevive a naturalização do feminino que se prosta há um outro, cuja história repete “que a mulher é a principal responsável pela operação da máquina do cuidado nas sociedades, especialmente na esfera doméstica-familiar, devido às relações sociais de sexo construídas culturalmente, socialmente e politicamente” (Mandelli, 2021, p.64).

Esta sobrecarga foi relatada por A. C. Souza et al. (2015) em uma experiência de atividade grupal, onde constataram que algumas mulheres deixaram de participar por não terem com quem deixar seus filhos. Aqui, reforçou-se a importância de o técnico oferecer uma escuta singular e não culpabilizadora diante destas faltantes, as quais não foram rotuladas como não aderentes. Evidencia-se assim, mais do que nunca, a obrigatoriedade de um olhar do profissional limpo de julgamentos morais, pessoais e culpabilizatórios diante de uma mulher que cuida de outrem. Muitas vezes, quem cuida não foi cuidado e tem limitações objetivas e subjetivas que não conseguem vir a palavra, permanecem em ato.

Além do que, a vertente clínica não desconsidera que historicamente, cultural e socialmente os papéis sociais são discriminatórios e vexatórios sobre o feminino, por isso, a escuta singular torna-se mais urgente na assistência social. Este trabalho concorda com a posição de M. L. D. E. Scarparo e Poli (2008), uma vez que, não se trata de encaixar a mulher no lugar de esposa de “brigadiano que gosta de apanhar” (p.67), mas sim, escutar o inconsciente e o que está por trás do ato da violência e da repetição.

Merli (2017) vai mais a fundo neste julgamento e considera que a escuta de uma mãe, que em tese submete um filho a desproteção, deve ser minuciosa, cautelosa e não inquisidora, apressada. A escuta do cuidado deve se dar em tom singular e não como sinal imediato de “desinteresse ou irresponsabilidade” (Merli, 2017, p.145). A respectiva autora pondera que o

padrão alimentício ideal não chega na periferia, muito menos, a escolarização. Então, como cobrar o cuidado de uma mãe analfabeta? Se ela não entende uma prescrição médica ou um cardápio alimentar.

Nesta perspectiva, M. L. D. E. Scarparo e Poli (2008) mencionam o risco de se “cair na dedução direta de maus tratos” (p. 68) e explicam, por exemplo, que o fato da criança desenhar um pênis nem sempre representa violência sexual. Ou que o relato da criança dos pais serem ruins e a avó boa, pode indicar que os primeiros impõem regras e que a segunda é permissiva. Normalmente, um mesmo elemento falado ou desenhado pela criança comporta significados duplos, sendo necessário a escuta aprofundada do usuário e de sua família para se demarcar sentido e fazer os devidos encaminhamentos (Péres & Moré, 2021).

Também, Lemos e Neves (2018), ao estudarem a destituição do poder familiar das crianças Amanda e Wellington (p.194), comprovaram que apesar de terem sido protegidas da violência sexual, um olhar apressado não enxergaria outras vulnerabilidades. Ambas foram acolhidas em uma instituição e após tentativas frustradas de adoção por parte da família, estas foram encaminhadas para psicoterapia. Ao longo dos atendimentos, os psicoterapeutas compreenderam que a resistência da tutora, em aceitar os horários da terapia e a presença da criança, transparecia uma repetição transgeracional. Perceberam que “salvar Amanda significava para Rute resgatar um destino familiar e transgeracional, que envergonhava e que a convocava a ocupar a posição de sacrifício e resgate por si mesma” (p.194).

Nisso, M. L. D. E. Scarparo e Poli (2008) também endossam que as medidas de proteção institucionais por si só são ineficientes, uma vez que a repetição transgeracional ronda a família. Superficialmente, às vezes a mulher acaba sendo julgada pelo senso comum e rechaçada na comunidade, porém, costuma não ter consciência do porquê está imersa em violência ou porque não retira os filhos desse replay. Pode haver uma posição subjetiva desta mãe/mulher que permite, inconscientemente, uma repetição do seu lugar de submetimento ao

sofrimento (M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008, p.67).

Na seara da repetição, Kães (2014) apresenta a transmissão psíquica através da intergeracionalidade e da transgeracionalidade nas alianças inconscientes. Para ele, “as alianças inconscientes estabelecem relações, todas essas intersubjetivas, transubjetivas e sociais, tanto as que vinculam as gerações entre elas, como as que vinculam os contemporâneos entre si” (p. 15). As alianças internas e as alianças feitas nas relações se inserem e permanecem no inconsciente e podem ser estruturantes, defensivas ou alienantes. Entretanto, estas alianças têm capacidade de mutabilidade dependendo de condições favoráveis ou desfavoráveis (Kães, 2014).

Nesta problemática, na construção de casos clínicos, Albuquerque et al. (2016) notaram a repetição por gerações de uma mesma família da miséria, da exclusão e das violências. Ficaram perplexos ao perceber que os usuários levados à discussão já eram conhecidos pelos serviços por décadas e que, os profissionais pouco depositavam esperanças na intervenção. Estas famílias “reduzidas ao bloco, são muitas vezes ligadas entre si pelo que a equipe poderia nomear como o pior, aquilo que se repete nas gerações e na relação entre os presentes, como um elemento sem saída” (p. 207).

Salienta-se que para a Psicanálise, a repetição não se dá igualmente entre os filhos de uma mulher, visto que, um descendente nunca é colocado no mesmo lugar do outro na transmissão do psíquico. Até mesmo, em casos de gêmeos nota-se diferenças no imaginário parental e conseqüentemente no cuidado. Ainda, em casos de extrema privação ou risco e, dependendo como estas são tomadas, as funções parentais tendem a ser mais dificultadas. Em alguns casos o filho pode ser colocado no lugar de objeto, “no lugar de tudo que resta” expresso através de falas como “este é meu e ninguém pode me tirar” (M. L. D. E. Scarparo, 2008, p. 88).

Não em vão, é comum que a criança carregue o sintoma e peça a intervenção para

aproximar os serviços da assistência social à família (M. L. D. E. Scarparo, 2008). Frente a isso, C. R. A. Souza e Coelho (2014) argumentam a favor da luta do empoderamento dos usuários e das famílias, bem como, da escuta do inconsciente como meio de barrar o impulso de repetição. Para os autores, é a partir disso “que entendemos que o olhar torna-se embotado, a história é esquecida, conquanto ainda não elaborada, retornando sub-repticiamente e impondo valores e significados que por vezes nos passam despercebidos” (C. R. A. Souza & Coelho, 2014, p.255).

Deve-se ter em mente que as medidas de proteção legais ou institucionais, não necessariamente fazem contenção às repetições transgeracionais e as desproteções sociais. O Estado e suas medidas não são imparciais e podem aumentar as violações, bem como culpabilizar o usuário e a família. Por exemplo, em casos de crianças retiradas de casa como medida cautelar, estas não se sentem protegidas pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), mas sim, desamparadas pela figura materna. Ainda, quando a mãe permanece com o companheiro agressivo, o filho tende a sentir culpa, desvalia e pode desencadear sintomas como a inibição (M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008). Lemos e Neves (2018) também identificaram os efeitos adversos da institucionalização em duas crianças, visto que, a destituição do poder familiar interrompeu algumas violências, mas acarretou outras fragilidades relacionais.

Assim sendo, no campo social não se pode negar que o cuidado costuma revelar desproteções e destampar desamparos sejam estas de ordem institucional ou familiar. Diante disto, C. P. França et al. (2018) relataram a experiência do projeto de pesquisa e extensão da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - CAVAS (Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual) e se depararam com os “efeitos [devastadores] da perversão dos adultos e o silenciamento de outras figuras de cuidado das crianças que, ao invés de as protegerem, deixam-nas vagando solitárias pelos labirintos da perversidade” (C. P. França et al., 2018,

p.377). Outro aspecto que chamou a atenção das pesquisadoras (C. P. França et al., 2018) “foi a precariedade dos vínculos maternos e suas possíveis implicações nos casos de crianças e adolescentes com histórias de abuso sexual” (p.378). A partir dessa percepção e de que aparentemente “as marcas de violência trazidas na bagagem dessas crianças e adolescentes não se restringiam aos abusos sexuais” (p.378) enveredaram em um estudo mais aprofundado sobre a obstrução do cuidado - a via desvitalizante da “mãe morta” aos olhos de André Green e a via de inveja na perspectiva teórica de Melanie Klein.

De acordo com C. P. França et al. (2018), a primeira via revelou-se através do “grau de negligência e distanciamento da situação da criança” (p.381). No decorrer dos atendimentos notaram que, as mães ora mostravam-se imparciais ora como não protetoras ou até mesmo facilitadoras da violência e, neste ponto, as autoras consideram que a “maternagem, pode se constituir como experiência árdua para uma mulher, especialmente quando ela teve a história de seu narcisismo marcada por perdas precoces que levaram ao apagamento súbito do objeto primário” (p. 381). Já a segunda via, ou seja, a de inveja, mostrou-se através de “jogo de rivalidade que se estabelecia entre a mãe e o/a filho/a ou entre a mãe e o parceiro” (p.381).

A esta última, as autoras (C. P. França et al., 2018) atribuíram o valor de “vilão na relação de cuidado” (p.381), visto que, “as disputas e rivalidades se sobrepunham a qualquer comunicação ou movimento de cuidado com a criança ou adolescente, que acabava sofrendo as incidências das ameaças persecutórias vividas por suas mães” (p. 381). No fim, as autoras reforçam que os maiores entraves nesse campo clínico se referem ao desamparo iminente, posto por uma violência intrafamiliar agravada pela não proteção do responsável e que, isso “tanto favorece uma precária constituição do psiquismo infantil quanto dificulta a elaboração do traumatismo sexual, fazendo-se reverberar no setting analítico por meio da dificuldade na construção de vínculos de confiança” (p.389).

Logo, nos enlaces do amparo e do desamparo, a teoria psicanalítica não nega a presença do trauma psíquico como um fator que circunda o cuidado. O trauma pode assumir uma parcela estruturante e outra desestruturante no desenvolvimento do psiquismo infantil. O primeiro é considerado inevitável e necessário, pois atua como um facilitador da organização do aparelho psíquico, como se dá com a castração e o aprendizado das regras de higiene. Já os traumas desestruturantes retardam ou impedem a construção da identidade da criança, pois a grave ameaça da experiência externa não consegue ser devidamente incorporada ao psiquismo, como tragicamente acontece com as situações de violência ou abandono severo (Favero, 2009).

No passado, a descoberta e o entendimento do trauma foram fruto das experiências de Freud com adultos, e por isso, este conceito foi contatado e retomado inúmeras vezes por ele. No texto "Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa", Freud (1896/1996) situou mais claramente o dano da violência sexual contra o psiquismo e demarcou que “não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas antes sua revivescência como lembrança depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual” (p. 167). Já em “Inibições, sintomas e ansiedades”, Freud (1926/1996) afirmou que o trauma é a “experiência de desamparo por parte do ego face a um acúmulo de excitação, quer de origem externa quer interna, com que não se pode lidar” (p. 85).

Legitimamente, a natureza do trauma apareceu em vários trechos das obras freudianas, os quais são incabíveis de serem repassados ou analisados neste trabalho, e foram mais bem aprofundados por pesquisadores tais como Zavaroni e Viana (2015) e Castilho (2013). Sabe-se que as situações traumáticas trazem questionamentos e repercussões à clínica contemporânea da psicanálise, os quais também não pretendemos explicar neste trabalho, mas acreditamos que trazem ainda mais impacto no campo do cuidado no social. Vale-se mencionar que junto com Freud, surgiram inspiradores pensadores como Donald Woods

Winnicott (1896-1971), que aprofundaram os estudos sobre o trauma e os cuidados.

Para Winnicott (1987/2002), os cuidados ultrapassam o campo físico e se assemelham a amplitude do termo “segurar”, ou seja, “tornar seguro, firmar; amparar, impedir que caia, agarrar, conter, prender, garantir, tranquilizar, serenar, sossegar, não se desfazer de conservar; afirmar, garantir; apoiar-se, precaver-se” (p.53). O que Winnicott quis dizer é que o cuidado deve se ampliar, conforme as necessidades mutantes e constantes durante toda a vida de uma pessoa e que essa tarefa se estende a todo espaço e grupo familiar, ou seja, não só a mulher.

O cuidado também se estende para outros campos e contextos, podendo ser visto em uma situação de psicoterapia seja com crianças ou adultos, no sentido de que “muita coisa depende da maneira como o analista usa as palavras, e, portanto, da atitude que se oculta por trás da interpretação” (Winnicott, 1987/2002, p.85). Winnicott descreveu essa experiência com o caso de uma paciente, que “cravou” a unha em suas mãos no momento de um mal-estar e ele respondeu “Uau!” (p.85). O que se quis expressar foi que o analista estava vivo e que seria capaz de ser usado e sobreviver. Esta atitude é importante, pois o analista não se espanta ou julga moralmente o paciente diante de suas reações, mas sim aceita e contém o desamparo. Talvez, inclusive, o que na infância não foi possível na relação de cuidado.

Do escrito até aqui, o que se revela é que, a clínica do cuidado no social sob a perspectiva da Psicanálise se mostra árdua e sem roteiro, mas entende-se que alguns nortes podem balizar a atuação. Primeiramente, dever-se-ia ampliar o escopo de intervenção para a prevenção e não apenas, permanecer na amenização dos danos e riscos. Diversos estudos defendem a importância da proteção na primeira infância, entendendo que, oferecer apoio às famílias no cuidado não se traduz como fiscalizar e julgar seus membros (Lemos & Neves, 2018).

Para cuidar, o usuário e o trabalhador devem se distanciar do ideal de família e de infância e assim, construir uma relação criativa, possível e singular (C. R. A. Souza &

Coelho, 2018). Aposta-se em uma clínica do cuidado possível, afinal, as mazelas e as desproteções não apagam de todo as potências que emergem das vulnerabilidades. Existem experiências propulsoras como escritas por M. L. D. E. Scarparo (2008) no capítulo “Crônicas da vida cotidiana” (p. 79). Ali relata casos que demonstraram a importância da escuta singularizada mesmo diante da dada tragédia social.

Nesta perspectiva, M. L. D. E. Scarparo (2008) considera que existe uma via potente de cuidado na relação, desde que o profissional realmente se disponha a ouvir o usuário e seu inconsciente. Entretanto, reflete que diante de tantas demandas que recaem na assistência social, incômodos perpassam as ações. Alguns profissionais tendem a interrogar a própria efetividade do fazer, outros a indicação ou o que seria o melhor encaminhamento. Ou ainda, outros questionam o ganho secundário do benefício, enquanto alguns usuários negam o recebimento para não ter que se submeter aos atendimentos (M. L. D. E. Scarparo, 2008).

Apesar disso, o que não se pode, é cair no “imperativo de dar conta” ou no “julgamento de merecimento” (M. L. D. E. Scarparo, 2008, p.109), muito menos, em escutas apressadas e generalizadas. Em ouvir um a um, pode-se alcançar avanços até no espaço grupal, desde que ali ou em outro lugar, o profissional promova um enquadre relacional. Nessa mesma via, este trabalho coaduna com o entendimento de que a escuta singular engloba, mas não se restringe à modalidade de atendimento particularizado e pode até se estender a outros públicos como na presente pesquisa: mães cuidadoras de pessoas com deficiência.

No âmbito da pessoa com deficiência, alguns pesquisadores psicanalíticos promoveram uma reflexão particularizada e discorreram que existem tantas particularidades de cuidado, que a psicanálise não a trata como especialidade (Ferreira & Batista, 2017; Amiralian, 2016; Andrade & Sólera, 2006; Góes, 2006; Brauer, 1998). De pronto, Brauer (1998) admite que falar de constituição psíquica em casos de deficiência é um desafio, até

mesmo porque a Psicanálise não se propõe a tratá-la. Brauer (1998), respeitando as diretrizes de Freud (1904 [1905] /2020), considera que a Psicanálise é um método que se propõe através da palavra e da escuta, o que subentende a obrigatoriedade de se ter uma condição intelectual mínima, para se submeter ao processo analítico.

Conquanto isso não significa, de acordo com Brauer (1998) que a psicanálise não tenha espaço para a deficiência, apenas que se faz de forma particular, uma vez que, “o que lhe cabe é refletir sobre as repercussões possíveis desta deficiência sobre o sujeito” (p.57). O que se quer colocar é que a pessoa lidará com a deficiência real, de forma única e subjetiva, e que nem sempre isso a marcará como identificação e limitação. Ainda, a forma como a família conceberá a deficiência e o cuidado também são peculiares. Nesse assunto, Góes (2006) expõe que o diagnóstico de deficiência recai como um “transtorno psicológico” (p.452) para todos que cercam a pessoa com deficiência.

Assume-se que não são incomuns os conflitos entre os cuidadores e as constantes restrições e necessidades, que a pessoa com deficiência se deparará e exigirá ao longo da vida. Por isso, na relação de cuidado, os responsáveis são suscetíveis a “frequentes movimentos de rejeição e aceitação, de forma inconsciente, em relação ao filho, em função da possibilidade (ou não) de elaborarem psiquicamente o fato de que ele não é plenamente saudável” (Góes, 2006, p. 452). Por outra via, a aceitação da diferença pode culminar em um “novo nascer” para a pessoa com deficiência, que mesmo com “falhas” recebe investimento libidinal dos genitores (p.452).

Ao se referir ao investimento libidinal, Góes (2006) fez um paralelo com o narcisismo primário em Freud (1914/1996) e partindo disso, explicou que o cuidado e o afeto depositado a qualquer criança pode ser considerado como um reavivamento e uma reprodução do narcisismo pessoal dos genitores. Portanto, existe uma tendência em instaurar uma perfeição irreal na prole e uma negação diante de possíveis deficiências ou infortúnios. Em suma, os

filhos trazem à tona uma possibilidade de realização perdida e são feitos objetos de amor para que, nessa relação, os pais viabilizem seu próprio ideal de ego, “acrescentando que, além do aspecto individual, esse ideal tem seu aspecto social, pois constitui também o ideal de uma família, de uma classe, de uma nação” (p. 454).

Entende-se que, para além da deficiência, todo ser humano carrega uma tendência hereditária para o desenvolvimento. É uma espécie de potencial para a continuidade, onde nada se perde para automatizar a crescente capacidade de autonomia e nascimento da personalidade humana, ou seja, “a pessoa torna-se viável como pessoa e também fisicamente (uma unidade independente)” (Winnicott 1987/2002, p.80). Entretanto, para emergir o potencial é preciso que as “condições ambientais sejam adequadas” (p.80) e que a “maternagem seja suficientemente boa” (p.80), o que não significa encaixar o cuidado em valores morais ou materiais.

O que se quer dizer é que o cuidado se efetiva na relação tanto que, “futuramente o uso que o bebê faz do meio ambiente não-humano depende do uso que ele anteriormente fez de um meio ambiente humano” (Winnicott 1987/2002, p.82). Inclusive, Winnicott (1987/2002) diz que o conhecimento de uma mãe sobre o filho nunca pode ser descartado, pois os profissionais e as teorias normalmente nunca dominam a necessidade e ou reconhecem a subjetividade do bebê como uma mãe faria, além do que, não se pode esquecer que “ao longo de milhões de anos as mães vêm realizando esta tarefa com prazer, e de forma satisfatória” (p.75).

Sobretudo, a Psicanálise apresenta-se como uma disciplina que busca entender o psiquismo humano em sua totalidade, independente se este seja de uma pessoa deficiente ou não. Temos um exemplo, com o psicanalista Winnicott, pois mesmo que ele não se propusesse claramente a estudar a deficiência, não se retraiu em atender o caso do menino “Liro” com sindactilismo (Winnicott, 1984). A partir das leituras realizadas tornou-se clara a

viabilidade do olhar da Psicanálise, sobre as pessoas com deficiência e mais ainda sobre aquelas que as cuidam e rodeiam.

Frisa-se que a clínica do cuidado da Psicanálise se despe de julgamentos pessoais, diagnósticos ou achismos, para ouvir o que a própria pessoa e sua família concebem como falha ou potencialidade (Ferreira & Batista, 2017). Contudo, ressalva-se que o presente trabalho, ao tentar discutir a clínica do cuidado e compreender sua aplicação à deficiência, não procurou determinar sua eficácia, muito menos encontrar causas ou desacreditar outras teorias. Tentou “manter os olhos abertos”, conforme ressaltam Ferreira e Batista (2017, p.51) através da pesquisa.

Além do que, parte-se do pressuposto de que não se camufla a clínica da diferença, pois “é de fundamental importância a condição de deficiência nas relações interpessoais, seja pelas implicações práticas que determina, seja pelo significado que imprime em todos nós” (Amiralian, 2016, p.104). Ultrapassando paradoxos para além do público atendido esta pesquisa reconhece a particularidade clínica dos encontros e dos territórios. Neste cenário, convém ressaltar que a região rural comporta diferenças da urbana e estas não devem ser menosprezadas e sim destacadas.

Dados revelam que, mesmo sob decréscimo populacional desde 1950, estima-se que ainda residam na região rural 2 milhões de pessoas. A redução dessa população acontece pelo crescente aumento da urbanização, já que, quase 23 milhões de habitantes passaram a morar nos centros urbanos entre os anos 2000 e 2010. (IBGE, 2010). A pesquisa de Sanches et al. (2020) pontua que, objetivamente a população rural é classificada como mais pobre que a região urbana, porém, ao ser questionada, a população urbana se considera mais empobrecida do que a rural.

Este disparate de dados pode ser reflexo dos próprios sistemas do estado, que implementam objetificações de análise das condições de vida que nem sempre traduzem a

realidade da população (Sanches et al., 2020). Uma das participantes da pesquisa de R. G. Reis e Cabreira (2013) reforçam que na região rural “as dificuldades estão relacionadas às situações de baixa renda, pobreza, desemprego e dificuldades de ter acesso às políticas públicas” (p. 61). Resumindo, os respectivos autores localizaram duas maiores dificuldades na atuação do Psicólogo na região rural: a de locomoção e de adesão e as situações de vulnerabilidade da população rural.

Nota-se assim, que apesar do avanço nas políticas públicas seu alcance frisa mais a região urbana do que a rural, uma vez que, a própria organização dos serviços privilegia as cidades e não o campo. Além do que, alguns profissionais, dentre eles o psicólogo, pode não identificar as especificidades rurais, o que alimenta a inexistência de projetos e ações específicas para este território. Entretanto, assim como a respectiva psicóloga-pesquisadora, outros “psicólogos acreditam que esse campo de atuação seja promissor por apresentar uma grande demanda e muitos desafios na inserção da Psicologia na zona rural” (R. G. Reis & Cabreira, 2013, p. 64).

Nesta seara, “um desses grandes desafios está na formação, pois não há discussões sobre esse tema durante o período acadêmico, o que gera uma tendência a se realizar uma psicologia urbana na área rural” (R. G. Reis & Cabreira, 2013, p.64). Por isso, os autores reforçam a importância das discussões teóricas a respeito e a inserção dos alunos da graduação em experiências práticas nesses locais, bem como, pesquisas específicas. Esse achado também reflete a vivência da psicóloga-pesquisadora, já que, ela adentrou a região rural sem arcabouço de formação, contudo, se viu em uma nova e rica possibilidade de aprendizado.

Parte-se do pressuposto que a realidade rural é heterogênea e imersa numa construção histórica e social peculiar que ultrapassa o campo geográfico. Por isso, pode-se falar em “ruralidades” no plural e não como igual, fixa, imutável (Lopes et al., 2018). Em cada

contexto rural se expressa modos de vida e fontes de apoio diferentes, por exemplo, além do apoio familiar, os moradores citam a comunidade e a religião como recursos de enfrentamento. Diante da ausência das políticas públicas, essa população encontra formas de sobreviver, tendo vizinhos como referência de ajuda tanto na ordem material como emocional (Ximenes et al, 2020).

De forma diferente da zona urbana, comumente a equipe precisa ir até a família e as ações coletivas como grupos tornam-se mais difíceis. Por isso, a principal forma de atuação da equipe técnica é a visita domiciliar e o acompanhamento familiar particularizado. Atender aqueles, mesmo que distantes, busca trazer esses “indivíduos que muitas vezes são esquecidos no meio do nada e trazê-los para junto da sociedade, sem retirá-los do seu espaço físico, entendendo suas necessidades e particularidades, garantindo assim seu direito a ter uma vida melhor e mais saudável” (R. G. Reis & Cabreira, 2013, p.64).

De todo posto, o que este trabalho procurou foi manter circulante o questionar diante das vastas possibilidades clínicas. Frente a tantas problemáticas e dificuldades, buscou-se sustentação em estudos de outros pesquisadores tais como Katz (2019), que utilizou a “Clínica de Cuidado” (p.30) para atender a população ribeirinha do Xingu e a definiu como “um modelo de atenção ao sofrimento psíquico que inclui dispositivos de cuidados abertos, no território, e que respeita às suas particularidades” (p. 30). Ao final da experiência, Katz (2019) afirmou que “a operação clínica teve lugar na intervenção” (p. 33).

Mesmo longe do *setting* clássico, a “Clínica de Cuidado” proposta por (Katz, 2019) trouxe mudanças na vida daqueles que vivenciavam uma tragédia real. Todavia, reforça-se que a faceta clínica do cuidado no social não é assistencialista ou reducionista - é uma relação mutante, constante e inconclusiva, que se dá no encontro entre as pessoas desde que seja sem medição, tutela e rastreio. A escuta singular carrega um cuidado ético que revela os mais variados desamparos, traumas e potências de ressignificar.

Ademais, concorda-se que o trabalho do psicólogo se materializa no cuidado com a devida atenção na relação e no jogo pulsante de ausência, presença, potência e impotência (Barreto, 2011, L. C. Figueiredo, 2007). Não obstante, o cuidar no SUAS não significa restringir-se no individual, mas ampliar a capacidade de análise e de acesso sob à família, à comunidade e à rede de bens e serviços (Santos, 2018). Isto inclui reconhecer as particularidades do público atendido e do território, compreendendo que cuidar significa ouvir e apostar na relação que se pode estabelecer.

Por fim, o cuidado clínico não se resume em páginas escritas nem em termos técnicos, visto que a relação transferencial que se pode estabelecer não se repete, não se mede e nem se comporta em palavras. A Clínica é algo vivo e particular e que acreditamos que transporta efeitos em um atendimento domiciliar às mães de pessoas com deficiência que, para além desta caricatura, são mulheres com capacidade de fala e atendidas por outra mulher, com disposição a ouvir e sentir independente de deficiências, paredes e pobreza.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a importância da escuta psicanalítica na visita domiciliar do SUAS

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar os fatos clínicos ocorridos durante as visitas domiciliares

Descrever as emoções vivenciadas pela psicóloga-pesquisadora durante os atendimentos às mães, cuidadoras de filhos com deficiência

Evidenciar a relação transferencial estabelecida entre a díade - mãe cuidadora e psicóloga

#### 4. MÉTODO

Historicamente Freud distanciou a Psicanálise das ciências positivistas e inaugurou um aparelho conceitual de intervenção, pesquisa e concepção clínica. Para isso, ele se debruçou sobre incontáveis formas de investigações psicanalíticas, indo desde o uso da pesquisa clínica extensa até os seus próprios sonhos, atos falhos e episódios do cotidiano. Esses campos eram ilustrados clinicamente, investigados teoricamente e analisados culturalmente, construindo assim, a busca de um novo elemento metodológico: o sujeito do inconsciente (Herrmann, 2004).

Tanto que, Freud (1922 [1923]/1996) não fez uma única definição de Psicanálise, mas sim a desdobrou em três âmbitos, interdependentes e coexistentes, sendo um procedimento para investigar os processos mentais inconscientes, um processo terapêutico e um corpo de conhecimentos teóricos em constante reformulação. Atenta-se ainda, para que Freud (1918/2020) nunca instituiu a completude de sua teoria e de sua técnica, mas sim deixou o legado do aprimoramento incessante.

Nisso, concorda-se com F.Herrmann (2004) em que, toda teoria se institui por procedimentos de investigação, mas em algumas áreas, como na Psicanálise, também se constrói pela intervenção, o que aqui chamamos de clínica. Todavia, esclarece-se que na pesquisa propriamente dita, a Psicanálise assume distintas posições dependendo do objeto a ser estudado, podendo se enquadrar como pesquisa em Psicanálise ou como pesquisa com o método psicanalítico.

Na primeira, a psicanálise torna-se objeto de estudo de outras áreas do conhecimento e não se faz obrigatória a presença do psicanalista. Isto pode se dar, inclusive, na sistematização das próprias teorias psicanalíticas ou por exemplo, nos estudos filosóficos, históricos, entre outros, podendo trazer à luz uma vastidão de fenômenos e processos culturais (L. C. Figueiredo & Minerbo, 2006). Na pesquisa em Psicanálise, esta ora é “objeto

de exame” ora é “usada como um arsenal de ideias e conceitos” (L. C. Figueiredo & Minerbo, 2006, p. 259), e pode ser utilizada como amparo à diversos profissionais como educadores, filósofos, historiadores, entre tantos outros, sendo comum nos redutos acadêmicos.

Por outro lado, a pesquisa com o método psicanalítico exige a presença do psicanalista e sua intrínseca relação com os aspectos transferenciais e contratransferenciais. Logo, diferentemente das ciências naturais, sociais ou humanas a hipótese na pesquisa com o método psicanalítico não é dada a priori e nem se usa termos como refutação ou verificação. O que existe é a entrega do pesquisador ao seu objeto de estudo, a ponto de manter certa distância da teoria para lançar o “corpo-a-corpo” nas desconstruções e transformações do “objeto” e do “sujeito” (L. C. Figueiredo & Minerbo, 2006, p. 259).

Posto isso, a pesquisa com o método psicanalítico só ocorre vinculada às relações transferenciais que se dão em um dado momento na história do pesquisador e do objeto, os quais nunca permanecem iguais após o estudo e são incapazes de serem reproduzidos/relatados de forma estritamente objetivas. Conseqüentemente, os campos objetivos, subjetivos e ambíguos da relação humana são fatores partícipes, singulares e vitais do pesquisar e passíveis de se interpretar o que, “significa olhar para o fenômeno investigado fora de seu campo habitual ... é um olhar fora da rotina, que desopacifica o objeto” (L. C. Figueiredo & Minerbo, 2006, p. 260).

Destaca-se que a pesquisa com o método psicanalítico não necessariamente precisa se dar em uma situação psicanalítica clássica e pode se transportar a outros espaços e temas, como em processos socioculturais e/ou fenômenos psíquicos apreendidos fora do consultório particular (L. C. Figueiredo & Minerbo, 2006). Nesta linha, Poli (2008) defende a singularidade da pesquisa com o método psicanalítico na universidade e na instituição, à revelia da imposição generalista e burocrática dos meios acadêmicos e de fomento em pesquisa.

Afinal, a psicanálise “opera com um método interpretativo que produz um objeto nada natural: o inconsciente, ou seja, mais do que uma ciência, a psicanálise é uma ética. Também na prática de pesquisa, ela produz o sujeito, não apenas o descobre” (Poli, 2008, p. 164). Para a Psicanálise, o desafio da pesquisa acontece no um a um, no caso a caso, na particularidade e na “renovação/invenção” incessante da teoria e da prática, como um conhecimento novo que sempre está a advir e nunca pronto (Poli, 2008, p.155).

Por isso, Poli (2008) argumenta a favor de estudos que tratem da temática da transferência nos meios de pesquisa, bem como, na transmissão destes aos pares universitários. Convém ressaltar que a teoria da psicanálise se expandiu para além do campo médico e chegou a outras categorias como a da Psicologia via seminários, supervisão, orientação de pesquisa, entre outros, o que reverbera na formação destes profissionais. Além do que, surgem outras possibilidades de imersão do método psicanalítico em laboratórios, grupos de pesquisa e redes interuniversitárias, que promovem incentivos e financiamentos para publicações e pesquisas.

Apesar desses mecanismos de visibilidade, a psicanálise luta por manter a particularidade de sua indeterminação e indefinição nos redutos da pesquisa e da academia. Hoje, além da problemática da pesquisa, a psicanálise se depara com o desafio de construir seu saber nos espaços da clínica em extensão como se dá, por exemplo, nas políticas públicas, fazendo com que estas experiências interroguem a teoria, o fazer, os limites e as possibilidades do método psicanalítico. Aparecem expressões como “extra-clínica” ou “extramuros” que provocam inúmeros questionamentos teóricos e técnicos que fogem do setting tradicional (Poli, 2008).

Esta pesquisa coaduna que tais impasses podem ser transportados em uma pesquisa acadêmica como “uma função de interrogação da doutrina, de corte no saber constituído, de reinvenção dos pontos de ignorância da qual nós, analistas, somos tributários e que nos

interessam sobremaneira como espaços de alteridade... constitutivos do nosso campo” (Poli, 2008, p.159). Assim, convém recordar que, para a psicanálise, “é o método que cria o objeto” ou, em outras palavras, os atributos do objeto “são absolutamente dependentes do tipo de estilete que se utiliza para recortá-lo. Este “estilete” em parte é a teoria, mas é também, e principalmente, a posição do analista, de seu desejo de analista, na construção da questão” (Poli, 2008, p.163).

Deste modo, assume-se que o pesquisador psicanalítico é o primeiro e talvez mais importante sujeito de sua própria pesquisa. Seu papel não se restringe a elucidar as teorias e inclui problematizar um campo analítico e rever sua aplicação, a partir de sua implicação subjetiva (Iribarry, 2003). É justamente pela direção e entrega do psiquismo do pesquisador ao seu objeto de estudo que se dá a interpretação e a transformação do material da pesquisa.

Por isso, atribui-se que a descoberta e a invenção são características da pesquisa com o método psicanalítico, ou seja, “é irrepitível e singular ... a verdade de uma interpretação não pode ser tomada como definitiva, mas sempre provisória. Nem como totalizante, pois é sempre uma verdade parcial, uma perspectiva selecionada do seu objeto” (L. C. Figueiredo & Minerbo, 2006, p. 275). Ser pesquisador sob a ótica da psicanálise “é incluir-se como autor na sua produção, o que significa envolvimento em sua transmissão” (Poli, 2008, p.171).

Tais características remetem às relações transferenciais e contratransferenciais, as quais demarcam a identidade e singularidade de qualquer estudo, que seja realizado com o método psicanalítico (L. C. Figueiredo & Minerbo, 2006). Para a psicanálise, o saber é advindo de uma relação humana impalpável, sendo assim, “é imperfeito, é inconsistente em si... é incapaz de transmitir-se sem resto” (A. C. Figueiredo & Vieira, 1997, p. 33).

Entretanto, isso não significa que a pesquisa com o método psicanalítico descarte a teoria, apenas que ela é moldável à experiência singular do analista-pesquisador, já que “a clínica, como acontecimento que desafia o saber permanentemente, exige sua produção” (A.

C. Figueiredo & Vieira, 1997, p.33). Contudo, mais uma vez convém ressaltar que este tipo de estudo não permite relações de causa e efeito, muito menos, se aproxima de estatísticas e generalizações (L. C. Figueiredo & Minerbo, 2006).

Todavia, isso lança outro grande escopo para a pesquisa com o método psicanalítico, uma vez que, “pode ser usado para interpretar qualquer fenômeno que faça parte do universo simbólico do homem [além do] que toda investigação psicanalítica tem algum efeito terapêutico, no sentido ampliado do termo” (L. C. Figueiredo & Minerbo, 2006, p.275). Isto implica na relação dialética entre teoria e clínica, visto que, para a investigação psicanalítica não existe separação entre experiência e pesquisa.

Não existe, como nas ciências aplicadas e humanas a divergência entre a teoria pura e a teoria aplicada, ao invés disso, coloca-se a clínica como espaço experimental da Psicanálise, tendo como objeto teórico o inconsciente, suas pulsões e sua intersubjetividade. A clínica como um espaço intersubjetivo ocorre pelo intermédio da linguagem e seu ato de falar/ouvir. Diga-se que, para a psicanálise, o inconsciente se constitui e se mostra “na” e “pela” palavra. Assim, torna-se necessário um outro sujeito para interpretar, no caso, a psicóloga-pesquisadora, o qual através da experiência intersubjetiva buscará registrar o sujeito do inconsciente (Birman, 1992).

Em suma, “seja na academia ou fora dela, uma pesquisa com o método psicanalítico é sempre obra de psicanalista e é capaz de trazer novidades à própria psicanálise” (L. C. Figueiredo & Minerbo, 2006, p.259). Sobretudo, os pilares do método clínico psicanalítico estão arraigados na compreensão do inconsciente pela associação livre via fala, pela escuta flutuante e pela relação transferencial (Coelho & Santos, 2012). Sendo assim, a associação livre refere-se à postura do paciente em revelar durante o tratamento, tudo o que lhe vem à mente, sem nenhuma discriminação ou controle, expressando livremente pensamento, emoções e falas (Chamama, 1995). Por sua vez, a atenção flutuante é a técnica onde o

psicanalista tenta não privilegiar em sua escuta nenhuma parte do discurso do analisando, suprimindo seus pré-julgamentos conscientes e suas defesas inconscientes (Chamama, 1995).

Destarte, entende-se que este processo clínico de fala e escuta intercala duas pessoas, as quais são permeadas pela relação transferencial e contratransferencial. Considera-se que a transferência é a repetição de conteúdos psíquicos na relação entre paciente e terapeuta, “é uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 514). Já a contratransferência é o “conjunto de reações inconscientes do analista à pessoa do analisando, e mais particularmente a transferência deste” (Laplanche & Pontalis, 2004, p.102).

Essencialmente para a Psicanálise, a transferência diz sobre as relações estabelecidas na infância que possuem uma tendência de serem regularmente repetidas e reeditadas. Pode-se até dizer, revividas e transformadas, já que, admite-se sua mutabilidade ao longo da vida (Freud, 1912/2020). Contudo, foi Ferenczi o primeiro a dedicar um escrito específico a respeito em “Transferência e Introjeção” (1909). Ali, ele caracteriza a transferência como um “fenômeno universal”, visto que, “acontece com várias figuras atuais do cotidiano do paciente, e que o analista é apenas um caso de um fenômeno mais geral” (Minerbo, 2020, pp.39-48).

Ferenczi (1909) como citado em Casadore (2011), introduziu que as transferências positivas e negativas do analisando são eixos fundamentais para o manejo clínico e posteriormente, Freud ao analisar o caso Dora percebeu tais entraves e publicou o texto “Sobre a dinâmica da transferência” (1912/1996), tratando de fundamentar o conceito (Casadore, 2011). Nesta perspectiva, Minerbo (2020, p.75) afirma que em “Recordar, Repetir e Elaborar” de Freud (1914/1996) “a transferência se torna o eixo do trabalho analítico” (Minerbo, 2020, p.75).

Entretanto, o próprio Freud (1912/2020) já admitia que o tema da transferência era

“difícil de ser esgotado” (p. 107), desdobrando-se em vários estudos pós freudianos. Temos por exemplo, Melaine Klein concebendo a transferência como situação transferencial; Winnicott produzindo seu texto formas clínicas da transferência; Bion tratando como um caso de transformação e Lacan publicando uma redefinição do conceito de transferência, para a noção de amor ao saber (Inânime & Tavares, 2020). Não obstante, ao longo da história da construção da Psicanálise, a transferência assumiu papel peculiar e tornou-se um conceito central.

É justamente por ser de difícil compreensão e proporcionar diferentes possibilidades de entendimento e interpretação, assim como de manejo e na clínica, que a transferência se transformou, no passar dos anos, num conceito-chave bastante explorado e com múltiplos postulados que, embora próximos uns dos outros, diferem- se qualitativamente (Casadore, 2011, p.37). Por outro lado, convém ressaltar que Freud, ao elucidar conceitos deixava transparecer ou problematizar a aplicação da Psicanálise em outros contextos, como o social e/ou institucional. No quesito da transferência não foi diferente, como segue:

Não é correto afirmar que a transferência aparece mais intensamente e de forma mais desmedida durante a Psicanálise do que fora dela. Nas instituições em que pacientes nervosos não tem tratamento, observamos as maiores intensidades e as formas mais indignas de transferência, chegando à servidão, até mesmo um viés indubitavelmente erótico da transferência (Freud, 1912/2020, p. 116).

Em contrapartida, outro conceito importante, a contratransferência foi mencionada por Freud inicialmente em “As perspectivas futuras da terapia analítica” (1910/1996) e por último em “Observações sobre o amor de transferência” (1915/1996). No primeiro, ele define a contratransferência como “a resposta do analista aos estímulos que provêm do paciente, resultado da influência inconsciente do analisando sobre os sentimentos inconscientes do analista” (Minerbo, 2020, p. 57). No segundo, ele considera que “o problema não é a

contratransferência em si, mas a possibilidade de não reconhecê-la, o que daria livre curso a seus efeitos inconscientes” (Minerbo, 2020, p. 59).

Em outras palavras “se não houvesse contratransferência, a transferência não teria onde se apoiar e não poderia se desenvolver” (Minerbo, 2020, p. 60). Não suficiente, a contratransferência assume um sentido mais amplo e vasto, do que simplesmente a reação emocional à transferência e contempla ação e reação. Neste aspecto, “contratransferência e transferência devem ser concebidas como unidade indissolúvel, no bojo de uma dinâmica de relações recíprocas, de tal forma que a primeira não deve ser vista como simples reação à segunda” (Loffredo, 2020, p. 17).

A transferência e a contratransferência se traduzem como um processo vivo da situação analítica, que remete à intersubjetividade de emoções e vivências inconscientes, enlaçando duas pessoas: analista e analisando. A relação transferencial incorpora movimentos intersíquicos e intrapsíquicos, os quais são incapazes de serem objetificados em sua totalidade ou transportados em íntegra para a escrita. “A vivência clínica aponta para algo que não é possível objetivar numa escrita, ou numa apresentação, exatamente pela ruptura, em alguns casos radical, da lógica temporal e espacial” (Palhares, 2008, p. 101).

Por isso, a linguagem psicanalítica pode ser enquadrada numa “ficção-real”, pois mantém certa insuficiência objetiva para se resguardar a experiência clínica, a qual, escapa, ultrapassa e alarga a teoria. Privilegiam-se as singularidades de cada fala, de cada escuta, de cada comunicação, de cada relação terapêutica, produzindo efeitos particulares entre o que se torna partilhável pelas palavras e em outra instância revelada pela transferência (Palhares, 2008, p. 101).

Adota-se no processo metodológico de pesquisar, a relação dialética entre teoria e clínica, concebendo que esta é fruto da relação intersubjetiva estabelecida no campo analítico. Neste processo, o analista-pesquisador não se exime de suas percepções e coloca sua

“intuição analiticamente treinada” e suas “trocas emocionais” na análise do material (Cassorla, 2016, p.13). Isso significa que, os fenômenos da transferência e da contratransferência assumem grande valor no corpo da pesquisa e que o analista- pesquisador “deve valorizar o que acontece dentro-dele” (Cassorla, 2016, p.14).

De fato, o analista-pesquisador só tem acesso a sua própria mente, ou seja, as sensações que reverberam dentro dele no momento da prática clínica. Assim, o analista-pesquisador “observando a si mesmo estará percebendo os reflexos daquilo que captou da relação com seu paciente. À medida que sua capacidade de observação se desenvolve, maior contato terá com os fatos intersubjetivos”, “a coisa de dois” (Cassorla, 2016, p. 14), ou em outras palavras, aquilo que se torna possível captar ~~em uma única~~ através da relação transferencial.

Deste modo, a subjetividade do analista-pesquisador aparece na cena e estampa a particularidade da análise da pesquisa. Este dado torna esta pesquisa irreplicável a outros pesquisadores, os quais, mesmo sob os mesmos fatos tendem a encontrar outras interpretações (Quinodoz, 1994; Vollmer 1994). Na essência, o que cada dupla analítica produz é tão singular e único, que pode ser chamado de “ciência-arte” da psicanálise (Cassorla, 2016, p. 14).

Logicamente, a escrita não consegue e nem pretende depositar todos os conteúdos desta relação, elas revelam tanto experiências, como limites subjetivos do pesquisador, o que, pode ser nomeado como “comunicação artística” e não comunicação total (Cassorla, 2016, p. 14). A psicanálise se distancia de versões totalizantes de conhecimento e de teorias rígidas ou imutáveis, caso contrário, os participantes da dupla analítica não seriam “si mesmos” (Cassorla, 2016, p. 14). Não reduzindo esta questão ao campo individual, vale-se pontuar que “construções teóricas decorrem não somente de características pessoais de cada analista, mas de fatores aleatórios, socioculturais e históricos” (Cassorla, 2016, p. 14).

Enfim, harmonizando-se aos conceitos e entendimentos expostos até aqui, esta pesquisa utilizou-se do método Psicanalítico como arcabouço teórico, técnico e ético para tratar e analisar os dados. Seguindo as palavras de Dallazen et al. (2012) “o mais justo argumento no qual se alicerça a proposição de escrita deste trabalho é acreditarmos que o legado freudiano permite afirmar o valor da promoção da capacidade investigativa” (p. 53). Também almeja-se fazer como Freud um dia fez com seu método “[entregar-se] à aventura da clínica para situar a psicanálise entre teoria e prática” (A. C. Figueiredo & Vieira, 1997, p. 27).

Mais a fundo, consideramos nesta pesquisa que “teorias são construções hipotéticas que buscam organizar fatos clínicos e iluminam sua compreensão, e que devem ser modificadas ou descartadas sempre que necessário” (Cassorla, 2016, p. 16). Assim, inspirado pela descoberta, incerteza e criatividade da clínica e da escrita dentre tantas estratégias de pesquisa com o método psicanalítico, optou-se como (S. M. Silva & Macedo, 2016) na potência da investigação dos fatos clínicos vivenciados.

Como já anunciado, no presente estudo utilizou-se o método de pesquisa psicanalítico, especialmente através da construção de fatos clínicos psicanalíticos. Todavia, antes de citar o fato clínico e o fato clínico psicanalítico propriamente dito torna-se necessário diferenciá-los do fato científico. Segundo Quinodoz (1994), este refere-se ao que é observável e verificável no campo real independente do observador-pesquisador. Já o fato clínico abrange o aspecto relacional e subjetivo da dimensão humana, ou seja, apreende o que não é “objetificável” nos fenômenos reais (Quinodoz, 1994, p. 615).

Por este atributo, o fato clínico comporta significados distintos dependendo da área que está localizado. Por exemplo, na medicina observa-se os sintomas somáticos como a febre ou dor e tenta-se enquadrá-los em diagnósticos e especialidades. Por outra via, os fatos clínicos na área da Psicanálise visam analisar os sintomas psíquicos e os fenômenos do

inconsciente, ou seja, desloca-se para a subjetividade da realidade psíquica e seus aspectos transferenciais e contratransferenciais (Quinodoz, 1994).

Concebe-se então, o fato clínico psicanalítico como a construção entre analista e analisando dos fatos ocorridos no campo analítico, sejam estes, internos ou externos a sessão terapêutica (Quinodoz, 1994). Nas palavras de Vollmer (1994), o fato psicanalítico interno se refere às apreensões feitas pelo analista no momento exato da sessão, ou seja, no transcorrer vivo do atendimento. Já o externo, é constituído pelas reflexões feitas pelo analista ou outros colegas após a sessão e busca a partir dos fundamentos teóricos da psicanálise apreender os fenômenos com maior profundidade.

Resumidamente, o fato clínico psicanalítico consiste naquele “momento em que o psicanalista apreende a totalidade do complexo dos elementos significativos que observa na relação de transferência e contratransferência, considerando-os modificáveis pela interpretação” (Quinodoz, 1994, p.619). Ademais, Vollmer (1994) diz que “o fato comum começa a ser transformado, na situação analítica, em fato clínico psicanalítico a partir do momento em que, na mente do analista, o entendimento se fixa na realidade psíquica” (p.674).

Para Quinodoz (1994), os fatos clínicos psicanalíticos apresentam a vantagem de poderem ser observados e comunicados pois, de certo modo, os elementos apreendidos na sessão tornam-se objetificáveis pela construção dos fatos clínicos e possibilitam a troca de informações entre os pacientes e/ou demais profissionais. Entende-se que esta característica do método, facilita o manejo do processo terapêutico e a transmissão dos conceitos psicanalíticos pois, “permite partilhar nossa experiência e construir teorias” (Quinodoz, 1994, p.624). Ainda, entre os atributos dos fatos clínicos psicanalíticos surge a característica de uma certa estabilidade e mobilidade, que são próprios da realidade psíquica. O primeiro contempla a capacidade de permanência de fatos clínicos dada a realidade psíquica típica do paciente.

Aqui, o que se quer dizer é que “alguns fatos clínicos são repetidos com uma constância relativamente grande e mais ou menos regularmente” (Quinodoz, 1994, p. 625), chegando a conferir certa “previsibilidade aos fenômenos psíquicos” (Quinodoz, 1994, p. 626). Por sua parcela, os aspectos móveis dos fatos clínicos psicanalíticos foram comparados por Quinodoz (1994) aos movimentos da onda do mar, visto que, “são eventos que se repetem constantemente sem jamais serem iguais. Mas que não obstante mantém certa constância” (p.626). O autor fez o paradoxo com as ondas do mar justamente por admitir o desafio de explanar tal característica, contudo, acertadamente optou por esta ilustração.

Se levarmos em conta que cada onda do mar é única, já que ela tem seu próprio movimento, velocidade e som e que vai e volta sempre diferente, apreendemos sua capacidade móvel. Agora, se considerarmos que a onda não pode se desvincilhar do mar para existir, entende-se que a capacidade móvel sempre está ligada a um todo maior, pois, seja como for, a onda sempre se faz com a permanente água salgada. Nas palavras de Quinodoz (1994), “como o fluxo e o refluxo do mar, os fatos clínicos psicanalíticos podem ser vistos como a resultante de um imerso número de forças infinitamente complexas cujos componentes contribuem para o todo” (p. 627).

Ao considerar a indissociação dos movimentos estáveis e móveis, demarca-se que os fatos clínicos psicanalíticos tornam inseparáveis os sentidos manifestos e latentes do fenômeno psíquico. Por manifesto, considera-se os elementos diretamente observáveis e por latentes os inconscientes, sendo que, este último só pode ser apreendido através da mente do analista e do paciente e seu campo intersubjetivo. Dessa forma, a construção dos fatos clínicos psicanalíticos não privilegia o lado objetivo ou subjetivo da realidade psíquica e sim firma-se na intersecção indivisível desta relação. Além do que, toma-se a devida cautela que dimensão objetificável não representa replicação do achado, uma vez que, o fato clínico psicanalítico pode ser visto e interpretado por diferentes ângulos, dependendo da

subjetividade do observador (Quinodoz, 1994).

Frente ao redigido, a decisão desta pesquisa em se concentrar na análise dos fatos clínicos vai ao encontro à ideia de Tuckett (1994), pois nos traz a atenção para a metodologia básica da observação, inferência e argumentação. Freud nos deixou como instrumentos especializados o *setting* e o método psicanalítico e por meio destes, observamos o inconsciente, instrumento que continuamos a refinar e desenvolver. De forma semelhante, Vollmer (1994) considera “que através da análise dos fatos clínicos construídos pelo psicanalista se produz conhecimento psicanalítico” (p.7).

Ainda, para além dos conterrâneos citados (Quinodoz, 1994; Vollmer, 1994; Tuckett, 1994), na atualidade aparecem pesquisas, que bem fizeram o uso dos fatos clínicos e serviram de motivação para a escolha deste recurso (M. E. B. T. Reis, 2022; Wieczorek et al., 2020; S. M. Silva & Macedo, 2016). Destes, o mais recente estudo (M. E. B. T. Reis, 2022) destaca a viabilidade da construção de fatos clínicos psicanalíticos, a partir do processo psicoterapêutico de uma criança de seis anos. A pesquisadora relatou tanto fatos clínicos internos à situação analítica como outros externos.

(M. E. B. T. Reis, 2022) ressaltou, que ao refazer a leitura dos relatórios reviveu sensações e emoções da relação transferencial e contratransferencial. No caso citado, os fatos clínicos vivenciados remetiam à intensidade dos impulsos sexuais e acabaram por expor a psicoterapeuta-pesquisadora às angústias do paciente, que presenciava a agressão física e sexual dos genitores. Cuidadosamente, os fatos clínicos detectados pela psicoterapeuta-pesquisadora foram compartilhados com a criança e contribuíram para a diminuição dos sintomas.

A pesquisa de Wieczorek et al. (2020) aborda o fato clínico, tendo em vista a sua potencialidade teórica e formativa, frente ao desafio da pesquisa com o método psicanalítico na universidade. De qualquer forma, ditam que nenhuma estratégia dá conta de apreender a

totalidade do vivido na relação terapêutica e que isto não deveria ser o foco de nenhuma busca científica. Consideram que somente após a sessão é que se pode tentar comunicar a relação dual, sendo que, “o momento de elaboração do material, seja na escrita, publicação ou na discussão com os pares, têm a potência de revelar um pouco do que se passou em transferência na clínica para que isso possa ser acessível ao público” (Wieczorek et al., 2020, p.206).

Por isso, nem sempre se faz preciso transcrever o material clínico em exatidão para se alcançar as faltas ou intensidades dos conteúdos, já que, a experiência clínica nunca se comportou em palavras totais (Wieczorek et al., 2020, p.206). Nesta perspectiva, Wieczorek et al. (2020) fizeram o contraponto com as escritas do próprio Freud, uma vez que ele “dedicou-se a registros mais extensos dos casos, mas sempre destacou e isolou determinados elementos que operavam como chave de leitura” (p. 205).

Assim, similarmente e não rigidamente, o fato clínico destaca alguns elementos que dizem respeito à estrutura psíquica do paciente acrescidos pela potência da análise teórica. Propositivamente, os fatos clínicos psicanalíticos produzem ferramentas teóricas para que o analista-pesquisador lide com o vivenciado na clínica e repense a sua condução, tanto que, tais autores defendem a escrita no formato de (f)ato clínico, pois entendem que “o fato clínico depende de um ato, de uma aposta do clínico que se depara com o material vivo da fala de um paciente” (Wieczorek et al., 2020, p.197).

Sob a mesma via, Silva e Macedo (2016) acreditam na potência dos fatos clínicos psicanalíticos como meio de pesquisa na universidade. Arraigam isso pela razão dos fatos clínicos psicanalíticos possuírem uma habilidade de captar a “dupla presença” do encontro terapêutico em uma narrativa “bivocal” (p. 525). Consideram que por meio da capacidade de escuta e interpretação do analista – pesquisador, os elementos psíquicos podem ser transformados em fatos clínicos psicanalíticos e revelar a singularidade e a subjetividade da

dualidade analítica.

Por esta identidade, o estudo através dos fatos clínicos psicanalíticos assume o cuidado ético e teórico sob os fenômenos clínicos e não na história ou descrição de caso, visto que, partem do desejo do analista e daquilo que o incomoda na prática. Em miúdos, “a palavra do analisando é traduzida/transformada pela e na palavra do analista, já que os fatos clínicos não visam à reprodução em exatidão do dito pelo paciente” (S. M. Silva & Macedo, 2016, p. 526).

Aliás, é através da peculiaridade de os fatos clínicos psicanalíticos não se disporem a repassar com exatidão a história do caso ou o dito pelo paciente, que se confere um maior sigilo no campo da pesquisa clínica-acadêmica (M. E. B. T. Reis, 2022; Dallazen et al., 2012). Não obstante, ao se elencar casos que já foram encerrados, respeita-se o princípio ético da psicanálise em não prejudicar o tratamento terapêutico, para atender o interesse pessoal do pesquisador (Dallazen et al., 2012).

Assim, o desejo do analista não coloca à revelia o desejo do paciente e pode-se, à posteriori, olhar os fatos clínicos com mais profundidade. Afinal, como já colocado, a pesquisa com o método psicanalítico concebe a transformação e inexatidão do objeto de pesquisa, por isso, o que sempre se faz possível e pertinente é “uma reflexão documental pós-fato” e não a priori (Dallazen et al., 2012, p. 51) o que bem representa a opção metodológica dos fatos clínicos psicanalíticos.

Apesar disso e de algumas pesquisas esboçarem as vantagens do uso dos fatos clínicos psicanalíticos como estratégia metodológica (M. E. B. T. Reis, 2022; Silva & Macedo, 2016), infelizmente, ainda se encontram poucas produções acadêmicas a respeito (Wieczorek et al., 2020). Este achado se reflete no estudo de Reis (2022) pelo incômodo de Reis (2022), a partir da experiência como docente e supervisora de estágios em psicoterapia psicanalítica, notou o entrave em instrumentalizar os psicoterapeutas-aprendizes frente ao

inesperado do *setting*, de forma especial quanto às emoções dos psicoterapeutas-aprendizes.

Por fim, frente ao escrito e inspirada por outros desbravadores-pesquisadores (M. E. B. T. Reis, 2022; Wieczorek et al., 2020; Silva & Macedo, 2016), o presente trabalho investe na capacidade dos fatos clínicos psicanalíticos transformarem a escrita em um ato clínico de intervenção e transmissão. Neste caminhar, os pressupostos teóricos da psicanálise enlaçam e servem de base para a análise do material clínico, pois são as “ferramentas teóricas que permitem que operemos no campo abstrato, trabalhando hipóteses para tangenciar, tocar, cercar o real, aquilo que é de certa forma inacessível na clínica, e assim podermos produzir e colher os efeitos do trabalho” (Wieczorek et al, 2020, p. 207). Seguindo tais pressupostos metodológicos, as intensidades emocionais vivenciadas na relação dual psicóloga-pesquisadora e as mães atendidas foram “digeridas” e “transformadas” em um texto com novos significados (Melani et al, 2020, p.96).

#### 4.1 PARTICIPANTES

As participantes da pesquisa foram sete mães, cuidadoras de pessoas com deficiência, residentes na zona rural de um município do estado do Paraná, que foram atendidas através de visita domiciliar, pela Psicóloga-pesquisadora no Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias, no período de junho de 2015 a julho 2019. Esclarece-se que este é o nome literal e oficial do serviço, o qual é tipificado pela política de assistência social (MDS, 2014). Justifica-se esse público, pois as pessoas com deficiência tratadas possuem alto grau de dependência de cuidados, com pouca condição de autonomia, fala e expressão. Logo, os atendimentos se concentravam na escuta domiciliar a essas mães, cujos filhos(as) dependiam de seus cuidados para sobreviver e estavam submetidos a algum nível de desproteção social.

Convém ressaltar, que as participantes do estudo já não eram mais atendidas pela psicóloga-pesquisadora no momento da presente pesquisa, visto que esta se desligou da região rural em julho de 2019. Segundo alguns autores (C. M. Silva & Macedo, 2016; Dallazen et al., 2012), isso pode ser considerado positivo para o tratamento e análise de dados, pois respeita as orientações do método psicanalítico de pesquisa a posteriori. Dentro desta ótica, elencou-se sete mães de pessoas com deficiência para participar da pesquisa, as quais seguem caracterizadas na Figura abaixo:

**Figura 1**  
*Caracterização das participantes*

Nome fictício	Idade	Total de filhos	Pessoa com Deficiência	Diagnóstico
Nisia	34	6	Filho nº4 (10 anos); Filho nº5 (12 anos)	Transtorno do Espectro do Autismo; Retardo mental leve e Transtorno do desenvolvimento e hipercinético de conduta
Maria	48	4	Filho nº 4 (06 anos)	Deficiência física e atraso no desenvolvimento
Bertha	53	4	Filha nº 2 (31 anos)	Deficiência intelectual
Lélia	56	4	Filha nº 2 (31 anos)	Deficiência intelectual
Rose	57	4	Filho nº 1 (35 anos)	Deficiência intelectual
Eliane	59	7	Filho nº 7 (21 anos)	Deficiência intelectual
Carolina	71	2	Filha nº 2 (48 anos)	Deficiência intelectual

Ressalta-se que para respeitar o sigilo da identidade das participantes, a presente pesquisa adotou apenas o uso de nomes fictícios as mães e o algoritmo numérico para se referir aos filhos destas, respeitando a ordem numérica do nascimento dos outros filhos, além

de suprimir o local de moradia ou outras informações que possam vir a expô-las. Assim, para figurar a potência destas mulheres que possam estar camufladas nas desproteções sociais, optou-se por nomes fictícios, que se referiam a importantes mulheres brasileiras que lutaram pela igualdade feminina no Brasil.

Nísia Floresta, a qual lutou pelo direito à expressão e à educação; Bertha Lutz que lutou pela igualdade dos direitos políticos; Lélia Gonzalez que lutou pelo feminismo afro-latino americano; Eliane Potiguara, que lutou pelos direitos da mulher indígena; Maria da Penha, que lutou pela igualdade perante a lei; Rose Marie Muraro, que questionava a mudança dos valores modernos para as mulheres e Carolina Maria de Jesus, uma mulher negra que mesmo com pouco estudo escreveu o livro “Quarto de despejo” (1960) e revelou a miséria e a solidão na maternidade.

Esclarece-se que o critério para selecionar tais participantes foi a quantidade mínima de três visitas domiciliares e não foi estabelecido tempo mínimo ou máximo de distância entre estas ou duração de tempo para a visita. Ainda, não foram consideradas visitas domiciliares em que outras pessoas ou familiares estivessem presentes, além das respectivas. Contudo, incluiu-se acompanhamentos em visitas institucionais, como em farmácias e escolas.

#### 4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO

Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias prestado pela Cáritas Arquidiocesana em uma cidade do Paraná, bem como residências das mães que participaram do estudo.

### 4.3 CUIDADOS ÉTICOS

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob número de registro 4.942.355 de 30 de agosto de 2021. Para tanto, foi realizada uma visita domiciliar para explicar a cada mãe os objetivos e a forma como o estudo seria desenvolvido.

Na ocasião, foram seguidas as exigências sanitárias para evitar a contaminação pelo vírus Covid-19, sendo o distanciamento físico mínimo de 1 (um) metro, uso de máscara e álcool (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). Salienta-se, que a coleta da assinatura do TCLE foi agendada previamente com as participantes via contato telefônico, sendo escolhido o dia e horário de sua escolha e já de antemão exposta sua livre opção de participação.

Logo após esta visita domiciliar foi elaborado um relatório pormenorizado pela psicóloga-pesquisadora, no qual buscou-se transcrever as falas, comportamentos e observações técnicas no momento da coleta da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Além do que, teve-se a cautela de coletar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Assistente Social (Anexo B) que, em conjunto, participou das visitas domiciliares da Instituição Coparticipante utilizados na pesquisa.

### 4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Dentro do exposto, o presente trabalho utilizou como materiais para a coleta de dados os prontuários e o diário de campo da psicóloga-pesquisadora. Tais prontuários fazem parte do acervo do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com

Deficiência, Idosas e suas famílias e são reconhecidos como documentos oficiais de registro de informação, sendo uma ferramenta de uso conjunto do Psicólogo e do Assistente Social (CRP, 2013). Segundo Iribarry (2003), nem sempre as pesquisas precisam fazer o uso de versões integrais do relato clínico ou da fala dos pacientes e podem lançar mão de trechos ou recortes parciais do material clínico, como de fato pretende-se nesta pesquisa. Com isso, o que é relevante na coleta de dados é transformar o dado em texto, o que também esta pesquisa se propõe (Iribarry, 2003).

Ainda, segundo Amaro (2016) “é um engano acreditar que os fatos organizados reconstituídos a partir dos relatos, sejam a matéria final do relatório da visita” (p.95), por isso para além dos prontuários, alimenta-se nesta pesquisa o uso do diário de campo, pois ele fomenta uma coleta mais profunda por parte do analista daquilo que foi vivenciado na relação terapêutica “o diário de campo permite que o pesquisador deixe fluir associações significantes formando uma trama, um tecido textual, em que sua experiência fica registrada” (Iribarry, 2003, p.126). Ademais, o uso de documentos nas pesquisas deve ser valorizado, pois sua riqueza de informações possibilita ampliar o entendimento de objeto, na medida em que inclui aspectos históricos e socioculturais (Sá-Silva et al., 2009).

Contudo, por se tratar de pesquisa oriunda de documentos (prontuários e diários de campo de atendimentos domiciliares realizados pela pesquisadora) tomou-se o devido cuidado quanto ao sigilo, dano e /ou extravio dos documentos. Posto isto, a coleta de dados propriamente dita ocorreu através da leitura dos prontuários e do diário de campo da psicóloga-pesquisadora, relativos aos atendimentos já realizados nas visitas domiciliares às mães-cuidadoras de pessoas com deficiência. Esse processo reviveu na pesquisadora as lembranças, afetos e vivências dos atendimentos domiciliares, sendo isso, um elemento rico que compôs a análise a ponto de se incluir

as observações do pesquisador como um dado preponderante.

Assim, os procedimentos para a coleta de dados ocorreram nas seguintes etapas: inicialmente, os relatos técnicos presentes nos prontuários e as anotações dos diários de campo foram lidos e organizados pela pesquisadora em um quadro, discriminando: número do caso; composição da família; tipo de deficiência do membro da família; desproteção social; histórico do acompanhamento pelo serviço; data da visita domiciliar; pessoas presentes na visita domiciliar; relato do prontuário; anotações do diário de campo, fatos clínicos detectados e observações do pesquisador. A título de exemplo, segue abaixo o modelo (Figura 2) que foi utilizado para a análise dos dados.

### Figura 2

*Modelo utilizado para coleta de dados*

Caso n°:	Composição da família: Tipo de deficiência do membro da família: Desproteção social: Histórico do acompanhamento pelo serviço:				
Visitas domiciliares	Pessoas presentes	Relato do prontuário	Diário de campo	Fatos clínicos detectados	Observações da pesquisadora
N° Data:					

A alimentação dos dados na respectiva figura ocorreu visita a visita, visando conferir uma alimentação de informações mais fidedignas, sem mesclar influências de visitas futuras ou tornar o ato mecânico como um simples copia e cola de dados em determinada coluna. Assim, o campo observações da pesquisadora foi o último a ser preenchido e se referiu às lembranças, emoções e sensações vivenciadas pela pesquisadora naquele único atendimento, em forma de uma escrita espontânea e livre do que lhe viesse à mente.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Seguindo as palavras de Iribarry (2003) “de posse dos dados coletados, o pesquisador psicanalítico [converteu] o dado em texto e [partiu] para os procedimentos de análise de dados” (p.126), o que ele denominou como “ensaio metapsicológico” (p. 126). Este processo se deu através da leitura dirigida, da transferência instrumentalizada e das implicações subjetivas do pesquisador sobre o material clínico e exigiu uma grande sistematização dos vários conteúdos que estavam presentes no texto.

Coloca-se assim, que a transformação do texto intrinsecamente se ligou à experiência da pesquisadora e passou a conferir novas significações e sentidos aos dados, de forma similar ao proposto por Iribarry (2003). Embutiu-se na análise desta pesquisa, os pontos de vista da pesquisadora como meio de evidenciar a relação transferencial e formular as hipóteses clínicas, a partir dos fundamentos teóricos da psicanálise. De todo modo, a psicóloga-pesquisadora disponibilizou a “matéria viva de seu psiquismo - sua contratransferência - por meio do qual [deu]forma e vida ao objeto primário que o paciente [convocou] na/pela *transferência*” (Minerbo, 2020, p. 26).

Na análise do texto, enquanto lia, conforme previa Cassorla (2016), a presente psicóloga-pesquisadora apenas dava conta de vivenciar o que estava dentro de si mesma. Por outro lado, no decorrer da análise, na medida do possível, buscou abster-se de sua “pessoa real”, ou seja, de seus valores morais e julgamentos pré-concebidos para analisar os dados (Minerbo, 2020, p. 26). Diferente da leitura crua e objetiva, a psicóloga - pesquisadora viu o “material clínico como fatos da vida, que foram construídos de forma a manterem invariância com fatos clínicos” (Cassorla, 2016, p. 18). No texto, para além de palavras literais contemplou-se outros sentidos de significados como os não verbais (pausas, silêncios, ações,

entre outros) incluindo a “autovigilância informativa” da psicóloga-pesquisadora frente a suas próprias associações, emoções, impulsos e ações, ou seja, de sua experiência subjetiva (Akhtar, 2016, p.17).

A análise ocorreu através da leitura flutuante do material coletado, tantas vezes quantas fossem necessárias, com o intuito de selecionar os possíveis fatos clínicos e a posteriori construir fatos clínicos psicanalíticos. Foi um trabalho "laborioso, pautado nas anotações do psicanalista pós-sessão, em sua memória e suas interpretações”, tal qual sugerido por C. M. Silva e Macedo (2016, p. 525). Na verdade, houve uma leitura insistente e exaustiva dos materiais, os quais expressaram para além das palavras duras a relação transferencial estabelecida entre a pesquisadora e as atendidas. Diante desta peculiar forma de ler e tratar o material, lidou-se com a desconstrução dos sentidos, construtos e dados presentes no texto para na sequência construir novos eixos interpretativos. Aos poucos estes eixos passaram a ser embalados pela teoria e sustentaram fatos clínicos, conforme proposto por C. M. Silva e Macedo (2016).

Seguindo as considerações de Ogden (2017), levou-se em conta na análise que “cada ato de interpretação preserva a experiência ou ideia original, ao mesmo tempo que simultaneamente gera novos significados e compreensões acerca de si e dos outros” (p.13). Assim, buscou-se pela interpretação dos fatos clínicos, encontrar e analisar eixos que expressassem o funcionamento psíquico do atendido, podendo fazer ali, emergir um novo significado para além da consciência (Chamama, 1995). De todo posto, a análise de dados desta pesquisa parte da elaboração de fatos clínicos psicanalíticos externos à situação analítica (Quinodoz, 1994), uma vez que, foram apreensões feitas pós-atendimentos domiciliares.

Ainda, para construir fatos clínicos psicanalíticos a respectiva pesquisadora lançou mão não só do método e da técnica, mas também de seu arcabouço teórico e experiências

prévias e particulares. Sendo assim, conforme recomendado por Vollmer (1994), foram considerados como elementos para a análise, os aspectos contratransferenciais vivenciados pela psicóloga-pesquisadora, a repetição de alguns parâmetros dos fatos clínicos, a instabilidade e a espontaneidade dos dados coletados.

#### 4.6 PROCEDIMENTOS PARA VALIDAÇÃO DOS DADOS

A análise de dados contou com “a troca de experiências com outros colegas, porque o desconhecido somente se revela na intersubjetividade” (Cassorla, 2016, p.17). A validação ocorreu por meio da apresentação e discussão dos fatos clínicos detectados, junto aos pesquisadores integrantes de um projeto de pesquisa mais amplo desenvolvido na Universidade Estadual de Londrina. Nesta linha, Iribarry (2003) nomeia a importância da transmissão e da publicação dos dados como “solipsismo metodológico e alteridade” (p. 128). Em suas palavras, “o solipsismo metodológico é uma forma de solipsismo em que não se fica restrito ao âmbito de uma pesquisa subjetiva elementar e única, mas ao contrário, se convoca uma alteridade para comunicação desta experiência” (p. 128).

Explica-se que neste processo de validação, antes de disponibilizar os dados para o grupo de pesquisa, a psicóloga-pesquisadora realizou inúmeras vezes a leitura do material, com atenção flutuante, visando identificar possíveis “fatos clínicos” presentes nos quadros de análise de cada caso, que foram elaborados a partir do modelo mencionado anteriormente (Figura 2). A seguir, o mesmo material sem identificação dos trechos considerados como fatos clínicos pela psicóloga-pesquisadora, foi encaminhado de forma individual para os integrantes do grupo de pesquisa do projeto, ao qual o estudo está vinculado. Assim, cada pesquisador separadamente fez a leitura dos dados e selecionou os possíveis fatos clínicos, de acordo com sua percepção pessoal.

Após esta etapa, houve uma reunião com a equipe, estando presentes seis integrantes, além da psicóloga-pesquisadora e da respectiva orientadora, que coordena o Projeto. Neste encontro, houve debate caso a caso, visita a visita, os trechos considerados fatos clínicos pelos membros da equipe. Posteriormente, a coluna de fatos clínicos foi preenchida levando em consideração a concordância de, no mínimo, dois pesquisadores diante de um mesmo fato clínico. Posteriormente, estes fatos clínicos foram analisados pela psicóloga-pesquisadora, à luz do referencial teórico da psicanálise, para transformá-los em fatos clínicos psicanalíticos.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos fatos clínicos validados, procedeu-se a sua análise considerando os fenômenos decorrentes da relação transferencial e contratransferencial estabelecida entre a psicóloga-pesquisadora e as mães atendidas. Aos poucos, os fatos clínicos foram analisados pelos fundamentos teóricos da Psicanálise para, então, serem constituídos como fatos clínicos psicanalíticos. Partindo disto, os fatos clínicos foram organizados em três categorias temáticas: 1) Visita domiciliar: a escuta inicial; 2) A escuta e sua interface com o cuidado e 3) A visita domiciliar: a escuta final às mães

### 5.1 VISITA DOMICILIAR: A ESCUTA INICIAL

Antes de apresentar os resultados e a discussão dos achados clínicos, vale citar que inúmeros fenômenos compuseram a escuta nos atendimentos domiciliares e foram indicativos da relação transferencial estabelecida. Assim, para além das palavras ouvidas e ditas, a psicóloga-pesquisadora também considerava a comunicação não-verbal como as pausas, expressões faciais, movimentos corporais, entre outras formas de expressão, que porventura, viessem a transmitir o funcionamento psíquico das mães atendidas desde as primeiras visitas domiciliares (Zimmerman, 1999).

Assim, mesmo que, no início da coleta de dados alguns fatos não parecessem tão relevantes, aos poucos foram sendo revividos na memória da psicóloga-pesquisadora com tamanha intensidade, que configuraram-se fatos clínicos (Quinodoz, 1994; Zimmerman, 1999). Foram detectados sinais de elementos contratransferenciais, que insistiam em se repetir e eram na mesma medida, espontâneos e instáveis (Vollmer, 1994). Tanto que, logo no primeiro atendimento domiciliar, os fatos clínicos detectaram distintas formas de recepção,

demandas e relações de cuidado.

Por isso, optou-se nesta categoria por apresentar fatos clínicos de todas as mães (sete), com fins de apresentar as situações e ilustrar como se deu a singularidade da apreensão dos fenômenos clínicos. Os fatos clínicos foram transcritos de forma literal, conforme constavam nos respectivos documentos: diário de campo, prontuário e observações da psicóloga-pesquisadora. Nos quais foram utilizadas as seguintes siglas: (VD) - Visita Domiciliar, (VI) - Visita Institucional, (VD TCLE) - Visita Domiciliar para a coleta da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa e (PCD) - Pessoa com deficiência.

Também convém mencionar, que embora a profissional Assistente Social estivesse presente em alguns atendimentos, a presente análise representa apenas a percepção da psicóloga-pesquisadora e pontuar que esta outra profissional não impediu a apreensão dos fatos clínicos. Exposto isso, destaca-se que nos primeiros atendimentos domiciliares foi possível reconhecer nuances particulares na **forma de recepção** de todas as mães. Em algumas, a percepção era a de que a psicóloga-pesquisadora não era desejada, como aconteceu com as mães Nísia e Lélia, demonstrado com o fato clínico abaixo:

Quanto à Nísia, apesar de ter sido receptiva com as palavras, não senti isso com a expressão corporal e não adentrei a casa, não me senti autorizada nem convidada.

Aliás, de fato, ela não me convidou verbalmente e a sensação de barreira era sentida por mim (VD 1).

Situa-se, que esta visita foi feita à Nísia quando ela ainda residia no fundo da casa de sua mãe e a proximidade entre as paredes não favorecia o sigilo. Nísia foi ouvida fora de sua casa, no quintal, no chão de terra e praticamente dentro da lavanderia de sua mãe. Assim, levantou-se a hipótese de que a psicóloga não era desejada ali e que algo precisava se manter escondido. Entretanto, aparentemente a própria Nísia não podia revelar ou não tinha consciência do que fosse. Inicialmente, se questionou se isso poderia estar relacionado à

interferência de sua mãe, já que, um pouco antes, ela também havia sido atendida. Contudo, esta percepção de barreira continuou existindo mesmo depois que Nísia se mudou para longe da genitora.

Na segunda visita, constava no campo observações o fato clínico: “novamente não me convidou a entrar na casa. Continuei com a sensação de não poder saber de algo” (VD 2). Excepcionalmente, no caso de Nísia todo o acompanhamento seguiu sendo “fora de casa”, em sua varanda e em duas visitas institucionais em estabelecimentos de saúde. Nisso, o atendimento totalizou 12 visitas, sendo que em nenhuma delas houve o convite para entrar e a porta permanecia fechada. No momento da análise, a psicóloga-pesquisadora se recordou de uma única vez que Nísia autorizou a entrada: estava chovendo. Começaram o atendimento com o céu aberto e de repente a garoa aumentou. Depois de certo tempo, timidamente, ela ofereceu para entrarem. Talvez, não houvesse outra saída, já que, sua varanda não possuía cobertura e percebeu-se que Nísia queria continuar falando.

Então, Nísia colocou as mesmas duas cadeiras que ficavam na varanda na sala, e ali o atendimento foi realizado. Provavelmente, não à toa, a psicóloga-pesquisadora apagou da memória o conteúdo racional do atendimento, mas se recordou vivamente das sensações: era uma casa pequena, abafada, escura, nenhuma janela e porta aberta. Havia um cheiro de mofo, de algo que permaneceu úmido por muito tempo e raramente recebia vento. Nísia se sentou de costas para a porta e de frente para as profissionais, o que não oferecia, para as respectivas, a visão de cômodos ou objetos da casa. Naquele momento não houve movimentação de nenhum morador. Nísia permaneceu sentada, um pouco encurvada, com pernas enfiadas por baixo da cadeira e braços quase cruzados, que se acariciavam com as mãos.

Devido à sensação de desconforto, a psicóloga-pesquisadora praticamente não perguntou nada e a assistente social fez mais orientações. A percepção de não se sentir convidada para adentrar certos campos permanecia, acrescida da sensação

contratransferencial de invasão (Minerbo, 2020). Algo a sufocava e dava vontade de sair de lá para respirar o ar fresco e ver a luz solar. Não à toa, um outro fato clínico destacado na primeira visita domiciliar foi o de que a “única informação de que Nísia falou espontaneamente: gravidez e desejo de se mudar de casa. Noto muito incômodo pessoal com sua moradia” (VD, 1). Não obstante, durante a reunião para validação dos fatos clínicos, um auxiliar do grupo de pesquisa endossou: “mudar de casa me parece uma necessidade de mudar a estrutura familiar”.

Nesta perspectiva, ainda na primeira visita domiciliar, foi percebido um indicativo desta estrutura familiar conforme mencionado no seguinte fato clínico:

Nísia não cita alguns filhos, apesar de demonstrar estar preocupada com dois deles. Sinto fragilidade de vínculos – distância do afeto? – Distância do olhar para a técnica ao falar deles, olhava para baixo e para os lados, não prendia o olhar em mim por muito tempo. Tom de voz baixo. Mexia os braços como se fosse se abraçar (VD 1)

Já na visita à Lélia, consta no fato clínico que a psicóloga-pesquisadora:

Se lembra de ela encostar umas das pernas no degrau, que havia entre a varanda e o quintal (ou melhor descampado de terra) e assim percebi que ela não me queria ali.

No começo da conversa parecia irritada, meio mal-humorada, não falava muito. Não olhava em meus olhos e pegou um cigarro para fumar (VD 1).

Contudo, depois de acender um cigarro e ouvir do que se tratava, detectou-se no fato clínico vivenciado que “aos poucos, ela foi se expressando mais, passou a gesticular com as mãos e deixou transparecer uma brecha para o vínculo” (VD 1). Neste dia, a psicóloga-pesquisadora saiu com algumas incógnitas sobre a demanda pessoal de Lélia, mas a insuficiência de cuidados e a fragilidades relacionais com o filho nº 1 (PCD) lhe pareceram evidentes. Notou-se uma limitação instrucional grande, mas também se questionou se seria também afetiva. Ficou a impressão de que Lélia não entendia proteção como significado de

amor, nem o risco de o filho nº 1 (PCD) sucumbir sem o cuidado.

Entretanto, não se considerou esta percepção como um descuido intencional, mas sim como um vazio, um não lugar, como algo desplugado da tomada, inconsciente (Kahn, 2013). Não se sentiu Lélia querendo cuidar ou ser cuidada, nem demandante ou poliqueixosa, mas sim apagada de sua história. Destoando disto, no caso de Rose, a psicóloga-pesquisadora teve a sensação de estar invadindo o espaço da família e ser vista com medo, conforme relatado no fato clínico a seguir:

Percebi seu receio em abrir sua casa e me deixar ver o filho 1 (PCD). Me parecia que ele e ela eram “bichinhos do mato” e eu uma figura estranha que poderia assustar. Ou talvez, aquele filho era só dela. Só ela o poderia ver assim. Só ela poderia o aceitar assim. Como uma pessoa de fora o veria? (VD 1).

Rose foi percebida como receptiva, mas na mesma medida receosa, tímida, retraída. Apesar disso, este comportamento foi considerado como uma seqüela do isolamento social e não um interesse em esconder algo ou como simples recusa em receber a profissional. Tanto que, aos poucos, Rose foi se abrindo e falando. Em certa altura chorou, se emocionou ao relatar a condição do filho 1 (PCD). Percebeu-se seu sofrimento por ele ser agressivo e precisar ficar trancado no quarto. Contudo, ela falava do filho 1 (PCD) em tom tranquilo, ameno, deixando transparecer um afeto e compreensão materna. Em certa altura do atendimento, vivenciou-se a sensação de que ambos eram reféns daquela situação. Daquela prisão. Eles só tinham aquele mundo. Aquela pedaço de terra. Aquela varanda e um ao outro. A psicóloga-pesquisadora cogitou que a simbiose era forte.

Por outro lado, ao longo do atendimento constatou-se uma certa mudança de abertura em Rose para o atendimento, fazendo com que a decisão técnica fosse referenciar a família e voltar para ouvir mais e, se possível, para Rose se abrir mais como pode ser visto no fato clínico a seguir.

Depois de um tempo de escuta eu não a vi olhando para a janela (quarto onde o filho 1 - PCD estava). Ela não estava preocupada com ele. Senti que o temor inicial em resguardar o filho 1 (PCD) diminuiu. Acho que ela viu que eu não era uma ameaça e de fato eu não ia pedir para vê-lo. Primeiro, porque parti do princípio que a desproteção social não era tão grave e que eu entrar apressadamente seria um desrespeito e atrapalharia o vínculo” (VD 1).

Ademais, na primeira visita apareceram algumas percepções diante das demandas e expectativas do acompanhamento, como demonstrado com as mães Bertha, Eliane, Maria e Carolina. Tem-se por exemplo, o fato clínico de que “logo na chegada lembro de sentir Bertha com muita expectativa da nossa presença. Me recordo dela estar na casa da vizinha e aparentar se sentir incomodada por estar ali, como se quisesse ser ouvida mais e em seu espaço” (VD 1). Neste dia, o atendimento de Bertha foi mais rápido, pois a varanda da casa da vizinha não foi considerada um local favorável para o sigilo. As técnicas explicaram que voltariam em um outro dia, entretanto, Bertha seguiu falando bastante, com voz estridente e tom poliqueixoso.

Primeiro, ela pincelou a carência financeira (o ex-companheiro não pagava pensão e pediu doação de alimentos). Depois, se queixou do cuidado da filha nº2 (PCD) e que o remédio não a consertava. Por isso, atribuiu que essa problemática da filha sanaria com a presença do pai. Contrariamente, o histórico apontava este homem como violador e não como protetor. Ainda, as sensações contratransferênciais vivenciadas levaram à suspeita de que esse sofrimento poderia ser de Bertha e não da filha nº2 (PCD). O fato clínico a seguir expressa esta percepção:

Dizia que a filha nº2 (PCD) precisava ser cuidada o tempo todo e que era teimosa dizia que ela tomava remédio para ficar mais calma, mas que não funcionava.

Explicou que o pai não mantinha contato com ela, quase não a visitava e cogitava que

isso a deixava mais alterada e triste. Aparentemente senti um sofrimento em Bertha por essa separação, porém ela não verbalizou claramente isso. Me recordo de questionar: de fato é a filha nº2 (PCD) quem está sofrendo? Se filha nº2 (PCD) se altera qual o real motivo? (VD 1).

Assim, houve a percepção de que Bertha aparentava ser uma mãe presente, cuidadosa com os aspectos objetivos, mas cansada e em busca de uma solução rápida para seus males e da filha nº2 (PCD), os quais, ela possivelmente não sabia discriminar. Por outra ótica, ao ver a filha nº 2 (PCD) teve-se a sensação de que ela parecia viver em outro mundo, literalmente ingênua e infantil como se estivesse em uma dimensão paralela. Lembra-se de olhar em seu olho e fitar um brilho e ao mesmo tempo uma carência, uma vontade de ver e ser vista. Seus olhos eram lindos, grandes, claros, iluminados, expressivos e ela sorria como se chamasse “vem brincar”. Vendo a filha nº2 (PCD) desse modo o fato clínico demarcou:

Lembro de me preocupar com o entendimento de proteção da mãe, já que, o pai supostamente cometeu violência sexual contra a filha. Na ocasião, não perguntei nada a respeito, até mesmo porque notei certa ansiedade por parte de Bertha. Sua voz era estridente e ela era verborreica, era difícil manter o sigilo em uma conversa quase que na varanda da casa (VD 1)

Por outra perspectiva, ao chegar na casa de Eliane foi visível o desgaste e a demanda por um socorro, um alívio, um pedido de ajuda para aliviar seu peso. Esta mulher, era magra, alta, negra, com cabelos grisalhos e crespos presos, pele, dentes sem expressar autocuidado. Uma aparência cansada. As mãos também demonstravam o desgaste, unhas por fazer, envelhecidas e a todo tempo gesticulavam, como com quem me dissesse por meio do fato clínico: “Me socorre! Suas mãos passavam diversas vezes pelo rosto, em sua testa e desciam por sua cabeça, como se isso, momentaneamente a consolasse” (VD 1).

Neste caso, ao chegar na casa foi possível compreender que havia demanda para

acompanhamento. Percebeu-se que Eliane estava sob sobrecarga e que seu filho nº7 (PCD) exigia muita atenção, inclusive ela, sozinha, precisava dividir esse cuidado com a mãe (pessoa idosa). Para se ter uma ideia, o seu filho nº7 (PCD) era um homem negro, grande, mais alto que ela, encorpado e agitado. Estava de camiseta, shorts e descalço. Dentes, mãos e pés sujos. Ele só tinha tamanho, era um corpo grande para um intelecto extremamente regredido. Impulsivo. Não falava. A todo tempo ele queria sair pela rua e Eliane o segurava pelo braço e às vezes o empurrava.

Ela parecia “um segurança guardando a saída” enquanto tentava falar com as técnicas. Nisso, a psicóloga-pesquisadora não entrou na casa, mas o seu filho nº7 (PCD) também não saiu. Aparentemente, Eliane tinha tanto por dizer que escondia a maior parte das palavras e de seu sofrimento na ansiedade, nos gestos e em seu próprio abandono. Por isso combinamos que íamos voltar. Já no caso de Maria, sua demanda inicial apareceu marcada pela falta material como expressou no seguinte fato clínico vivenciado: “viu seu incômodo com sua condição de vida. Ela nos recebeu ansiosa, falante, quase que já chorando. Dizia: eu vivo assim do jeito que vocês tão vendo. Explicou que passava necessidades básicas como alimentação, leite e fraldas” (VD 1).

Com isso, na primeira visita domiciliar a psicóloga-pesquisadora notou a sobrecarga e a precariedade das condições de vida de Maria e de fato, dentre todas as mães atendidas (7) esta era a que residia mais afastada por estar em um assentamento rural e lutava para sobreviver. Maria representava a miséria crua e dura. Era de se esperar que em sua fala a sua preocupação maior fosse a condição de moradia e de renda. Ela não possuía nenhuma outra fonte de renda a não ser o benefício assistencial (Bolsa Família). Ela morava em um barraco de lona preta e frágil ao final do lote. O terreno era irregular e desafortunadamente caído, para onde o barraco ficava. Com certeza, se chovesse a água entrava como um dilúvio. O barraco era preso por algumas estacas de madeira e tinha uma única porta. Ao lado de fora havia um

tanque de lavar roupas com água cedida pelo vizinho. Ali, não havia plantação ou animal, exceto um pé de bananeira. Um pouco mais à frente, o que existia era uma pequena casa de alvenaria, onde residia seu ex-companheiro e seus filhos gêmeos (nº2 e nº3).

Para além das carências e demandas materiais, percebeu-se que Maria era dependente de terceiros para realizar as atividades instrumentais. Contou que seu filho nº1 (adolescente) assumia muitas funções e inclusive, durante o atendimento, ela passou o filho nº4 (PCD) para o colo deste filho. A partir disso, a psicóloga-pesquisadora se ateu a perguntar somente sobre o filho nº4 (PCD), uma vez que, notou o atraso no desenvolvimento. Aceita-se que nem sempre o atraso de desenvolvimento se traduz como deficiência, mas pode refletir a dinâmica familiar e sua relação com o cuidado. As respostas de Maria foram clarificando a ideia de que existiam limitações afetivas e de estimulação na relação mãe-filho. Claro que pôde-se ver que o chão do barraco era de terra batida e não reto o suficiente para um bebê que começa a andar, mas pensou-se: existem outros espaços naquele lote. O que não faltava ali era terra/espaco para esse bebê andar, mas eram necessárias pessoas para acompanhá-lo.

Ficou a impressão de que aquele bebê não devia sair muito daquele barraco. E ademais, no decorrer da visita se questionou: será que conversavam com aquele bebê ou brincavam com ele? Por isso, tratou-se de fazer orientações de desenvolvimento e de interação, mas aparentemente, somente o filho nº1 ouvia. Então, internamente, passou-se a questionar o papel do filho nº1 e cogitou-se que Maria estava refém de seus próprios sofrimentos, a ponto de não conseguir empregar outro olhar aos filhos e a ela mesma. Maria verbalizou que se incomodava pelos seus outros dois filhos estarem com o pai, mas ao mesmo tempo, ela alegava que não tinha condições de assumir todos. Ela sofria porque o ex-companheiro era extremamente ríspido com o filho nº1, mas que nada podia fazer e precisava ali permanecer. Não equivocadamente, um outro fato clínico selecionado foi o de que:

Era nítida a pobreza, mas também o perfil de uma mulher submissa e com pouca

capacidade de autonomia. Até seu filho nº1 eu notava certa postura passiva. Ele estava tranquilo, calmo durante o atendimento. Ficava quase que à disposição do que a mãe ou a assistente social e a psicóloga pudessem precisar (VD, 1).

Por conta de perceber esta dependência, demanda e desgaste em Maria, a dupla técnica – psicóloga e assistente social - decidiu passar a acompanhar a família, mesmo que, isso representasse não dar conta de atender a meta numérica, a qual é mencionada por diferentes autores (Péres & Moré, 2021; Merli, 2017). Afinal, eram duas horas para chegar e duas para voltar, além de ser obrigatório o sol. Todavia, em alguns casos a demanda não era tão crua e dura como a de Maria e mostrava-se disfarçada através de uma boa casa, um bom cuidado e uma boa recepção como no caso de Carolina.

Através da relação transferencial tornaram-se perceptíveis algumas demandas encobertas por Carolina, as quais foram percebidas e mencionadas no campo “observações da psicóloga-pesquisadora”, relativas a um dos fatos clínicos: “Me lembro de ser extremamente bem recebida por Carolina e que sua casa e a filha nº 2 (PCD) demonstravam serem cuidadas. Já ela não. Apesar de ser bonita, cabelos e pele tratados, aparentava muito cansaço e certa apatia” (VD 1). Carolina gentilmente colocou as cadeiras na varanda para as técnicas sentarem. Era um grande espaço ventilado. Havia plantas lindas, também bem cuidadas em um canteiro cumprido que chegava até o portão.

A sensação era de ser esperada, mesmo sem ter sido avisada. Por outro lado, a filha nº 2 (PCD) entrou para dentro de casa, ficou na sala, com muito receio das profissionais. Teve-se a percepção de que a filha nº 2 (PCD) não tinha acesso a outras pessoas além da mãe. Carolina demonstrava preocupação e carinho ao falar da filha nº 2 (PCD). Aos poucos, a filha nº 2 (PCD) foi voltando a ficar perto de Carolina e ela ia passando a mão em seu cabelo. Ambas tinham cabelos longos, sedosos e com tranças. Carolina explicou que cuidava do cabelo da filha nº 2 (PCD) diariamente e que era necessário prendê-lo. Apesar de Carolina

não se queixar claramente, era visível seu cansaço.

Aos poucos ela ia soltando sua rotina de cuidado: o banho, a comida, a casa, e um comportamento da filha nº 2 (PCD) que ela não conseguia controlar. Às vezes, se incomodava por nem entender o que ela queria e se culpava por isso. Explicou que certa vez, retiraram todos os dentes da filha nº 2 (PCD) pela gravidade da dor. Disse que a filha nº 2 (PCD) ficava alterada e começou a comer o cimento das paredes e só depois de muito tempo foram perceber que eram os dentes. Acabaram por extrair todos. Percebeu-se que, na época, Carolina procurou ajuda, mas se culpava por demorar a perceber. Conversamos sobre o perfil da filha nº 2 (PCD) e o dela. E aos poucos foi possível visualizar que ela se esforçava para se comunicar. Na verdade, se incomodava por não conseguirem conversar claramente. Era uma frustração. Mesmo assim, ela sabia que a filha nº 2 (PCD) gostava de “leite e café” (VD 1).

Ela sofria porque nunca ninguém lhe explicou o porquê filha nº 2 (PCD) ficou assim e porque nada funcionava. A filha nº 2 (PCD) não conseguia aprender o autocuidado, ela havia tentado. Ela dizia que tinha apoio dos filhos e das vizinhas, mas no final, entendeu-se que no dia a dia sempre restavam ela e esta filha. Ela via a filha nº 2 (PCD) como uma companheira e descrevia que todos da família tinham afeto por ela, porém não saía. Tinha medo, ficava agitada e a mãe desistira. Foi dizendo deste desgaste de cuidar (o que ela não permitia falar assim) e que foi descrito com o fato clínico a seguir:

Disse que tinha dores na coluna, no joelho e um “zumbido no ouvido” que nunca parava. Disse que este som a incomodava, que já havia ido a muitos médicos e até dentistas e nada justificava. Sua audição era ótima. A psicóloga-pesquisadora ouviu e pensou: acho que é sintoma de sofrimento psíquico (VD 1).

A psicóloga-pesquisadora achou Carolina potente, com capacidade de falar e se expressar e embora não houvesse uma desproteção social estampada, sabia que precisava voltar. Afinal, risco social é isolamento, sofrimento e foi possível perceber que ela vivenciava

ambos, mas não sabia nomear (MDS, 2011). Existia uma rede de apoio, mas “a corda de Carolina só precisava soltar”. Ela era uma mulher que precisava falar. Ela mostrava-se disposta a tentar e talvez, a escuta e os encaminhamentos tivessem lugar e até surtiram efeito. Seguindo assim, outras duas mães também acabaram por expressar reações diante da deficiência dos filhos.

Rose demonstrou negação e sofrimento pela suposta deficiência do filho nº 1 (PCD), demarcado no seguinte fato clínico:

Ela disse que a escola cogitou que um dos gêmeos tivesse deficiência e negou claramente. Mostrou-se chateada com essa possibilidade. Senti que ela tentava fazer o máximo para os filhos, mas não estava sendo suficiente: um não andava, um não aprendia e ela não sabia o que fazer ou como proteger. Por outro lado, seu filho 1 parecia ser o ideal. Seu respiro. Seu auxílio. Seu braço direito (VD 1).

De outro modo, Bertha se referia a filha nº 2 e sua deficiência como um peso, mas um necessário, que ela era obrigada a carregar. Parecia que era uma culpa disfarçada e uma queixa das limitações escancarada como revela o fato clínico:

Inicialmente me deu a sensação de que a filha nº 2 (PCD) era um “fardo”, mas que em partes ela era mãe e não tinha escolha. Senti isso, quando ela contou que filha nº 2 (PCD) ficou assim com um mês de vida, como se desde lá o “cuidado foi sem fim”.

Por outro lado, eu via seu esforço em fazer o cuidado com filha nº 2 (PCD). A escola, os remédios, uma preocupação por ela ser incapaz (VD 1).

Diante do exposto nesta primeira categoria, enfatiza-se que a primeira visita domiciliar é de extrema importância para o sucesso do futuro acompanhamento, pois a forma que ela se configura pode facilitar ou não o estabelecimento de vínculo e o acesso às informações da realidade familiar (Amaro, 2016). Mais do que em outros momentos, em um primeiro atendimento domiciliar deve-se ter cuidado com as escutas apressadas e julgamentos

superficiais (Amaro, 2016; M. L. D. E. Scarparo, 2008) como demonstrado nos casos de Nísia e Lélia. Em ambos, percebeu-se que as mães não desejavam o atendimento domiciliar, porém não houve julgamento pessoal ou moral antecipado. Tentou-se compreender o que estava por trás deste gesto, através da neutralidade e amor à verdade, conforme recomendado por Zimerman (1999).

Ainda no caso de Rose, a psicóloga-pesquisadora foi sensível ao temor daquela mãe e se distanciou da invasão e da normalização do espaço familiar (S. M. Silva & D'Andrea, 2018). Por uma via potente, adotou-se uma postura reservada (L. C. Figueiredo, 2007) esperando que com calma Rose se sentisse mais segura a falar. Provavelmente, devido isto, no decorrer dos atendimentos houve uma mudança positiva na relação entre a psicóloga e as usuárias. Por exemplo, Rose mostrou-se menos receosa e mais tranquila ao verbalizar e controlar os olhares. Lélia tornou-se menos resistente, falando mais abertamente e menos rispidamente. Entretanto no caso de Nísia, a postura de defesa se manteve durante o primeiro atendimento e nos demais que se seguiram.

Assim, foi possível conjecturar que isto representou algo do funcionamento psíquico que Nísia não conseguia nominar, mas mantinha em ato (M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008). Logo, compreendeu-se que não se tratava de culpar ou julgar Nísia, mas construir uma relação transferencial e esperar pacientemente o inconsciente se revelar (Kahn, 2013). Vale citar que, no caso de Nísia, o não interesse em receber foi sentido em uma intensidade mais subjetiva do que o simples fato dela não convidar para entrar na casa. No caso de Lélia, ela demonstrou sua recusa através de uma expressão corporal e verbal. Já Rose, seu receio em receber a técnica foi apreendido pela sua expressão corporal, visual e verbal. Estes pontos são importantes pois, denunciam que para além das palavras, a psicóloga-pesquisadora lançou mão da comunicação não-verbal como um meio de apreender os fenômenos clínicos nas primeiras visitas domiciliares (Zimerman, 1999).

Por outro lado, agora tratando das demandas e expectativas deparou-se com fatos clínicos, que ultrapassaram os aspectos materiais e abarcaram os subjetivos como o desgaste, o desamparo e o sofrimento psíquico. No caso de Bertha, estes pontos foram demonstrados através de sua grande expectativa, verbalização e tom poliqueixoso mesmo após tentar-se encerrar o atendimento. No caso de Eliane, tornou-se mais explícito o desgaste e a sensação de desamparo pela própria cena da visita e pelos gestos corporais. Já no caso de Maria, apesar de se constatar a urgência da demanda material, também se apreendeu o desamparo e o sofrimento psíquico, permeado pelo choro e pela dependência de terceiros. Destoando, no caso de Carolina, o desamparo e o desgaste apareceram de forma mais velada, mas mesmo assim, revelaram o sofrimento pela deficiência da filha e sintomas de adoecimento psíquico (Freud, 1927/1996; Mandelli, 2021).

Neste panorama, observou-se que à medida que a visita domiciliar caminhava, a tarefa de escutar se complexificou através dos não ditos e das emoções vivenciadas (Amaro, 2016) e permitiu que os sentidos manifestos e latentes dos fatos clínicos se tornassem aparentes e introduzissem fenômenos psíquicos (Quinodoz, 1994). No caso de Maria, para além da carência material escancarada, apreendeu-se as demandas subjetivas a partir da relação entre “falar” e “ouvir” (Albuquerque et al., 2016, p. 199). Ainda assim, adverte-se que nem sempre ouvir uma demanda subjetiva significa anular a intervenção sobre a ordem material. Por exemplo, no caso de Maria, nos atendimentos seguintes foram fornecidos alimentos, vales-transportes e articulações com o CRAS, para acesso ao Cadastro Único e benefícios socioassistenciais.

Ao mesmo tempo, a ausência de urgência material não impediu o acompanhamento na perspectiva da política social, como foi evidenciado com Carolina. Neste caso, não se confundiu uma boa recepção, uma boa casa e um bom cuidado como um não pedido de ajuda (Santos, 2018; Barreto, 2011). Sendo assim, acertadamente, a psicóloga-pesquisadora não

tentou suprimir as faltas ou rotular os pedidos das mães atendidas como “um bom banho, um médico, uma escola, um emprego” (Ramminger, 2001, p.42), mas procurou ouvir o inconsciente e alinhar aos direitos socioassistenciais (Dias et al., 2017).

Dessa forma, a construção dos fatos clínicos psicanalíticos não privilegiou nem o lado objetivo nem o subjetivo dos elementos captados, mas sim a relação transferencial (Quinodoz, 1994). Foi se conjecturando que, apesar das mães serem vulgarmente reduzidas a “pobres”, cada uma delas era uma Mulher cujas respectivas “fomes” eram tantas que não podiam ser saciadas apenas com “um prato de feijão” (Ramminger, 2001, p.45), pois escondiam desamparos e desproteções que escapavam das medições (L. C. G. Silva, 2022). Obrigatoriamente, isso exigiu a escuta qualificada e a valorização do vínculo por parte da psicóloga-pesquisadora (MDS, 2011).

Somado a isso, a primeira visita domiciliar forneceu elementos sobre o cuidado e a relação entre as mães e seus filhos(as). Em alguns atendimentos os filhos estavam presentes e em outros não, mas, mesmo assim, adiantavam-se elementos sobre a posição materna independente da deficiência. No caso de Nísia, racionalmente ela discorreu sobre os filhos de forma coerente, porém os indícios de vivências contratransferenciais percebidas pela psicóloga-pesquisadora (Freud 1910/1996; 1915/1996) e as observações das comunicações não verbais denotaram a sua distância afetiva.

No caso de Lélia, seu filho nº 1 (PCD) estava presente e durante o atendimento balbuciou sons de animais, intencionalmente querendo imitá-los. Ele ia e vinha próximo às técnicas e a mãe o corrigia. Ele pareceu estar tranquilo e gostar de brincar, socializar. Mostrou que entendia comandos básicos, como ir e vir, mas não completava nenhuma palavra. Lélia parecia se irritar com sua presença e dizia que “ele era assim o dia todo” (VD 1). Ele estava sem chinelo, sem a roupa adequada para o clima. Recorda-se de o sentir abandonado, não olhado. Lélia, ao tentar corrigi-lo, quase o empurrava e dizia “vai para lá”

(VD 1). A psicóloga-pesquisadora disse que ele poderia participar do atendimento, que não estava atrapalhando e assim ele ficou. Ele olhava para cima e dizia “piu piu”. Lélia explicou que ele repetia o som do passarinho e os mostrava no céu. Dizia que ele gostava de animais e de brincar na terra.

Nesse momento, até sentiu-se que Lélia falou do filho nº 1 (PCD) de forma mais pessoal, mas ainda era pouco e havia certo tom de desmerecimento em sua capacidade de vir a ser. De fato, o filho nº 1 (PCD) era uma criança grande. Não falava o que queria ou o que sentia. Logo, ficava em desproteção, pois tudo indicava que Lélia não tinha proximidade com o filho e não enxergava suas necessidades reais e subjetivas. Logo, denotando a dificuldade de a mãe funcionar de forma suficientemente boa (Winnicott, 1987/2002). Sob outra ligação afetiva, Rose aparentava não conseguir se desvencilhar das demandas do filho nº2 (PCD). Apesar de ele ficar a maior parte do tempo trancado no quarto, ela estava sempre a sua disposição e não se queixava dessa disposição. Embora houvesse paredes, sentia-se que não havia uma distância física ou psíquica entre Lélia e seu filho nº2.

Bertha parecia ter uma relação conflituosa e superficial com a filha nº 2 (PCD), falou que a filha era “teimosa” (VD 1) atribuindo um julgamento pessoal sob seu comportamento. Ainda, durante o atendimento, Bertha aparentava tanto querer falar que nem olhava para a filha nº 2 (PCD). Por sua vez, Eliane parecia sufocar na relação com o filho nº7 (PCD), ela apenas agia na expectativa de controlar o comportamento do filho nº7 (PCD) e lhe faltavam palavras para expressar o sofrimento e completar a história.

Diversamente, Carolina falava da relação com a filha nº2 (PCD) com apreço. Ela aplicava um valor à filha nº1 a mais que a deficiência, pois reconhecia aspectos subjetivos como identificar que gostava de “leite e café” (VD 1) e a considerava “companheira” (VD 1). Convém apontar que Carolina e sua filha nº2 (PCD) eram bem parecidas fisicamente, mas a mãe acabava robustecendo isso, mantendo o cabelo de ambas com tranças longas. Reflete-se

assim, o investimento libidinal da mãe para com tal filha (Góes, 2006; Freud, 1914/1996).

Elas pareciam estar unidas por alguma linha, que ainda não tinha virado bordado, mas tinha sua própria cor.

Ao contrário, Maria parecia não dar conta de fazer a maternagem de forma suficientemente boa (Winnicott, 1987/2002), devido ao seu sofrimento e precária condição de vida. Durante o atendimento ela não olhava para o filho nº 4 e ao transferi-lo para o colo do filho nº 1 a cena foi automática, quase como alguém que passa um objeto e não uma vida. No momento, não se valeu de julgamento, mas sim tomou-se a proporção do desamparo e da distância na relação. Tanto que, na época, aquele bebê beirava os dois anos e não andava, não falava, não balbuciava, não sorria, não interagia e permanecia atônito em seu colo. Por isso, ampliou-se o olhar para as necessidades de estimulação e procedeu-se com as orientações, uma vez que Maria não dava conta em ver a carência daquele filho, mas somente a sua. Não via que ele podia vir a ser e caminhar, talvez até ela.

De todo posto sobre as primeiras visitas domiciliares, enfatiza-se que a escuta não comportou posturas assistencialistas, moralistas e punitivas (Paulon & Romagnoli, 2018). A todo tempo buscou-se entender a singularidade do encontro e construir o *setting*. Conquanto, constatou-se que não havia roteiro, pois eram falas e mães tão distintas que a psicóloga-pesquisadora precisou adaptar a técnica, sem soltar o respeito à ética e ao sigilo. Eram cenas e lugares tão imprevisíveis como varandas, que se tomou o devido cuidado para não expor as atendidas. Ainda, a psicóloga-pesquisadora não se prendeu em protocolos rígidos de investigação, mas sim apoiou-se na escuta flutuante e na atenção às sensações percebidas em si própria, provavelmente decorrentes de fenômenos contratransferenciais (Freud 1910/1996; 1915/1996) as quais revelaram potentes fenômenos clínicos.

A associação da escuta, das comunicações não verbais e da observação apurada fizeram com que os elementos peculiares das mães atendidas fossem tomando corpo e

transmitissem informações sobre a realidade social, as quais dificilmente chegariam de outra forma (Amaro, 2016; Zimmerman, 1999). Por isso, distanciou-se da escuta da homogeneidade e foi-se ao encontro à heterogeneidade (A. C. Souza et al., 2015). Desvencilhou-se a tomada de decisão da ordem numérica e burocrática para a do acolhimento e do direito (Péres & Moré, 2021). Inobstante, tomou-se o devido cuidado para não registrar demasiadamente as informações durante o atendimento o que deixou as mães mais confortáveis (Amaro, 2016).

Sobretudo pela psicóloga-pesquisadora não ter empregado um olhar e uma escuta no formato de “inquérito social” (Donzelot, 1986) frente às recepções das mães, espera-se ter conseguido demonstrar que sua qualidade de “super observadora” ao usar “lentes de aumento” (Amaro, 2016) favoreceu, já nos primeiros atendimentos domiciliares, captar elementos clínicos de demandas e expectativas, tanto materiais quanto subjetivas, sensações de desgaste e de desamparo, tanto visíveis como veladas; relações afetivas com os filhos, tanto fragilizadas quanto fortalecidas os quais foram aprofundados na categoria de análise a seguir.

## 5.2 A ESCUTA E SUA INTERFACE COM O CUIDADO

Esta categoria desvelou fatos clínicos acerca do cuidado que detectaram o Desgaste; a Desproteção; o Investimento e Uma Escuta Clínica Possível. Nesse sentido, destacou-se a compreensão do cuidado como um exclusivo “modo-de-ser” humano que obrigatoriamente exige o vínculo (Boff, 2005, p.34) e que revelou sua parcela inconsciente através do encontro transferencial entre as mães e a psicóloga-pesquisadora (Santos, 2018). Deste modo, no decorrer do acompanhamento cada mãe expressou de forma particularizada a relação de cuidado com o filho PCD, o sofrimento pelo diagnóstico e o desgaste pela alta necessidade de cuidados, que estes exigiam desde o nascimento, assim como Brauer (1998) adiantou.

### 5.2.1 O cuidado: um diagnóstico, um desgaste e uma sobrecarga

Seguindo assim, no caso de Carolina, a busca por entender o diagnóstico da filha permanecia. Após o primeiro atendimento, a dupla técnica realizou articulação para que a filha nº 2 (PCD) fosse consultada por um especialista, porém, não se teve sucesso devido sua agitação. A mãe nomeou este percurso como uma “via sacra”, já que, não foi possível nem a consulta nem o exame e ela retornou para casa sem resposta. Contudo, positivamente relatou ter se sido bem atendida pela equipe de saúde explicando que tentaram de diversas formas acalmar a filha nº 2 (PCD). Provavelmente, por este acolhimento e pela demanda pessoal que permanecia latente, o fato clínico expôs que Carolina “ainda estava disposta a descobrir o que a filha nº 2 (PCD) tinha. Na verdade, fui pensando que era o jeito dela de falar que estava cansada da filha ser assim, quase que: agora eu preciso resolver” (VD 3).

Assim, as percepções de que Carolina fazia um bom cuidado, logo funcionando de forma suficientemente boa (Winnicott 1987/2002), mas estava sobrecarregada, permaneciam. Ela endossava, ainda mais, o perfil de que não se autorizava a reclamar ou menosprezar a

filha nº2 (PCD). A mãe mantinha camuflada sua questão, parecendo mais um dilema emocional (Amaro, 2016). Ao mesmo tempo, via-se que mãe e filha tinham uma ligação afetiva muito forte, uma não sobrevivia sem a outra. Notava-se uma ambivalência: “eu amo, mas assim não aguento mais” e quem sabe, todo aquele empenho em se obter uma explicação dissesse mais sobre Carolina do que sobre sua própria filha, afinal a repetição na transferência não segue a identidade física e temporal (Kahn, 2013; Freud, 1912/2020).

Diferente das demais mães, Nísia foi expondo a questão do **diagnóstico** dos filhos sorrateiramente. No começo, ela negou a deficiência do filho nº 4 (PCD) para depois acomodar a notícia e dar conta de dizer do sofrimento. No início do acompanhamento, este filho ainda não possuía o diagnóstico de deficiência, apenas suspeitas devido às recorrentes queixas da escola. Distintamente, seu filho nº 5 (PCD) havia recebido o diagnóstico de autismo precocemente, pela gravidade dos sintomas relativos ao espectro. Desde cedo havia indicativos de que Nísia negava a suposta deficiência e/ou transtorno do filho nº 4 (PCD), pois, desde a primeira visita domiciliar ela se queixava do comportamento, mas não dispensava as medicações prescritas nem buscava avaliação.

Por isso, acompanhou-se Nísia e seu filho nº 4 (PCD) em dois atendimentos no Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSi). No primeiro, a principal queixa foi de agitação, nervosismo e dificuldades para o controle dos esfíncteres, e as técnicas da saúde decidiram que ele precisava passar por avaliação com a terapeuta ocupacional. No segundo, Nísia pontuou alguns avanços no desenvolvimento do filho nº 4 (PCD), alegando que ele tinha passado a dormir sozinho, diminuído a enurese e a encoprese. Entretanto, confirmou que a agitação permanecia, assim como a falta da medicação. Chegou-se a discutir os encaminhamentos do filho nº 4 (PCD) para a escola especial, mas ela acreditava que ele não tinha perfil e que poderia fazer o acompanhamento de saúde no CAPSi.

Defendia que ele tinha condições de permanecer na escola regular, mas que seria

importante o contraturno/sala de apoio. Alegava ainda, que o filho nº 4 tinha sentimento de pertencimento na escola do território e afetividade com os colegas da sala. Assim, apesar de ela introduzir a melhora na independência dos cuidados e boa socialização na escola, no fato clínico vivenciado, destacou-se: “lembro que inicialmente ouvi isso como positivo, mas também interroguei uma negação” (VI 6). Não surpreendentemente, após alguns atendimentos a hipótese da negação e do posterior sofrimento com o diagnóstico assim se confirmou: “Apareceu a tristeza em Nísia pelo filho nº4 receber o CID de deficiência, mas ao mesmo tempo ela negava que o filho tivesse tal deficiência. Senti que se ela assumisse isso, atribuiria a ela mesma uma deficiência” (VD 9), endossando que muitas vezes, o “diagnóstico de deficiência recai como um “transtorno psicológico” à família (Góes, 2006, p.452).

Neste mesmo panorama, as falas das outras mães foram comunicando o desgaste pelo cuidado, tanto em seu aspecto objetivo como relacional, entendendo que ambos são atitudes ou intenções inerentes e inseparáveis do ato humano (Barreto, 2011). Todavia, nos casos de Nísia, Bertha e Eliane a lacuna na relação subjetiva se destacou e claro, também repercutiu a insuficiência do cuidado no âmbito objetivo. Salienta-se que cada mãe realizava o cuidado da maneira que sabia, que um dia aprendeu e que na atualidade dava conta de repetir (Santos, 2018). Ressalta-se que em cada mulher impera o medo, na gestação, de portar um filho com deficiência, mas no caso destas sete mães isto se concretizou a duras penas (Brauer, 1998).

Nessa temida realidade, inicialmente as maiores queixas de Nísia eram de ordem objetiva, como a recusa e restrição alimentar e agitação do sono do filho nº5 (PCD). A valer, recorda-se dele ser muito dependente de cuidados primários como comer, ir ao banheiro e não verbalizar nada o que, naturalmente exigia uma outra atenção e investimento materno (Freud, 1914/1996). Porém, percebeu-se que: “Nísia referia o remédio, mas não outros detalhes do cuidado e da relação. A senti disposta aos cuidados objetivos, mas certo bloqueio para estimulação do filho nº5 (PCD)” (VD 2). Em outro momento, ao acompanhar seu filho nº4

(PCD) em uma visita institucional também foi possível notar a lacuna na relação que Nísia estabelecia com o filho nº6, conforme colocado no fato clínico abaixo:

Percebi o bom cuidado objetivo que Nísia prestava ao bebê (filho nº 6). Ele estava cheiroso. Todo arrumado e preparado. Em alguns momentos ela falava com o bebê, mas de forma curta e pouco manhês. Não amamentou no caminho. Senti um vazio em seu olhar. Uma sensação estranha. Uma falta afetiva na relação” (VI 4).

Entretanto, no dia Nísia recebeu muito bem a técnica, já estava pronta em seu aguardo e quando o carro chegou rapidamente saiu de casa. Chamou a atenção o quanto ela e o bebê estavam bem arrumados, cheirosos, fato que lembrou as palavras de Reichel e Benetti (2008) considerando que este gesto de “aguardar a terapeuta fisicamente” (p.40) contribuiu para a construção do campo terapêutico. A psicóloga-pesquisadora estava no banco da frente do carro e a assistente social no banco de trás, ao lado de Nísia. Houve um incômodo, vivenciado pela psicóloga, quanto à fragilidade na relação e a necessidade de se aprofundar o olhar sobre o binômio mãe-bebê. Por isso, ela foi observando através do retrovisor e diversas vezes virava a cabeça para trás para interagir e ouvir, colocando assim, sua capacidade “mental e introspectiva” (Amaro, 2016, p.22) a favor da relação.

Em nenhum momento houve perguntas a respeito, apenas observação e falas curtas dentro do assunto que a assistente social já seguia tratando. Ou seja, a psicóloga-pesquisadora não foi nem “constrangedora” nem “invasiva”, atendendo às recomendações de Amaro (2016, p. 73) e assim foi possível ouvir o não dito. De certa forma, o fato clínico vivenciado colaborou para que o vínculo fosse mais bem estabelecido. O trajeto levou cerca de 40 minutos e a conversa no carro fluiu muito bem. Por isso, através do fato clínico vivenciado, foi possível captar: “Pela primeira vez, sentiu-se Nísia mais próxima da dupla técnica, foi como se o vínculo tivesse dado partida ali, mas a sensação de vazio para com o filho nº6 permaneceu durante todo o caminho e atendimento externo” (VI 4). Tanto que, após esta

intervenção foi feita uma discussão de caso entre a dupla técnica e feito o encaminhamento para a saúde, com fins de avaliar o desenvolvimento do filho nº6, visando a prevenção de algum transtorno.

Não obstante, esta distância afetiva de Nísia para com os filhos, foi marcando presença inclusive, com aqueles que não possuíam deficiência (nº2 e nº 3) (adolescentes). Essa impressão se deu não só pelo dado objetivo das faltas escolares, mas por perceber que Nísia menosprezava o fato, alegando que mesmo assim haviam passado de ano. Ela aparentava atribuir a estes dois uma independência, que eles ainda não tinham e não conseguia atender às suas necessidades subjetivas. Sabe-se que as demandas dos filhos são particulares e o local que as mães os colocam psicologicamente também não é o mesmo (M. L. D. E. Scarparo, 2008).

Já no caso de Bertha e Eliane a fragilidade afetiva foi vista na tentativa de tamponar o cuidado relacional, com o uso indiscriminado de medicações. Por exemplo, Bertha seguia se queixando do comportamento e da regressão da filha nº2 (PCD) da visita nº 1 até a visita nº 14. De forma linear, ela formulava hipóteses sobre a filha nº2 que nunca incluíam o campo relacional e que ingenuamente, ela acreditava que podiam parar com o uso de drogas como segue no fato clínico: "Ao se queixar falou mais da agitação e cogitava aumentar o remédio. Eu novamente me questionava: O que causava alteração na filha nº2 (PCD)? Algo emocional, relacional? porque de fato ela já estava medicada" (VD 4).

Não coincidentemente, na visita seguinte a filha nº2 (PCD) estava cambaleando, parecia drogada, apenas balbuciava sons. Infelizmente, seu olhar estava diferente do que a psicóloga fisgou no primeiro dia, mostrava-se sem brilho, meio aberto, trepidando as pálpebras. Ela não sorria, mas sim, babava. Quando perguntado para Bertha sobre esta sedação, o fato clínico demarcou que "ela descreveu o quadro como se fosse natural e a filha nº2 (PCD) estava impaciente e querendo algo, provavelmente comer e deitar como a mãe

havia descrito, ou melhor, hibernar” (VD 5).

Houve a impressão de que Bertha não dava conta de sustentar a relação afetiva com a filha e que esta presença era muito custosa. Talvez, ela passar a manhã na escola e dormir a tarde toda representasse a aproximação possível e o cuidado possível, conforme mencionado no estudo conduzido por Santos (2018). Assim, “senti que Bertha não estava vendo sua filha, ou melhor, não estava sentindo a ausência dela” (VD 5). Não à toa, em outro fato clínico foi possível perceber que “Bertha continuou a se queixar da rotina de cuidado da filha nº2 (PCD), a higiene e nervosismo eram um problema. Quando ela falava da filha, me aparentava um cuidado muito cansativo, um contato desgastante” (VD 7). Não se sentindo contemplada, Bertha foi até um serviço de saúde com a esperança de resolver o problema da filha nº 2 (PCD), porém lá foi identificado que não se tratava nem do remédio nem da filha nº2 (PCD), mas de demandas inconscientes da própria Bertha (Kahn, 2013), justamente como a psicóloga-pesquisadora já suspeitava e confirmou ao visitar e ao redigir o fato clínico:

Era visível como Bertha estava mais calma, sua fala era mais pausada e a voz mais suave. Ela explicou que foi ao CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) devido agitação da filha nº2 (PCD) porém, foi ela (mãe) que acabou sendo medicada. Me lembro de pensar que não era a primeira vez que ela atribuía um mal-estar à filha nº2 (PCD), que não era dela (VD 10).

Novamente na próxima visita, a psicóloga-pesquisadora percebeu “os indícios de que Bertha estava calma, logo via filha nº2 (PCD) mais calma, bem como, o inverso era verdadeiro. Provavelmente a filha nº2 (PCD) foi super medicada sem necessidade fisiológica” (VD 11). A hipótese de desgaste da mãe pelo cuidado relacional ia se materializando a cada visita, a cada escuta e a cada gesto. Por exemplo, na visita nº13 os relatos denotavam o desgaste pelo cuidado objetivo, tal como ter que levar a filha nº2 (PCD) na fisioterapia. Porém, delicadamente, também foram transparecendo o desgaste pelo cuidado

relacional por dizer que a filha era muito “grudada” nela e não via a hora das aulas retornarem.

Entretanto, diferente do que ela achava, a filha não precisava de contenção medicamentosa, mas sim de seu investimento libidinal (Freud 1914/1996). Nesse sentido, através dos fatos clínicos ocorridos, a psicóloga-pesquisadora constatava: “novamente sinto que a presença da filha é custosa para ela. Porém, especificamente, nesse dia ela não se queixou da agitação. Pelo contrário, assumiu que a médica diminuiu um dos remédios da filha nº2 (PCD) pois estava excessivo” (VD 13). Por fim, na visita domiciliar nº14 Bertha, mantinha a postura de se queixar da filha nº2 (PCD), neste dia, mais claramente da regressão e da enurese. Continuava-se a notar a filha nº2 (PCD) demasiadamente sedada e Bertha não associando fatores ambientais ou relacionais que pudessem desencadear este quadro. A filha nº2 estava medicada e estes sintomas insistiam em aparecer.

A partir disso, a psicóloga-pesquisadora continuava com a hipótese de que a causa não era biológica e já havia orientado Bertha a procurar o CAPS (Centro de atendimento Psicossocial), mas ela não ia e mesmo assim se queixava. Por isso o fato clínico destacou: “Bertha queria que a filha nº2 (PCD) fosse resolvida em um estalo de dedos e não fazia associação de fatores que levassem filha nº2 (PCD) a ter estes comportamentos” (VD 14). Similarmente, Eliane sofria pelo desgaste no cuidado (Mandelli, 2021), pelos remédios não surtiram efeito e aparentava não associar outros complicadores que poderiam estar influenciando o comportamento de seu filho nº 7 (PCD). Ela tinha fala rápida, ofegante, e dizia que o filho nº7 (PCD) “era sempre assim”, ou seja, não obedecia, era agitado e agressivo.

Explicou que tinha que monitorar ele e não podia deixá-lo sozinho com sua mãe (pessoa idosa). Nesse sentido, a psicóloga-pesquisadora descreve suas percepções ao longo dos fatos clínicos ocorridos: “achei estranho porque em tese o filho nº7 (PCD) estava com

várias medicações. Não entendi por que não controlava este comportamento. Logo, suspeitei de que algo na relação ou na dinâmica familiar favorece estes rompantes” (VD 2). Depois, em outra visita, Eliane falou mais abertamente e tornou-se claro que o filho nº7 (PCD) estava dopado e ela se sentia culpada. Talvez, o que ela não dava conta era de se sentir “debilitada e dependente”, incapaz de cuidar (Brauer, 1998, p.60) e de lidar com seu mal-estar (Freud 1930/1996). Assim, a sensação da primeira visita de que a causa da agitação não orgânica, mas sim relacional tornou-se mais evidente no fato clínico a seguir: “quando ela disse que não havia dado os remédios naquele dia porque ele não foi na escola e verbalizou: quero que ele brinque, eu tenho que aguentar” (VD 4).

Dessa forma, o âmbito objetivo e relacional do cuidado foi representando na escuta destas mães um desgaste e uma sobrecarga. Solitárias (Mandelli, 2021), aquelas mulheres se viam desamparadas na função de cuidar de filhos com deficiência, os quais não alcançariam a independência e elas teriam que lidar com o idealizado (Góes, 2006). Para piorar, a situação não se resolvia com remédios e não havia término previsto para suas funções. As tentativas em atender as necessidades dos filhos com deficiência eram incessantes e se desdobravam em incontáveis encaminhamentos, que nem sempre surtiam efeito.

Por exemplo, com Nísia havia um empenho pessoal para dar conta dos encaminhamentos dos filhos (sua agenda era tumultuada, era leva e busca diariamente, muitas vezes tendo que ir à zona urbana). Nisso, que se “via um empenho racional em ofertar o cuidado, digamos que preencher uma lacuna, mas eu começava a perceber um certo desapontamento e cansaço por parte dela, afinal não estava sendo suficiente e por esta percepção fiz uma fala de acolhimento” (VD 5). Esse desgaste ia sendo ainda mais perceptível no decorrer do acompanhamento, pois seguia-se percebendo Nísia cansada, exausta, o que demonstra como o usuário vem carregado de vulnerabilidades ao trabalhador (L. C. G. Silva, 2022). Outro fato clínico continuou a chamar a atenção para o quanto ela

“realmente aparentava estar com dor, mal-estar. Percebi que ela se concentrou em cuidar dos filhos e talvez tivesse esquecido dela” (VD 9). Assim, as mães se esqueciam em detrimento dos filhos, o desgaste as consumia e fazia-as pensar em todos menos nelas mesmas (Mandelli, 2021), o que Eliana tratava de incorporar, como pode ser percebido no seguinte fato clínico:

Parece não saber da sua história, nunca fala dela mesma. Nunca fala de suas demandas, sofrimentos, queixas. Ela só faz a urgência do dia e esta nunca é dela. Única coisa que repetiu: vontade em ter uma casa na zona urbana, mas mesmo assim era para facilitar o acesso dos outros. Percebi que Eliane não se cuidava, se anulava em função de terceiros (VD 3).

Em parte, este desgaste também se dava pela sobrecarga de não ter outra figura de apoio para dividir as tarefas cotidianas. Indo mais, estas mães assumiam o cuidado de outros membros da família que não os filhos com deficiência (Mandelli, 2021). Isto ficou bem ilustrado no caso de Eliane, pois além dela dispensar atenção ao filho com deficiência, assumia os de sua mãe, pessoa idosa. Não suficiente, a todo tempo via-se Eliane em função dos filhos adultos. Ora era um que havia interrompido os estudos, ora outros que estavam desempregados e nenhum lhe auxiliava com os afazeres como endossou o fato clínico “Eu a vi sozinha lutando com o inevitável: ela não controla seus filhos. Acho que ela estava tentando ser uma mãe ideal, porém, mal sabia ela que era impossível ainda mais nessa realidade social” (VD 2).

Aos poucos, Eliane verbalizou que a dependência química e o fato de as mulheres ficarem numa relação abusiva era comum em sua família, o que aparentava ser uma transmissão psíquica pelas alianças inconscientes (Käes, 2014). Ali começou a aparecer a realidade familiar e o sofrimento dela a respeito. Aparentou que esse era um dos buracos que ela queria tampar: ser a mãe ideal e com isso camuflar as desproteções e suas próprias questões. Tanto que, ela chegou a citar que o filho nº6 queria trabalhar para a ajudar e que ele

a auxiliava com os cuidados de sua mãe (pessoa idosa). Entretanto, teve-se a percepção de que isso não era real. Parecia mais uma postura de fazer o filho como objeto de amor, na expectativa de ser um ideal realizável (Freud 1914/1996), bem como demonstra o fato clínico:

Às vezes me parecia que Eliane alimentava uma ilusão diante de seus filhos e só depois de algo se tornar explícito admitia os limites, mas não pedia ajuda. Ela queria lidar com tudo sozinha. É aquela sensação de querer tampar o buraco (VD 6).

Além do que, Eliane dispensava cuidado à sua mãe (pessoa idosa), a qual demonstrava ser demandante e poliqueixosa, a mais do que era preciso. Apesar de Eliane falar de sua mãe com preocupação, não se percebia o afeto, muito menos, ouvia-se o relato da convivência e da relação que elas tinham. Supunha-se que algo faltava na relação mãe-filha e que Eliane também tamponava esta problemática. Ela não se queixava de cuidar da mãe, nem de seu comportamento. Por isso, cogitou-se que isso poderia servir como duplo ganho secundário: justificar a ausência do filho nº7 (PCD) na escola especial e manter escondido os sentimentos hostis em relação a si e ao filho (Brauer, 1998).

Por outro lado, a idosa tratava de exteriorizar seu lugar de querer ser cuidada pela filha e nunca se soube como o inverso se deu. Ela aparentava ser demandante de atenção, afeto e presença como se isso fosse sanar seu desamparo inicial (Freud, 1927/1996). Por outro lado, Eliane cegamente ocupava este lugar e tentava sanar o mal-estar seu e da sua mãe (Freud, 1930/1996) através do cuidado, conforme mencionado no fato clínico “Então novamente eu pensei: a demanda de cuidado me parece ultrapassar a necessidade real. Eliane até citou que sua mãe tem um temperamento difícil, mas lembro que minimizou alegando que era idosa e que ela tinha que cuidar” (VD 4). Assim, evidenciou-se em Eliane uma sensação de culpa e submissão no ato de cuidar, seja com o filho ao ela referir que “quero que ele brinque, eu tenho que aguentar” ou com a mãe “alegando que era idosa e que ela tinha que cuidar” (M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008). Parecia que ela recebia aquilo como um castigo,

uma punição necessária (Brauer, 1998), daquelas que permitiam a ela afastar seu próprio mal-estar (Freud, 1930/1996) e retomar sua realização perdida através do cuidado com a prole e com a mãe (Góes, 2006). No fundo, parecia que ela escondia sua culpa e esperança por trás de todo aquele desgaste e sofrimento.

Outra mãe que indicava desgaste pelo cuidar e sofrimento pela condição de vida, foi Maria. Isto tornou-se mais claro por ela chorar em vários atendimentos. Ao mesmo tempo, percebeu-se que ela se vinculou facilmente às profissionais e as colocava no lugar daquelas que iriam “salvá-la” do desamparo (Freud, 1927/1996). Notou-se que Maria atribuía grande expectativa à presença das profissionais e isto começava a preocupar a psicóloga-pesquisadora. Afinal, não se podia cair no “imperativo de dar conta” (M. L. D. E. Scarparo, 2008, p.109) e ela mostrava-se totalmente dependente de terceiros para sanar suas demandas. Assim, levando a formulação de algumas hipóteses interpretativas conforme segue no fato clínico:

Comecei a pensar que ela tivesse um quadro depressivo. Quando cheguei perguntei como ela estava e ela me respondeu com uma voz quase apagada: “mais ou menos”. Daí para lá, as falas foram ladeira abaixo. Ela falou de seu conflito com o ex-companheiro e das misérias materiais. Por outro lado, mostrou-se aliviada pelo filho nº4 não ter recebido o diagnóstico de deficiência (VD 2).

A partir disso, foi-se confirmando a hipótese levantada na primeira visita domiciliar de que a situação do filho nº4 se tratava de atraso no desenvolvimento e não deficiência, bem como, que o sofrimento de Maria era tanto que não conseguia dispensar atenção e estimulação ao filho. O cuidado exigia um grande investimento libidinal e Maria parecia não ter energia suficiente para tal (Freud, 1914/1996). Assim foi possível entender o porquê uma saída possível para seu mal-estar (Freud 1930/1996) foi ela delegar o cuidado e outras tarefas a um dos filhos que era adolescente.

Coincidentemente, Nísia também recorria a terceirização do cuidado aos outros dois filhos adolescentes para dar conta de sua demanda. Além disto, observou-se que tanto Nísia quanto Eliane acreditavam, que a mudança de moradia seria uma saída mágica para a vida difícil, ou melhor, para o desamparo iminente (Freud, 1927/1996). Nísia citou o desejo de se mudar desde a primeira visita domiciliar e, mesmo que na segunda visita domiciliar já estivesse em outro endereço, continuava a repetir esta demanda conforme demonstra o fato clínico: “novamente se queixou da situação financeira e do sonho de construir uma casa própria” (VD 2).

Eliane indicava a mesma esperança, mas de forma mais gritante, já que acreditava que sair da zona rural era seu alívio total: “falou claramente a respeito do seu desejo de ter uma casa própria na zona urbana. Tinha a expectativa de que teria mais acesso a bens e serviços, ou talvez, a outra vida” (VD 2). Tal fato clínico parecia denunciar que Eliane apostava na mudança para a zona urbana como uma solução mágica para seu mal-estar (1930/1996). Porém, mal ela sabia que a luta não ia parar. Seja por parte do estado, que se esvai de sua responsabilidade (Freud 1918/2020), seja pela sua história, dinâmica familiar e situação emocional cercada de desamparo (Freud, 1927/1996).

Eliane estava tentando lidar com a crueldade do destino e só almejava uma solução para todos os seus males: uma casa nova, num lugar novo com uma nova vida que poderia até mudar seus filhos. Aquela situação atual estava desgastante. Contudo, a psicóloga-pesquisadora tinha receio por sua capacidade de enxergar a realidade, se organizar e fez orientações a respeito. Entretanto, movida por ansiedades e ilusões, Eliane correu atrás do sonho e na 6º visita domiciliar se deslocou para a zona urbana. Ela estava animada e seu tom de voz era até diferente, estava com mais expectativa do filho conseguir emprego e da família ter acesso a uma casa pela COHAB (Companhia de Habitação Popular) como o fato clínico revelou: “eu vim para cá me deu uma animada” (VD 6).

Todavia, o que se discorreu depois, confirmou a preocupação da psicóloga-pesquisadora diante da limitação de Eliane em lidar com a mudança e como era de se esperar, em pouco tempo, Eliane voltou a sua antiga moradia. Percebeu-se nela um certo alívio por ter voltado à região rural, ironicamente o lugar que antes ela acreditava que era o causador de seus mal estar. Ela não estava com a fala agitada, porém seu desgaste ecoava e as queixas anteriores permaneciam: dificuldade em levar o filho nº7 (PCD) na escola especial e a alta necessidade de cuidado de sua mãe (pessoa idosa). A mãe estava mais debilitada e insistia em se alimentar apenas na presença de Eliane e não suficiente, a problemática com os filhos adultos eram as mesmas e claro, ela seguia assumindo tudo sozinha.

Na ocasião, apesar de ser receptiva com a dupla técnica, teve-se a impressão de que Eliane estava um pouco envergonhada em retomar o acompanhamento. Talvez por isso, não avisou de sua volta à rural e acabou sendo exposta pela escola devido às faltas do filho nº7 (PCD). Possivelmente, ela devia se recordar das orientações e que ela optou pelo caminho contrário. Entretanto, em nenhum momento houve julgamento, pois ela tinha o direito de escolher (MDS, 2011). Não se perguntou nada, não se lembrou nada, queria-se apenas, saber do contexto atual e fazer uma escuta diferenciada (Pietrolungo & Resende, 2007).

Nisso, Eliane continuava a se queixar do comportamento do filho nº7 (PCD), mas em partes assumia que o remédio fazia efeito. Ela começou a expressar mais claramente seu desejo de retirá-lo da escola e, em parte, a psicóloga-pesquisadora também começou a se questionar sobre o porquê de tanta insistência a respeito. Isso estava tendo alguma vantagem? Ou o desgaste era maior? Teve-se a impressão de que ter-se-ia que começar tudo de novo. Ela voltou para a região rural com as velhas demandas, com os antigos problemas, mas com disposição para falar e se vincular. Notava-se que ela se sentia à vontade com as profissionais e na prática estas sempre voltavam para ouvir independentemente de onde ela estivesse, pois fazia-se a escuta territorial e apostava-se nas ancoragens (J. Broide, 2015).

### 5. 2. 2 O CUIDADO: UMA DESPROTEÇÃO

Todavia, entre idas e vindas, escutas e encontros, desgastes e sobrecargas, o cuidado refletiu e a escuta, infelizmente, captou a desproteção social (MDS, 2011). Podemos elucidar estas situações com o caso de Nísia, Bertha e Lélia. Nas duas primeiras, havia indícios de que a suposta violência sexual das filhas foi negada e no caso da última, a negligência nos cuidados foi naturalizada e representava risco à vida. Salienta-se, que as duas primeiras desproteções citadas trataram de suspeitas que antecederam a intervenção da psicóloga-pesquisadora e já haviam sido devidamente encaminhadas aos órgãos competentes. Já a última, foi a própria psicóloga-pesquisadora que precisou acionar o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) para garantir a proteção como orienta a Política Social (MDS, 2011)

Ainda se esclarece que os fatos clínicos representaram a percepção da psicóloga-pesquisadora frente às suspeitas e não a um ato investigativo (MDS, 2011). Tratou-se de uma escuta e uma observação que revelou a postura singular das mães diante destas relações e supostas violências. Em nenhum momento procurou-se encontrar culpados ou definir a veracidade dos fatos (Amaro, 2016). Especificamente no caso de Nísia, em discussão de caso com a rede intersetorial, abriu-se a suspeita de que a filha nº3 sofresse violência sexual. A psicóloga-pesquisadora estava iniciando o atendimento e nenhum outro serviço tinha proximidade com Nísia, mas mesmo assim procederam com a notificação.

Contudo, endossando esse alarde, no seguinte fato clínico vivenciado a psicóloga-pesquisadora aponta: “lembro da preocupação que senti referente à filha nº3 por ela ser uma figura feminina e suspeitar que Nísia a tratasse de outra forma em relação aos demais e/ou não a protegia, se fosse necessário” (VD 2). Também se recorda que Nísia não recebeu bem a suspeita da violência sexual. Negava veemente e se sentiu extremamente invadida com a visita domiciliar do serviço responsável - Centro de Referência Especializado (CREAS).

Então, assim como C. P. França et al. (2018) constatou em sua pesquisa, a psicóloga-pesquisadora sentiu o distanciamento da mãe diante da necessidade de proteção da filha, conforme segue no fato clínico:

Nesse dia, me recordo desta filha na casa, algo dela vir rapidamente no canto da porta e ter postura contraída (coluna curvada, olhar cabisbaixo e não falou ou interagiu).

Lembro de sentir incômodo por discutirmos a suspeita de violência sexual da filha nº3, tanto por ela estar ali, como por ouvir a negativa da mãe. Além do que, eu não era do serviço de referência a respeito, mas achei uma situação desconcertante. Se a filha nº3 ouviu, como se sentiu com isso? Protegida ou não? (VD 3).

Apesar do incômodo com a visita deste serviço, notou-se que Nísia via alguma vantagem com o acompanhamento do serviço da psicóloga-pesquisadora, possivelmente por prestar-se a orientações de acesso a benefícios e serviços (expressou desejo de que filho nº4 também recebesse o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e demanda para articulação com a política de saúde para os remédios). Ou talvez, estava descobrindo que estávamos ali para apoiá-la, ouvi-la e não a culpar. Contudo, teve-se a noção de que construir o vínculo seria um desafio e exigiria habilidade (MDS, 2011). Ainda mais, porque outro desdobramento da suspeita de violência sexual da filha nº3 foi a visita do Conselho Tutelar (CT), um órgão de proteção infantil municipal. Logo, Nísia se sentiu mais incomodada e na mesma proporção mais evasiva conforme descrito no seguinte fato clínico: “continuou com a expressão de injustiçada, pois aquilo não fazia sentido. Negou veemente a suposta violência e aparentava se sentir com sua privacidade invadida” (VD 5). À respeito, a psicóloga-pesquisadora fez uma fala de acolhimento, mas também salientou seu papel materno de proteção independente da veracidade ou não do ocorrido.

Na verdade, Nísia sabia que não havia sido o serviço da psicóloga-pesquisadora que fez tal denúncia, mas mostrou-se mais afastada emocionalmente durante o atendimento. Em

partes, analisava-se que isso poderia ter se dado, pela exposição da denúncia, pela fragilidade de vínculos que Nísia tinha com a rede de serviços ou até mesmo pela sua resistência pessoal em lidar com o fato. Ela continuava imparcial (C. P. França et al., 2018). Quanto à relação com a rede de serviços, existiam reclamações de ambos os lados e na verdade, a educação reforçava os indícios de desproteção e apresentava mais dificuldade de aproximação, o que a levava Nísia a ter mais “significados e experiências pretéritas” desfavoráveis (Péres & Moré, 2021, p.7).

No caso de Bertha, havia no histórico a suspeita de que a filha nº2 (PCD) tivesse sido vítima de violência sexual, tendo como suposto agressor o pai. Na época, a família residia em uma propriedade rural e tal suspeita culminou no divórcio e na mudança para uma outra casa, via programa habitacional dentro do distrito rural. No entanto, mesmo após anos, Bertha aparentava sofrer e não ter dado conta de lidar psicologicamente nem com a suposta violência da filha nº2 (PCD) nem com a sua separação, o que para ela pode ter sido representado como um trauma desestruturante (Favero, 2009). Nisso, no fato clínico mencionado, a psicóloga-pesquisadora apontou: “me recordo dela falando aliviada de estar recebendo a pensão do pai da filha nº2 (PCD). Era como se ela tivesse recebendo “justiça”, mas senti que era algo referente a ela e não à filha nº2 (PCD)” (VD 2).

Deste modo, as percepções da primeira visita permaneceram: perfil poliqueixoso de Bertha e suspeita de que não protegesse filha nº2 (PCD) do pai. Tanto que, sua fala se contradizia: objetivamente verbalizava entender que filha nº2 (PCD) não podia ter contato com o pai, mas depois acabava soltando que ela tinha tido acesso a ele. Em um desses encontros, “segundo Bertha, uma das falas foi bem ambígua na relação pai x filha pois, ele cobrou presente do dia dos namorados da filha nº2” (PCD)” (VD 3). Bertha até esboçou um incômodo com esta postura equivocada do ex-companheiro, porém, a emoção que emergia era a de raiva. Questionava-se: O que Bertha esperava? Na prática ela estava permitindo

entrar na casa suposto agressor da filha nº 2 (PCD).

Aparentemente, este ex-companheiro ainda parecia exercer um poder sobre ela. Interrogava-se: Qual o perfil deste homem? Desse ex-marido e desse pai? Como era viver com ele? e Bertha abriu: ele bebia, era grosso com as palavras. Então algo não batia, ora parecia raiva, mas também falta, permissividade. Reforçando esta ambiguidade, em uma visita domiciliar Bertha relatou que havia recebido uma ligação do Ministério Público, para confirmar seus dados e endereço para enviar um ofício. Ela estava ansiosa para receber o documento e alegava que estava com problema na visão para ler. Foi-se percebendo a resistência de Bertha, conforme mencionado no fato clínico “fiz a analogia que ela não conseguia enxergar a violência, pois verbalizou que não acreditava no ato, uma vez que não foi feito exame” (VD 4).

Ironicamente, Bertha era “letrada” para conseguir ler a informação e provavelmente, sua demasiada ansiedade a bloqueasse ou a mantivesse na negação e no sofrimento (M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008). Nessa cena, enquanto a assistente social a orientasse a procurar um oftalmologista, a psicóloga-pesquisadora só ouvia a defesa psíquica de negação, na medida em que aquela buscava se incorporar e nem pensava na visão. Ela estava mais angustiada nesse atendimento e pela primeira vez solicitou informações reais diante do processo judicial. Aliás, estas também se tornaram necessárias para as técnicas, uma vez que, aparentemente a realidade era outra, diferente do que Bertha via, e a proteção poderia exigir algo do serviço (MDS, 2011).

Na época, descobriu-se que apenas foi feito um processo litigioso de separação e que não foi aberto um processo criminal de violência sexual contra o ex-marido. Nisso, não havia formalmente medida de proteção/ afastamento do pai para filha nº2 (PCD) e através do fato clínico apreendeu-se: “no final da explicação lembro do rosto de Bertha, uma expressão de alívio. Talvez pelo receio de ter que remexer em uma história que ela nem acreditava” (VD

6). Ao longo do acompanhamento, Bertha se contradizia permitindo o contato da filha nº2 (PCD) no momento de receber a pensão. Também falava que ele já tinha uma companheira há dois anos, como se isso o eximisse de ser um risco.

Assumia que, na presença do pai, a filha nº 2 (PCD) ficava agitada e ele recusava sua presença. Explicava que quando o pai vinha, a filha nº 2 “queria abraçar”, mas ele a empurrava e dizia “sai para lá”. Contratransferencialmente (Minerbo, 2020), a sensação era a de que o ex-companheiro estava recusando o contato com Bertha e não com a filha e que isso era doloroso para ela. Pensou-se: quem sabe a raiva veio daí? Por que não eu? Por que ele não vem me ver e está aqui por ela? O que em partes disparava uma relação de disputa inconsciente de Bertha com a filha (C. P. França et al.,2018).

Tragicamente, foi-se entendendo que o poder que o ex-companheiro exercia sobre Bertha transparecia uma relação antiga de “dominação” (Roudinesco, 2003, p.115). E por não saber viver sem estas correntes, possivelmente Bertha ainda esperava algo deste homem e não protegia a filha de suas visitas. Bertha repetia a permissividade sem saber o porquê (M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008). Tanto que, soltou que se encontrou com a ex-cunhada, uma que ela nunca teve proximidade e reclamava que a ex-sogra não mantinha contato com a filha nº2 (PCD). Entretanto, parecia que ela sempre falava dela e não da filha. Ela que fora abandonada pelo ex-companheiro e sua família. Ninguém se despediu, nem sentiu sua falta e suas falas e posicionamentos representavam um alerta, como segue no fato clínico abaixo:

Bertha não tinha rompido os laços com o ex-companheiro, de alguma forma esperava uma convivência. Também me lembro que quando ela citou que o ex-companheiro tinha uma namorada que ela falou com tom de “raiva” e a denegriu como “doida”. Cogitei que ela ainda se sentia presa a ele (VD 4).

Tudo indicava que Bertha acabava mantendo a filha nº2 (PCD) nas mesmas amarras e não a protegia ou até a culpasse pela separação (M. L. D. E. Scarparo, 2008). Pensava-se que,

além do desgaste no cuidado, a raiva permeava a relação e a fizesse se queixar um tanto mais da filha nº 2 (PCD). Não intencionalmente, mas inconscientemente (Kahn, 2013) cogitou-se até que ela poderia submeter tal filha a outras desproteções como a violência verbal e psicológica. Seria necessário então, ouvir o que estava por trás da imagem de usuária para se efetivar a proteção, conforme já ressaltado no estudo de Albuquerque et al. (2016) e demonstrado no fato clínico:

Lembro que comecei a me preocupar com a desproteção no cuidado, no sentido de a mãe não ter “paciência” e poder gritar com filha nº2 (PCD). Ela sempre falava como se filha nº2 (PCD) não quisesse fazer as coisas, ora era teimosa, ora preguiçosa. Fazia um julgamento moral sob a filha e, por vezes, parecia esquecer que ela tinha deficiência (VD 7).

Além disso, a dupla técnica continuava a se preocupar com a constante permissão do pai em visitar a filha nº2 (PCD). Sabia-se que não havia impedimento legal para tal, mas não se sentia uma proteção materna, tal qual ressaltado por C. P. França et al. (2018). Por isso, realizaram-se articulações para o devido processo legal de pensão, de forma que Bertha passasse a receber o valor em juízo, em conta bancária e não na porta de sua casa, o que de fato era seu direito (MDS, 2011). Deixou-se claro para Bertha que o objetivo maior era proteger a filha do pai e que, caso isto continuasse, outras medidas seriam acionadas, uma vez que, o MP foi informado da situação.

Surpreendentemente, Bertha foi se fortalecendo e demonstrando vínculo com as técnicas, pois toda vez que se sentia ameaçada ou com dúvidas entrava em contato. Rapidamente o processo de pensão foi deferido e Bertha viu-se amparada, bem como, as ameaças cessaram. Não obstante, a filha nº2 (PCD) acabou sendo protegida, pois o ex-companheiro não frequentava mais a casa para pagar a pensão e Bertha passou a falar dele, com raiva, e não mais da filha assim. Bertha começou a ficar irritada pela falta de

pagamentos e por ouvir boatos de que ele havia parado de trabalhar para não pagar pensão. Ela se incomodou com a ligação da ex-cunhada, que suscitava que se ela morresse, o pai assumiria os cuidados da filha e não queria mais retomar a convivência com estas pessoas.

Por sua vez, o ex-companheiro nunca se manifestou, possivelmente, percebeu que uma instância maior monitorava a família e não “bateu mais em sua porta”. Bertha e sua filha nº 2 (PCD) não estavam mais à mercê de suas manipulações, mesmo que a dupla técnica nunca tenha realizado nenhum contato ou atendimento direto com ele. Acredita-se que via transferência positiva, Bertha se apoiou em outras duas mulheres para barrar a repetição de violência (Kahn, 2013). Antes ela só tinha referência de homens, machistas, agressivos, alcoolistas e não se sabe como haviam sido seus outros modelos de referência durante a vida. Ela nunca abriu como era sua mãe, seu pai, nem como foi cuidada ou protegida, por isso cogitou-se que as fragilidades relacionais e materiais eram transgeracionais (Käes, 2014).

Quanto a outros tipos de desproteções, no caso de Lélia, foi se observando que a fragilidade relacional culminava na negligência do filho nº1 (PCD) (MDS, 2011). Notava-se a higiene pessoal precária, supervisão cotidiana frágil bem como, escassez de contato e estimulação. Eram fortes os indícios de fragilidade de vínculo, já que, notava-se pouca afetividade, atrelado ao histórico dele ter crescido com a avó materna. Levantou-se no relato familiar, que tal avó submetia o filho nº1 (PCD) a violência física e cárcere privado (ele ficava trancado, sem nenhum contato e se precisasse de repreensão lhe era aplicado). Inclusive, hipoteticamente, a situação de desproteção com a mãe era um tanto menor, mas mesmo assim se repetia por gerações (Käes, 2014).

De fato, Lélia assumiu os cuidados do filho nº1 (PCD) somente após o falecimento desta avó e antes não mantinha convivência. Não obstante, existiam relatos na rede intersetorial de que os remédios eram administrados de forma irregular e que com frequência o filho nº1 (PCD) ficava sozinho na casa. Esclarece-se que o atendimento de suas

necessidades era primordial pois, ele tinha convulsões e seu nível de dependência poderia ser intensificado se não medicado. Inicialmente, como meio de proteção social tentou-se garantir a inclusão do filho nº1 (PCD) em um Centro Ocupacional que ofertava atendimento diário especializado para pessoas com deficiência, porém, houve certa resistência da mãe, justificada pela necessidade de ela acompanhá-lo no transporte.

Quanto à negligência, logo na segunda visita domiciliar, lidou-se com o fato de encontrar o filho nº 1 sozinho no terreno como pode ser visto no fato clínico a seguir:

Ele estava embaixo do sol, andando pela terra. Por sorte, pouco tempo depois o filho nº 4 chegou da escola e pudemos ir embora. Afinal, se ninguém aparecesse teríamos que acionar algum órgão de proteção e isso dificultaria ainda mais o estabelecimento de vínculo. Neste dia, ficou clara a insuficiência de cuidados, já que, literalmente o filho nº 1 (PCD) ficou trancado para fora de casa (VD 2).

Já quanto à administração dos remédios, justamente como a rede de serviços havia adiantado, em outra visita domiciliar no fato clínico abaixo detectou-se:

A problemática central foi a falta de medicação e a negação de Lélia a respeito. Era nítida a limitação de Lélia em oferecer proteção mesmo diante de situações de risco iminente de morte. Lembro que a fragilidade de vínculo foi se tornando mais eminente e aquela sensação de cuidado “desplugado” da tomada maior. Aquela impressão de que Lélia não tinha noção lógica de como proceder (VD 3).

A Assistente Social explicou do fluxo da ambulância e que caso ela ficasse sem o filho nº 1 (PCD) ficaria sem o benefício. Nessa hora lembra-se que a técnica a explicava racionalmente a importância do uso dos remédios e do socorro, mas ela parecia não apreender e não via motivo para toda aquela “falação”. Teve-se a sensação de que não era intencional porque racionalmente não sabia o que eram “condições ambientais adequadas” nem uma “maternagem suficientemente boa” (Winnicott 1987/2002, p.80). Então, a psicóloga-

pesquisadora sentiu a necessidade de ser mais categórica: “se ele morrer, o dinheiro acaba”. Não se falou isso no sentido pejorativo, mas sim objetivo, pelo simples fato de que ele representava uma vantagem para a família: sobrevivência.

Aquele filho tinha um lugar ali, ela só não sabia, mesmo que não fosse afetivo, era material. Percebeu-se que Lélia não se preocupava com o mal-estar do filho nº 1 (PCD), porque ela não tinha modelo de relação para ter esse tipo de afetação, já que os indícios apontavam para um desamparo transgeracional no cuidado (Freud, 1927/1996; Kães, 2014). Sinceramente, como expressou no fato clínico, talvez “ela não soubesse o que era afeto, ela mesma aparentava não ter autocuidado, ela não me aparentava ser sensível a suas próprias demandas, sofrimentos, sonhos, enfim, acho que ela não se via então como poderia ter afeto por outros?” (VD 3).

Contudo, ela precisava entender que, para além da morte, outras consequências viriam. As falas controversas de Lélia foram ficando nítidas e evidenciaram duas facetas: a limitação cognitiva/instrucional e a relacional. Por isso, combinou-se uma visita institucional ao Centro Ocupacional e, mesmo vendo tais limitações, as técnicas a acolheram e ofereceram o apoio necessário (MDS, 2011). Retomaram que o objetivo não era tirar seu filho, uma vez que a institucionalização era o último recurso. Porém, deixou-se claro que era preciso aparecer uma outra forma de cuidado e de convivência, visto que havia a insistência da negligência, logo desproteção à pessoa com deficiência (MDS, 2011).

Infelizmente, cerca de um mês depois, recebeu-se a notícia que a desproteção se arrastava, pois a Unidade Básica de Saúde (UBS) realizou uma visita domiciliar não agendada e detectaram o filho nº1 (PCD) convulsionando. Prestaram todo o socorro necessário e descreveram que Lélia não se sensibilizou com a urgência. Ainda eram recorrentes os relatos da comunidade de que o filho nº1 (PCD) perambulava sozinho pelo distrito, pois a porteira vivia aberta e não havia monitoramento. A limitação de Lélia em

proteger se mostrava em atos como fechar a porteira a pedido do dono da propriedade (casa cedida), mas se sentia ofendida com o pedido e trancava uma, mas deixava a outra aberta.

Devido a estes riscos e o insucesso das aproximações, a dupla técnica acionou o Ministério Público (MP). Na época, foram instaurados dois procedimentos, um devido à negligência e o outro para garantir a vaga no Centro Ocupacional. Ainda, encaminhou-se a solicitação de medicamentos para a Autarquia de Saúde, além de manter estreita aproximação com os serviços da rede intersetorial para encaminhar demandas que escapavam da política social (MDS, 2011). Como era de se esperar, posteriormente, Lélia fez contato telefônico com as técnicas e expressou indignação pela denúncia. Estava nervosa, pois teve a informação de terceiros, que o caso seria enviado para o MP e que iriam “tirar o Filho nº1 (PCD) dela”.

Mencionava que Filho nº1 (PCD) tinha mãe e que somente após sua partida os serviços poderiam retirá-lo e que até então, ela era responsável por ele. Assim, aparentemente de alguma forma ela entendeu o peso da morte. A psicóloga- pesquisadora explicou a diferenciação do papel da assistência social e do MP e enfatizou as desproteções, que se evidenciaram durante o acompanhamento. Disse sobre a importância de estreitarem o vínculo, bem como, o que se esperava por proteção familiar. Já no final da conversa, Lélia se acalmou, mas continuava a expressar limitação para compreender as informações e implementar outra postura, que não colocar o filho “no lugar de tudo que resta” como “este é meu e ninguém pode me tirar” (M. L. D. E. Scarparo, 2008, p. 88).

Depois, realizou-se uma visita domiciliar e revelou-se que a respectiva dupla técnica que haviam encaminhado a situação para o MP e que em conjunto precisariam comparecer na oitiva, ou seja, foi-se transparente com a atendida como orienta (Amaro,2016). Daí então, Lélia ameaçou sair daquele endereço e questionou a lei que autorizava aquele absurdo. Explicou-se o Estatuto da pessoa com deficiência e a prioridade de proteção ao filho, pois

sem cuidado ele não existia. Lélia foi se acalmando e confessou que tinha medo de perder o filho nº1 (PCD), que permaneceria morando ali e ficou aliviada por não ir sozinha ao MP.

Contudo, no fato clínico abaixo colocado, a psicóloga-pesquisadora adverte:

Na verdade, eu vou sempre carregar algumas incógnitas: Será que toda essa reação foi devido ao MP acioná-la? Será que era uma mudança na relação ou só um mascarar pela pressão? Contudo, senti que por termos sido francas que nós mesmos acionamos o MP isso mostrou confiança e tornava o trabalho possível (VD 6).

Paralelamente, um pouco antes desta visita, a vaga no Centro Ocupacional havia sido deferida e as técnicas se colocaram à disposição de Lélia para lutar pelo transporte porta a porta, ou melhor garantir seu direito sem culpar (MDS, 2011). Sabia-se que este era um importante meio de proteção e que humanamente era desgastante fazer essa rota diariamente. Aqui se fez o desafio de articular direitos com a transferência (Dias et al.,2018) pois, embora Lélia tenha ficado nervosa por ter sido acionado um serviço judicial, foi a primeira vez que se sentiu uma expressão, um vínculo, tanto em relação aos filhos quanto em relação à psicóloga-pesquisadora. No começo ela estava indignada e não entendia como podiam tirar o filho dela, mas junto com o incômodo viu-se possibilidades de vínculo (Barreto, 2011) como constatado no fato clínico abaixo colocado:

Verbalizou: “Não tem lei”, “não tirou quando criança”, “estou acostumada com ele” e “o que eu vou fazer aqui?”. Esta foi sua forma de dizer que o amava. Pelo menos foi isso que eu entendi. Vi sua angústia. Vi sua limitação em expressar afeto na medida necessária e com as palavras corretas, mas pela primeira vez eu vi uma mãe. Não por ela expressar o medo, mas por aceitar sua presença e sentir falta em sua ausência.

Digamos que era o passo nº1 da maternagem (VD 6)

### 5.2.3 O CUIDADO: UM INVESTIMENTO E UMA ESCUTA POSSÍVEL

Assim, embora inúmeras angústias, sofrimentos, impasses e desproteções tenham perpassado a escuta, aos poucos o cuidado e o vínculo foram sendo construídos e tornaram-se possíveis (Santos, 2018; Barreto 2011). Seguindo com o caso de Lélia, apesar das limitações relacionais e objetivas permanecerem, percebia-se uma mudança positiva no cuidado e na relação com as técnicas. Era uma confusão com os remédios, seja com os horários, com a quantidade e ela alegando que usava as mesmas drogas do filho. Sobretudo, era um ganho nas tentativas e não se podia estabelecer como padrão (Merli, 2017).

Posteriormente, a UBS confirmou que Lélia realmente tinha a mesma prescrição do filho, o que, demarcou ainda mais sua limitação cognitiva, mas não apagou as viabilidades vinculares, como indica o fato clínico abaixo:

Eu senti que agora estávamos começando a conversar, a nos entender. Eu senti que eu tinha um trabalho possível. Eu senti que ela sabia que estávamos a auxiliando e não a culpando. Eu sabia que ainda tinha insuficiência de cuidados, mas ela não se eximia como fazia antes (VD 7).

Apostava-se, que se ele fosse na escola especial muitos detalhes do cuidado seriam qualificados e Lélia ia dar conta de outras coisas, inclusive olhar para si. Foi-se afastando o temor de institucionalização, como um dia, achou-se que fosse preciso para proteger e sabia-se que isto também poderia desproteger (Lemos & Neves, 2018; M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008). Reconhecia-se que o cuidado não era ideal, mas era possível. Aliás, foi-se estampando que não existe cuidado perfeito só imperfeito. Proteger para Lélia se tratava de oferecer o que ela tinha. Podia não ser muito, mas sentiu-se que ela tinha algo e que estava descobrindo o que fazer bem como, a profissional (C. R. A. Souza & Coelho, 2018).

Tratava-se de garantir o mínimo para sobreviver e conviver sem agressão, sem repetir

a desproteção (Albuquerque et al., 2016). O esforço de Lélia em fazer diferente também se refletia nos cuidados objetivos como na higiene do filho nº1. Percebeu-se um investimento por parte dela: ela o chamava, tentava, mas ele recusava. Reconheceu-se que isso era demonstrar cuidado e que ele não aceitar era reflexo de uma pessoa com deficiência que nunca tinha tido essa rotina. Via-se a realidade familiar (Amaro, 2016) e o jogo entre impotência e presença no cuidado (L. C. Figueiredo, 2007).

Neste enlace, as peças iam se encaixando e faltando menos para a psicóloga-pesquisadora. Começava-se a se pincelar a relação e a rotina com cores e movimentos como ilustra o fato clínico: “Não era um simples não fazer. Era um tentar. Era um porquê. Era um dei remédio, mas ela não sabia que era ruim em jejum. Eu chamava para o banho, mas ele não vinha” (VD 8). Ainda, ela recorrentemente passou a fazer contato telefônico com o serviço e nas visitas domiciliares falava com as técnicas de sua rotina de forma mais solta, espontânea, bem diferente do que era antes, sendo um indicativo de transferência positiva (Kahn, 2013) como segue em outro fato clínico:

Às 4 hrs da manhã ele já quer sair e às 7 hrs dorme. Ela estava tentando dar o remédio de dia e isso era um salto no cuidado. Outro pulo: Não pode gritar com o filho nº 1 (PCD) porque ele não chora, mas treme e gagueja (VD 8).

Essas falas demonstraram que ela olhou para seu filho, sentiu seu mal-estar, percebeu que violência verbal não era cuidado (MDS, 2011). Provavelmente, por saber disso é sinal que um dia gritou, mas também que viu a reação do filho nº 1 (PCD) e tendia a não repetir. Além do que, ela estava falando com a profissional, contando sua intimidade. Construía-se um vínculo ali e a psicóloga-pesquisadora respeitava isso e começava a vislumbrar uma mãe “suficientemente boa” (Winnicott, 1987/2002), conforme descrito no fato clínico abaixo:

Se o filho nº1 (PCD) estava sujo, eu começava a entender. Se ele estava queimado de sol, eu começava a entender. Se ela não acertava em como fazer o cuidado, eu

começava a entender. Eu notava uma mãe que fazia tentativas ao exercer os cuidados ao filho, diferente daquela que antes parecia estar ausente (VD 8).

No mesmo movimento, Nísia ao falar estampou o seu esforço “em fazer um cuidado diferente. Em ser uma mãe diferente. Não que ela percebesse isso, o que ela se queixava era do cansaço. Um desgaste por todo esse esforço e rotina” (VD5). Neste sentido, Nísia foi apresentando uma melhora no cuidado dos filhos e no vínculo com as profissionais. Desde a primeira visita domiciliar, sentia-se que as insuficiências não eram intencionais, mas sim relacionais e em alguns fatores reais, como possuir muitos filhos, residir afastada, ausência de rede de apoio, carência material, fluxo da rede intersetorial fragmentada, etc.

Ao longo dos fatos clínicos vivenciados nos atendimentos, se percebia “um avanço no desenvolvimento das crianças. Que seja o fato do filho nº 4 passar a conseguir dormir sozinho e usar o banheiro” (VI 6). De forma ampliada, notava-se uma diferença na postura de Nísia ao falar dos filhos, era como se ela estivesse mais próxima e ligada a eles. Não eram falas automáticas ou duras. Não era um só responder. Era um sentir na carne, na pele, no osso. Era um querer brincar e sorrir com eles, assim como M. L. D. E. Scarparo (2008) relata que “escutar como se dá o exercício das funções parentais e quem efetivamente as exerce, pode passar pela observação da brincadeira das crianças” (p.59), de forma similar ao que consta no fato clínico a seguir:

Lembro dela explicando uma brincadeira que fazia com eles. Era algo de recortar e montar. Ora ela ajudava os filhos a reconhecer a letra do seu nome, ora montava histórias. Lembro que citou como cada filho brincava e que o filho nº 5 precisava de mais ajuda. Senti uma certa alegria nela ao referir esses momentos. Novamente percebia seu esforço em ser uma mãe diferente (VD 8).

Para ilustrar ainda mais, a escuta possível em um atendimento domiciliar e a imprevisibilidade das oportunidades para além das dificuldades, segue um fato clínico

vivenciado com Eliane. Na quarta visita domiciliar, ela demonstrou toda sua capacidade de falar, se vincular e tornar a casa o *setting* terapêutico possível (Reichel & Benetti, 2008).

Cordialmente, nesta visita domiciliar ela pediu que a psicóloga-pesquisadora se sentasse na beira de uma cama e acenava com as mãos para que ela ligeiramente se acomodasse.

Parecendo uma expressão figurada para se “ajeite que hoje vou despejar”. Nesse dia, ela falou mais profundamente de sua história e de seus desgastes, incluindo a dos filhos e do uso das substâncias psicoativas. Foi quando ela discorreu sobre a realidade da qual ela anteriormente não dava conta de admitir e, no final daquele fato clínico, foi possível destacar:

Verbalizou que fazia questão de nos dar um presente. Eu nunca aceitei presentes ou comidas, mas nesse dia nem hesitei. Seu tom de voz, seu gesto e o que aquilo representava a ela eu entendi o peso. Sei que estava bem perto do Natal, mas eu senti que ela me deu como pagamento daquele atendimento. Me lembrei quando eu ganhava desenhos das crianças nos atendimentos psicológicos. De fato, aquele foi um atendimento mais particularizado e mais longo, somente meu e dela. Eu senti que representou algo a ela e a mim. Eu fiquei com o guardanapo que ela mais gostava: o da galinha desenhada com o bordado amarelo. Por muitos anos eu o usei e sempre me lembrava que este pagamento valia mais que dinheiro. Valia investimento de escuta. Cada um oferece o melhor que tem. Ela ofereceu o que sabia produzir e o que tinha de bom (VD 4).

Confirmando esta percepção na próxima visita, Eliane permaneceu sendo receptiva com a dupla técnica e espontaneamente disse positivamente sobre a escuta feita no atendimento anterior: “foi bom o atendimento, não tive mais crise” (VD 5). Nesta perspectiva, a psicóloga-pesquisadora esteve atenta ao significado do convite como uma esperança de aproximação e vinculação (Reichel & Benetti, 2008) e assim como Khouri (2017), permitiu-se lançar mão de outros recursos para semear o campo clínico incluindo os

artesanatos produzidos pela atendida. Ao longo do acompanhamento Eliane continuou abrindo mais alguns aspectos pessoais e familiares, mas não conseguia se mover do lugar de sofrer, nem delegar o cuidado a terceiros, muito menos manter a frequência na escola do filho nº7 (PCD).

Entretanto, as técnicas nem batiam mais nessas teclas, afinal não se sabia ao certo o lugar que estas situações ocupavam em sua vida real e psíquica. Cabia a Eliane a história da repetição e à psicóloga-pesquisadora manter a postura reservada (L. C. Figueiredo, 2007). Assim, a psicóloga-pesquisadora dava conta de ouvir e suportar a enxurrada de ansiedade e desorganização externa e interna que Eliane despejava sobre ela. Sempre que possível, acolhia, orientava e/ou facilitava o acesso, mesmo que ela raramente desse conta de internalizar ou implementar algo. Afinal, o papel do profissional é manter-se atento e vivo (Winnicott, 1987/2002). O excesso pode ser transformado em peso ou potência, cabe ao profissional lidar com os limites e balancear os ideais para transformar isso em arte (L. C. G. Silva, 2022).

Na verdade, a escuta e a clínica possível nos atendimentos domiciliares se desvelaram nos detalhes, nas pequenas nuances, não nas mudanças gritantes. A clínica possível se moldou no vínculo transferencial, na abertura das palavras, na repetição de alguns fatos clínicos e na flexibilidade da intervenção (Khouri, 2017; Quinodoz, 1994; Vollmer, 1994; Freud 1912/2020). Na maioria dos casos, as famílias da assistência social permanecem nas mesmas mazelas sociais ou até caem em outras parecidas (Albuquerque et al., 2016). A psicóloga-pesquisadora teve que encontrar os limites, lidar com a frustração, mas também apurou as frestas e as potencialidades (C. R. A. Souza & Coelho, 2018).

No caso das mães que residem na região rural, a distância, a carência de serviços e de renda (R. G. Reis & Cabreira, 2013) não puderam ser resolvidas pela psicóloga-pesquisadora, mas nem por isso a percepção de como isso rebatia e dizia sobre a realidade familiar, social e

psíquica foi apagada (R. A. Lima et al., 2019). Por exemplo, no caso de Rose, o isolamento permaneceu. Não existe milagre para mover montanhas físicas e nunca se deve tratar de determinar o melhor local de moradia para as pessoas (Santos, 2018). Até mesmo porque, nem sempre a zona urbana garante melhor condição de vida como demonstrado com Maria e o estado continua a fechar os olhos para as demandas da população mais empobrecida como Freud (1918/2020) um dia previu.

Então coube à psicóloga-pesquisadora aumentar as “lentes” e os “ouvidos” (Amaro, 2016, p. 83), para entender que o isolamento geográfico, não era de todo ruim, uma vez que foi a forma que a família encontrou para sobreviver e cuidar do filho com deficiência. Esvaindo os pré-conceitos, alguns temores transformaram-se em uma escuta clínica possível (Quinodoz, 1994; Vollmer, 1994) e mostraram o funcionamento psíquico e a simbiose de Rose para com o filho como segue no fato clínico:

Percebi que ela alimentava alguns medos como a “onça” que ficava no mato para não sair de casa. Aos poucos fui vendo que ela se isolou em seu próprio mundo, pensamentos e crenças. Entretanto, pela sua fala eu senti uma nuance, uma vontade velada de ver o mundo de novo, de sair, de vender queijo, de plantar e conversar com a vizinha (VD 2).

Por esta percepção, a psicóloga-pesquisadora enfatizou a importância destas atividades e de que, em alguns momentos, ela precisava se separar do filho nº1 (PCD) e pedir apoio aos demais. Nesta aposta na visita posterior, a sensação de vínculo construído com a profissional e a busca para romper o isolamento permaneceram. Rose foi dizendo da vontade de produzir e ter renda. Abriu que antes perambulava pelo distrito vendendo seus queijos e que todos a queriam bem por ser considerada “benzedeira”. Disse que conversava com todos e sorria enquanto falava isso. Parecia que aos poucos ela estava voltando ao mundo real e querendo se afastar da simbiose. Era uma pulsão de vida querendo voltar, mesmo que oculta

em plantar.

Coloca-se isso, pela animação que Rose disse à psicóloga-pesquisadora que poderia usar o terreno cedido do vizinho. Neste ponto, continuava-se notando o estreitamento de vínculo com a técnica e Rose lutando para dissipar os traços da simbiose com o filho. Era um passo a passo. Um solta e larga gradual. Em parte, notava-se um avanço por ela alegar que o filho nº1 (PCD) estava mais calmo e que não precisava ficar trancado no quarto. Mas, por outro lado, sentia-se que ela não sabia se separar dele e do cuidado que ele exigia. Essa era sua forma de ser mãe “suficientemente boa” (Winnicott, 1987/2002).

Sendo assim, constatou-se nessa categoria que existe um cuidado possível, singular, não ideal, não prescrito, não rotulado (Barreto, 2011; Boff, 2005). No caso de Rose, o isolamento era na mesma proporção externo/real e interno/psíquico, mas ela demonstrava condição de falar, se vincular e de se desprender um tanto da simbiose e fazer um cuidado mais aberto e livre. A escuta que revelou uma relação potente, tanto com o filho como com a psicóloga-pesquisadora, afastou o entendimento do isolamento como desproteção social (MDS, 2011).

Já no caso de Lélia ficou nítida a fragilidade relacional e a negligência nos cuidados, o que cobrou uma intervenção imediata das técnicas. Entretanto, tudo indicava que ela não tinha consciência lógica de como proceder, ainda mais, se analisarmos que o histórico transgeracional indicava tal insuficiência. Nesta situação, devido ao risco iminente de morte, tornou-se necessário acionar o MP e reivindicar o apoio de um Centro Ocupacional. Surpreendentemente após estas ações, a desproteção do filho nº1 se atenuou e o vínculo de Lélia com as profissionais se fortaleceu.

Similarmente, no caso de Nísia, a desproteção social indicava um tanto de negligência, já que, inicialmente a denúncia era a de que o filho nº5 (PCD) havia perdido o atendimento no centro de especialidade de autismo pelas ausências e que o filho nº4

aparentava atraso no desenvolvimento, mas faltava no Centro de Educação Infantil (CEI). Contudo, o que não se levava em conta era o próprio desencontro do fluxo intersetorial e a negação inconsciente desta mãe diante da deficiência. Nestes casos, potencialmente, ao se acompanhar Nísia nos atendimentos em Saúde pode-se favorecer o acesso e minimizar os danos da negação, como aconteceu com o diagnóstico do filho nº4 (PCD) e a observação preventiva do filho nº6 frente a um possível transtorno de desenvolvimento.

Por outra via, a busca de Carolina em entender o que a filha tinha, não foi sanada com a ida até a consulta médica. Na época, as técnicas consideraram que Carolina apresentava condição de levar a filha sozinha, uma vez que era autônoma, comunicativa e desejava tal avaliação, porém, erroneamente não se previu o comportamento de agitação da filha. Evidencia-se assim, a ponderação entre a presença implicada e a reservada, diante das particularidades destes dois casos e que a vaidade técnica não imperou (Santos, 2018; L. C. Figueiredo, 2007). Mesmo assim, deve-se pontuar como positivo o acolhimento da equipe de saúde para com Carolina, a qual verbalizou e tomou esta atitude como aliviadora diante do mal-estar da “via sacra” e mostrando a potência do trabalho intersetorial (MDS,2011).

Ainda se tratando da avaliação em saúde, pontua-se o quanto se tornou importante a análise refinada do CAPS diante de Bertha, uma vez que, apesar do dito pela mãe, compreenderam que não se tratava de medicar ainda mais a filha nº1 (PCD). Sendo assim, as articulações e encaminhamentos com a rede intersetorial surtiram efeitos positivos e foram importantes mecanismos de proteção inclusive, com o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) que aceleraram o acesso do filho nº 1(PCD) de Lélia ao Centro Ocupacional e ao transporte porta a porta.

No caso de Nísia e a suspeita de que a filha nº2 sofresse violência sexual foi realizada uma discussão de caso com a rede intersetorial e a devida notificação. Os serviços responsáveis realizaram as visitas domiciliares e as avaliações cabíveis, as quais não se

sobrepuseram ao acompanhamento da psicóloga-pesquisadora, tanto pela postura assertiva dos demais profissionais, bem como por ter sido demarcado o objetivo do acompanhamento como frisado por (Amaro, 2016). Ademais, em se tratando do encaminhamento para o MP, percebeu-se que o fato das técnicas abrirem o jogo diante da notificação e se manterem na postura recomendada pela Política de Assistência Social, o trabalho e o vínculo se tornaram possíveis (MDS, 2011).

Entretanto, apesar da devida intervenção ao adentrar os casos que envolviam a suspeita de violência sexual, como os de Bertha e Nísia, a postura de negação mantinha-se evidente. Bertha até tentou camuflar em seus relatos de desgaste pelo cuidado, a negação e a culpa que embutia na filha n<sup>o</sup>2 pela suposta violência sexual. Entretanto, aos poucos demonstrou seu sofrimento e postura permissiva diante da presença do ex-companheiro na casa. Neste caso, envolver o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) para garantir a pensão paterna à filha n<sup>o</sup>1 (PCD) e a vinculação estabelecida com a mãe mostraram-se como recursos válidos de proteção (MDS, 2011).

Já no caso de Nísia, desde o início ela aparentava delegar um outro lugar à filha n<sup>o</sup>3 simplesmente pelo fato dela ser mulher. Ela não conseguia enxergar a necessidade desta filha de afago, cuidado, proteção e durante o decorrer do acompanhamento, não conseguiu sair da postura negacionista a respeito. Claro que, coube aos órgãos competentes a averiguação, mas o que se percebeu foi a distância afetiva diante da suposta necessidade de proteção da filha (C. P. França et al., 2018). Curiosamente, ao se fazer esta análise, certas sensações decorrentes do fenômeno contratransferencial voltaram de forma intensa, tal qual apontado no estudo desenvolvido por Minerbo (2020). Dentre elas, a de que a postura de barreira e de negação de Nísia não dizia necessariamente respeito aos fatos dos filhos, mas sim dela (Freud 1912/2020).

No caso de Bertha, havia a impressão de que ela disputava a atenção do ex-

companheiro com a filha nº2 (PCD). Na verdade, de forma inconsciente sentia-se que ela ainda esperava receber algo daquele ex-companheiro e que a filha nº2 (PCD) era quem não permitia. Acreditava-se que por isso, contratransferencialmente, a emoção de raiva era experienciada (Minerbo, 2020). Obviamente que nem Nísia nem Bertha nunca chegaram a abrir tais questões e, certas incógnitas e hipóteses, a psicóloga-pesquisadora levará consigo. Existem buracos que é melhor não cavar até que a própria pessoa te dê a pá. Afinal, as políticas públicas não são boas em tapar buracos, que dirá se isso refletir traumas antigos (Freud 1926/1996). Além do que, o próprio inconsciente prega peças e não padroniza respostas (Kahn, 2013).

Sobretudo, nos atendimentos domiciliares, foi preciso reconhecer a realidade de cada mãe, de cada filho, de cada família, de cada território paulatinamente (MDS, 2009). Foi necessário encontrar os fios que sustentavam estas pessoas à vida para além da dor e da pobreza para se estabelecer a transferência (J. Broide, 2015). Foi possível constatar que cuidar é de fato desgastante, exige um cuidado objetivo, palpável, visível e um tanto relacional, subjetivo, quase que invisível à terceiros. Estas mulheres tinham uma árdua tarefa a desempenhar: sustentar uma relação de carne e osso que era essencialmente imperfeita (Winnicott 1987/2002) e não havia outras pessoas para dividir o peso de cuidar de outra vida.

Excepcionalmente, no caso de Carolina, até existia familiares e vizinhos, mas mesmo assim ela não se autorizava a delegar o cuidado. Possivelmente, inconscientemente considerava que ela própria precisava do submetimento ao sofrer (M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008). Mesmo sob o desgaste, Eliane também mostrou uma postura submissa ao ato de cuidar, como se ela merecesse este lugar e tivesse um ganho secundário com o sofrer (Scarparo & Poli, 2008). Ela parecia querer manter a visão de mãe ideal, e de certo modo, negava a repetição transgeracional da violência doméstica e dependência química dos filhos (Käes, 2014).

Não equivocadamente, Eliane nunca deu conta de falar da sua história particular a respeito, como haviam sido seus companheiros, como recebeu e exerceu a maternagem, entre outros fatores relacionais. Já Bertha não dava conta de dizer literalmente que a relação com a filha era um peso e que queria deixar o cuidado, mas se expressava de forma contrária e irracional (Kahn, 2013) através dos termos dos termos “ela é muito grudada” e “teimosa” quase que como “a culpa é dela”. Não à toa, os remédios passaram a ocupar o espaço privilegiado de “falso santo milagreiro” com a filha nº2 (PCD) de Bertha e com o filho nº7 (PCD) de Eliane. Entretanto, as drogas não conseguiram tamponar as fragilidades relacionais, os desamparos (Freud, 1927/1996) e os sintomas que seus filhos e ambas vivenciavam.

Ainda não se tratou de julgar casos como o de Maria e de Nísia, que devido ao desgaste, desamparo e sobrecarga acabavam delegando o cuidado e alguns afazeres aos filhos adolescentes, o que por si só poderia ser considerado outra desproteção social (MDS, 2011). Estes filhos, por sua vez, mostravam-se passivos diante deste pedido materno, pois assim, hipoteticamente conseguiriam receber o amor do sexo oposto e disfarçariam o ciúme da atenção que os irmãos com deficiência recebiam (Freud, 1900/1996). Ademais, Eliane e Nísia mantinham a expectativa de se mudar de casa para "magicamente resolverem suas questões", mas acabavam repetindo a história de desproteção e desgaste (Albuquerque et al., 2016).

Imersas nesse mundo de desamparo, desgaste e desproteção, as mães adoeciam no corpo e na mente. Maria tinha uma suposta depressão. Eliane tinha uma ansiedade que disparava sintomas físicos. Rose pensamentos místicos como explicação do sofrimento. Carolina apresentava um zumbido que não tinha explicação médica. Nísia foi ficando cada vez mais emagrecida e com dor nos dentes. Lélia usava o cigarro como alívio. Bertha precisou de psicotrópicos para se acalmar. Porém, mesmo assim, elas falavam e a psicóloga-pesquisadora ouvia, e em todos os casos foi possível construir o *setting* e uma escuta clínica, a partir da relação transferencial estabelecida entre a díade psicóloga-mãe.

Assim, embora com nuances diversas, os fatos clínicos, presenciados nos atendimentos de cada mãe, apresentavam uma certa constância e repetição, contemplando a ideia de Quinodoz (1994) de que os fatos clínicos psicanalíticos podem ser comparados às ondas do mar. Os fatos clínicos, como as ondas, foram e voltaram com aparência semelhante e ao mesmo tempo diferente, mas mantiveram certa repetição ao longo dos atendimentos domiciliares que revelaram aspectos do funcionamento psíquico das mães através da transferência e contratransferência.

### 5.3 A VISITA DOMICILIAR: A ESCUTA FINAL ÀS MÃES

Esta categoria representa as sensações da psicóloga-pesquisadora na visita domiciliar, para coletar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já se coloca então que nenhuma das mães se incomodou nem com a visita, nem com a pesquisa e pelo contrário, aparentavam querer falar de si e se recordavam da psicóloga-pesquisadora, mesmo após três anos da interrupção do atendimento. Aliás, naturalmente para elas pareceu que se tratava de “atender” e não “pesquisar”, endossando as distintas formas de recepção, demandas e relações de cuidado captadas desde a escuta inicial.

Após cada última visita domiciliar, foi feito um relato pela psicóloga-pesquisadora e os devidos repasses para as técnicas responsáveis pelo acompanhamento. A decisão de acrescentar estes relatos se deu posteriormente, espontaneamente, devido à riqueza dos relatos e das observações, que vieram a endossar os fatos clínicos já mencionados nas categorias acima. Ademais, esta categoria de “escuta final às mães” traduz a imprevisibilidade da pesquisa com o método de pesquisa psicanalítico e que seu objeto somente se dá a posteriori (C. M. Silva & Macedo, 2016; Dallazen et al., 2012; Poli, 2008). Com fins de exemplificar isso, assim como na primeira categoria, foram contemplados trechos singulares de todas as mães (7).

Iniciando por Nísia, ela havia se mudado de endereço e havia ido para um sítio mais afastado. E assim, como no decorrer do acompanhamento, ela foi receptiva, mas não à vontade para permitir que a psicóloga-pesquisadora adentrasse na casa, como vivenciado no fato clínico: “Foi uma visita prazerosa, notei Nísia receptiva, aberta, disposta a falar, mas ainda deixava transparecer um “segredo”, algo que eu não podia adentrar (que seja a casa)” (VD TCLE). Isto foi ainda mais perceptível, pois ela já tinha duas cadeiras na varanda esperando, as arrastou para se sentarem e fez uma fala preocupada com a higiene do

ambiente. A cadeira de Nísia ficou de frente à porta e a da técnica de costas, ou seja, não se tinha visibilidade para o interior da casa e a impressão era a dela ser a “guardiã da entrada”. Entretanto, após se acomodarem, disparou a falar e relatou sobre os filhos. Aliás eles estavam presentes e foi possível observar a convivência e o desenvolvimento destes.

No caso do filho nº6 foi visível seu atraso no desenvolvimento e a dificuldade na socialização. Nísia se queixava que ele era “maldoso”, que havia matado cinco gatos e “judiava” dos irmãos enquanto dormiam. Citou uma situação em que a filha nº3 estava cozinhando e o filho nº6 colocou o talher no fogo, segundo ela, intencionalmente e a queimou. Então lhe foi questionada sua dependência afetiva e de cuidado, e Nísia me respondeu que o filho nº6 dormia com os genitores, mamava no seio, não ia ao banheiro sozinho e à noite tinha muito medo do escuro. Quanto ao acompanhamento que fazia no serviço de saúde para prevenção do transtorno de desenvolvimento, Nísia alegou que havia sido desligado. Ademais, percebeu-se que os filhos que não possuíam deficiência (nº2 e nº3) continuavam na função de auxiliar Nísia nos cuidados e ser seu ideal possível de realização.

Sendo assim, no caso de Nísia vários fatos clínicos tornaram-se repetitivos, assim como apontado por Quinodoz (1994). Primeiramente a sensação de barreira, por ela não autorizar a psicóloga-pesquisadora a entrar na casa. Sabe-se que entrar na casa pode representar uma intromissão à privacidade e passar dados que não são transmitidos pela fala. No caso de Nísia não entrar no espaço físico parecia simbolizar uma defesa contra o vínculo terapêutico (Khouri, 2017; Amaro, 2016). Ainda, ressalta-se como a observação apurada e a postura flexível (Amaro, 2016) da psicóloga-pesquisadora favoreceram a coleta de informações e a aproximação com Nísia. Ao entrar em contato com alguns detalhes, relatados por ela ou percebidos ao longo da visita, foi possível constatar que a dificuldade daquela mãe em lidar com a deficiência dos filhos e a sensação dela em ser “invadida” permanecia e por isso, o isolamento era vantajoso (Góes, 2006).

No caso de Bertha, ela permanecia com o perfil poliqueixoso e com necessidade de falar de suas questões, tanto que, interrompeu a explicação sobre o assunto da pesquisa para se queixar do comportamento da filha nº2 (PCD). Segundo ela, há cerca de um ano a filha nº2 (PCD) havia iniciado compulsão alimentar e há seis meses agitação e agressividade. Quando questionada se algo tinha mudado na rotina, ela negava. Disse que até havia solicitado às técnicas responsáveis pelo acompanhamento, que acionassem a escola para pedir o retorno escolar. Nisso, a filha nº2 (PCD) acordou e se sentou na outra cadeira, sonolenta, não esboçava uma palavra. Estava com uma boneca na mão, a qual ela chamava de Laura. Bertha iniciou outra queixa, mencionando que ela não deixava a boneca por nada e continuava fazendo xixi na cama.

Questionado se ela ainda estava usando medicação para isto, respondeu que sim. Depois, comentou que a vizinha da frente (de quem são muito próximas) tinha tido filho há um ano e a filha nº2 (PCD) queria ir lá o tempo todo. Possivelmente, a filha nº2 (PCD) estava expressando uma regressão pela chegada do bebê e Bertha continuava não captando os aspectos subjetivos e ambientais, que se refletiam no comportamento da filha. Ainda, Bertha mencionou que gostaria de providenciar um termo de doação em vida da casa, já que o irmão ficaria responsável pelos cuidados da filha nº2 (PCD) após sua partida. Notou-se em Bertha uma sobrecarga, um sofrimento em exercer a função materna e a necessidade de regularizar a casa como um meio de delegar o cuidado. Não à toa a vivência de um fato clínico, estampou: “senti cansaço após este atendimento e senti um sofrimento maior do que quando eu a atendia. Será que antes eu não via a intensidade devido ao perfil poliqueixoso?” (VD TCLE). Deste modo, o perfil poliqueixoso de Bertha se arrastou até a última visita e gerou desgaste na psicóloga-pesquisadora, sensação que possivelmente foi decorrente de questões contratransferenciais (Minerbo, 2020).

Já Lélia, diferente do início do acompanhamento, foi muito receptiva, mas como antes

sua voz continuava rouca e havia cheiro de cigarro. Ela aparentava estar mais feliz e calma. Quando o carro parou, entusiasmadamente, ela foi para a varanda e demonstrou ser uma boa anfitriã. Naquele momento, também considerado como um fato clínico, a psicóloga-pesquisadora refletiu e pode constatar: “Será que eu tinha construído todo esse vínculo e não percebi a intensidade?” (VD TCLE). Lélia sentou-se confortável em seu sofá e acomodou a psicóloga-pesquisadora ao seu lado. Sem perguntar, foi falando que estava bem, que gostava muito de morar ali e que o dono da propriedade era gentil e que não pretendia se mudar. A casa estava organizada, tinha cara de lar. Sobre o filho nº1 (PCD) apenas disse que ele também estava bem. A psicóloga-pesquisadora não insistiu em perguntar mais sobre ele porque ela se referiu a ele no diminutivo e com uma voz tranquila.

Quase que no final do atendimento, o filho nº1 (PCD) entrou na sala, estava calmo e aparentava boa higiene. Lélia não o repreendeu nem falou nada negativo diante sua presença. A questão do vínculo com a psicóloga-pesquisadora se evidenciou no momento da despedida, já que Lélia foi a acompanhando até a saída da varanda dizendo que poderia voltar sempre que quisesse, que sentia falta das visitas. Carinhosamente acenou a despedida com a mão, bem diferente do início do acompanhamento em que era mais ríspida, ansiosa e pouco falava. Lélia não trouxe nenhuma demanda. Notou-se que a desproteção social havia diminuído e que, provavelmente, agora Lélia estava mais aberta ao acompanhamento pelo serviço. Percebeu-se que o vínculo foi construído durante as visitas domiciliares, porém que as várias trocas de técnicas dificultava a possibilidade de que ela estabelecesse um novo vínculo.

Isso demonstrou que nunca se sabe quando a transferência vai acontecer, mas com calma ela pode aparecer (A. C. Souza et al., 2015) e colaborar para que a desproteção possa diminuir. Vale considerar, que isso não significa que o vínculo afetivo de Lélia com o filho nº1 (PCD) tenha sido construído e/ou incrementado em função do atendimento outrora realizado, até mesmo porque se tratou, naquele momento, de uma única visita. Normalmente,

a relação vincular começa frágil e aos poucos vai se fortalecendo. Às vezes, o que se alcança é a minimização da desproteção no campo objetivo, como visto com Lélia, ao constatar a melhora no cuidado com a higiene do filho, com a organização da casa, dos remédios, permanência na escola. Não menos, houve indicativo de um tanto de investimento subjetivo como não gritar e falar seu nome no diminutivo.

Quanto a Eliane, ela estava ansiosa e com fala agitada, semelhante ao período em que era acompanhada pela psicóloga-pesquisadora. Estava morando em uma casa diferente, mas permanecia na região rural. Eliane justificou que pela pandemia do Covid -19, ele não estava indo na escola especial, que continuava agitado, conforme detectado no fato clínico a seguir: “que tudo dela era quebrado por causa do filho nº7 (PCD). Mostrou seu celular, com a tela quebrada, e disse que ele simplesmente o arremessou contra a parede” (VD TCLE). Assim, como antes também falou que não conseguia segurá-lo mesmo dando os remédios. E pelo que ela relatou continuavam sendo muitos.

A sensação de que havia algo por trás dessa sedação continuava nítida para a psicóloga-pesquisadora e por isso retomou-se que esta queixa era antiga. Questionou-se se ela tinha alguma ideia do que desencadeava esse comportamento no filho nº7 (PCD). Então ela descreveu que um dia, bem no início do seu ingresso na escola, ele voltou com as roupas sujas e alterado. Ela cogitou que algo de ruim tivesse acontecido ou que ele não se sentisse bem naquele lugar. Ela disse que falou do ocorrido com outras mães e elas acharam que isso “era coisa de sua cabeça” e achou melhor deixar para lá. Questionado se o filho nº7 (PCD) conseguiria relatar o ocorrido, ela alegou que não. Disse que ele não tem condições de falar, muito menos com desconhecidos. Foi retomado com ela que esta informação nunca tinha sido mencionada no decorrer do acompanhamento e que isto seria reportado às técnicas atuais.

Sentiu-se que isto poderia representar tanto um fato real, quanto um mecanismo de defesa a serviço da resistência de Eliane, em lidar com suas próprias demandas emocionais.

Independente disso, considerou-se positivo o fato de ela abrir esta questão para a psicóloga, já que a desproteção inicial era não levar o filho à escola. Talvez essa sua resistência representasse um ato de proteção inconsciente e não de “desinteresse e irresponsabilidade” (Merli, 2017). Aquela era a sua explicação para um mal-estar do filho e talvez, fosse de fato o dela. Além do que, ela revelar algo particular à psicóloga-pesquisadora mesmo depois de outras “mães a desmerecem” foi concebido como um voto de confiança. Ficou a impressão de que Eliane não queria intervenção, só que queria falar para se aliviar, o que mostrou a importância do vínculo e relação transferencial positiva (Kahn, 2013) estabelecida com a psicóloga-pesquisadora naquele contexto.

Ainda positivamente, neste atendimento ela relatou que o filho nº7 (PCD) “amava andar de bicicleta” e que ela tinha comprado uma usada. Diz que recentemente o pneu estragou que eles não tinham dinheiro, mas ela se apertou e consertou. Segundo ela, ele saía diariamente para andar pelo distrito e ficava mais calmo. Assim, mesmo que ela tenha se queixado da agitação e requerido mais remédios ao filho, estava tentando outra solução e mostrando seu investimento libidinal (Góes, 2006; Freud, 1914/1996). Além do que, em certa altura da visita, a filha nº2 chegou e confirmou que estava morando na frente da casa da mãe. Ela endossou a fala de Eliane quanto à agressividade do irmão, mas que ela saía para socorrê-la. Deste modo, entendeu-se que ela estava apoiando a mãe, diferente do que se via antes: Eliane sozinha na obrigação de cuidar (Mandelli, 2021).

No caso de Rose, a psicóloga-pesquisadora foi recebida pela própria mãe e surpreendentemente pelo seu esposo, uma figura que nunca foi possível conhecer durante o atendimento. Como era comum, o filho nº1 (PCD) estava dentro do quarto e não foi visto. Entretanto, Rose e seu esposo foram extremamente receptivos. Nisso a todo o tempo, como nos atendimentos domiciliares, Rose permaneceu ao lado da psicóloga-pesquisadora encostada em um pilar. O marido ficou na porta da cozinha e insistia para que a psicóloga-

pesquisadora entrasse, e Rose também, porém percebeu-se ele como sincero e ela envergonhada. Por isso, avaliou-se que naquele momento não cabia a intromissão de entrar, primeiro porque se tratava de uma visita para a pesquisa e em segundo, porque poderia quebrar o vínculo construído com Rose. O convite teria que vir no tempo dela, não no de outros. Os convites também refletem fenômenos inconscientes (Reichel & Benetti, 2008). Além do que, no decorrer do acompanhamento não foi identificada gravidade na desproteção e, entrar, poderia representar mais curiosidade do que profissionalismo (Amaro, 2016).

Confirmando isso, falaram que o filho nº1 (PCD) estava mais tranquilo pela adequação das medicações e a única demanda apresentada foi a de aposentadoria do companheiro de Rose. A falta de acesso à renda continuava, um panorama comum na região rural (R. G. Reis & Cabreira, 2013). Não por isso, em alguns momentos Rose chorou, se emocionou. O marido brincou e disse que ela era “assim mesmo, chorona”, e ela confirmou. Deste modo, voltou-se a perceber em Rose o seu retraimento antigo, sua vergonha e o perfil antissocial. Aquela mãe vivia só em seu mundo e um sofrimento psíquico havia. Explicou-se que a outra dupla técnica continuaria os acompanhando e que a demanda de informações sobre a aposentadoria seria repassada.

Gentilmente, Rose foi acompanhando a psicóloga-pesquisadora até a saída e, pela primeira vez, fez questão de abrir a cerca que contornava a saída da varanda. Parecia que ela queria retribuir de alguma forma, disse que gostava das “nossas conversas” e que a psicóloga-pesquisadora poderia “voltar sempre que quisesse”. Simpaticamente ficou segurando seus pequenos cachorros no colo, para que a técnica pudesse sair. Ela sorria e acenava enquanto o carro saía. Foi assim que se percebeu que o vínculo se construiu e que ela queria falar mais, porém, não era a mesma psicóloga que iria voltar e toda relação havia de se recomeçar. Afinal, a relação transferencial é particular, não com o serviço ou um lugar físico, mas sim com pessoas que se vinculam de formas diferentes (Khouri, 2017; Reichel & Benetti, 2008).

Ademais, foi uma surpresa encontrar o marido de Rose na casa e teve-se a percepção dele ser um homem positivo. Talvez com a devida aproximação, este homem pudesse servir como um apoio maior no cuidado e facilitar a saída da simbiose. Apesar da simplicidade e pouca instrução formal, era comunicativo e prestativo. Este foi um dos imprevistos que fizeram a visita ser rica (Amaro, 2016), pois a partir do fato clínico foi possível conjecturar “que o retraimento, a inibição e os sofrimentos diziam respeito ao perfil pessoal de Rose. Ela provavelmente, tinha pensamentos irrealis e amedrontadores” (VD TCLE) diante de fatos reais que acabaram por intensificar o isolamento geográfico e a simbiose com o filho nº2 (PCD).

A visita domiciliar a Maria foi desafiadora, visto que ela seguia morando em um assentamento rural afastado e mesmo que na saída da zona urbana estivesse sol, quando chegou-se lá o tempo virou e o imprevisto de visitar se estampou (Amaro, 2016). A psicóloga-pesquisadora havia se esquecido da distância e não bastando, três cercas foram acrescentadas antes de seu barraco. Era necessário andar um trecho a pé, no caminho sentiu-se o vento da tempestade, e via-se o céu escuro. Por isso, neste caso, a visita para a coleta da assinatura do TCLE teve que ser mais rápida, caso contrário, o carro baixo ficaria atolado e o socorro dificilmente chegaria, visto que sinal de telefone não existia. Nisso, tentou-se explicar da pesquisa, mas Maria parecia nem ouvir e coletou-se sua digital, pois ela não assinava.

Maria nem se importou com aquele mero papel, estava mais querendo falar, ou melhor, demandar. Mesmo assim, foi-lhe explicado o objetivo da pesquisa e ela disse: “que bom porque só assim para eu conseguir ser atendida” (VD TCLE), quase que retomando a queixa inicial de “eu vivo assim do jeito que você tá vendo” (VD 1) e dizendo: olha para mim. E de fato, neste atendimento, o filho nº4 estava próximo, andava e ela nem o olhava. A psicóloga-pesquisadora chegou a perguntar se ele estava bem, mas ela furtivamente

respondeu que sim e logo emendou outro assunto porque não era dele que ela precisava falar. Colocou a demanda de fazer o cartão no banco para receber o benefício assistencial, uma necessidade antiga. Ela disse que o filho nº1 foi até o banco para tentar resolver, mas que ele não conseguiu porque, assim como ela, não possuía alguns documentos pessoais.

Ela começou a chorar e disse que sua condição de vida estava difícil. O vento foi ficando mais forte e ouvia junto com sua voz a lona de seu barraco trepidar. Ela com os olhos cheios de lágrimas implorava ajuda. Estava desesperada. Pedia que as técnicas de referência a visitassem o mais rápido possível. Citou que a relação com o ex-companheiro continuava difícil e pediu fonoaudióloga para um dos filhos gêmeos. Explicou-se que esta demanda seria repassada para as técnicas atuais. O atendimento não chegou a 15 minutos e a psicóloga-pesquisadora saiu chocada com a precariedade da vida, que continuava ou até parecia ter piorado. Aquelas porteiras antes não estavam ali e eram mais uma barreira de acesso.

Em certo momento, ela disse que as porteiras foram exigência do ex-marido para cercar seu animal e ela apontou uma cabeça de gado. Quando ela disse isso, sentiu-se contratransferencialmente (Minerbo, 2020) que ela se sentia inferior, por não ter “um pedaço de carne” e ter que pedir o “leite”. Houve o impacto com a miséria e as falas repetidas. Parecia que nada havia mudado (exceto as porteiras). Maria não escrevia, não tinha documento, não tinha cartão, a miséria era real, ela dependia de terceiros para tentar sobreviver e o filho nº1 continuava sendo o “seu salvador da pátria”. Por isso, na discussão de caso com as profissionais responsáveis pelo acompanhamento, a psicóloga-pesquisadora assim relatou:

Falei que a condição de vida continuava precária e que a relação com os filhos devia ser fragilizada, bem como, que o filho nº1 ficava sobrecarregado. Conversamos sobre a questão de o filho nº4 não se enquadrar como deficiente, mas que, de fato, a situação era tão gritante que o desligamento/repasse para outro serviço seria gradual (VD

TCLE).

Sendo assim, a percepção de desamparo e de que Maria dependia de terceiros para se salvar permaneceu. A miséria material e a falta de acesso se multiplicavam. Ela era uma mulher analfabeta que sofria. Mas, para além do não escrever, não tinha documento, cartão do banco para receber o benefício socioassistencial e não conseguia colocar em palavras seu sofrimento. Ela só delegava e chorava. O seu mal-estar continuava a limitar seu investimento para com os filhos (Góes 2006; Freud 1930/1996; Freud, 1914/1996). Pelo contrário, ela que pedia apoio ao filho nº1 (PCD) e ele seguia assumindo.

E, se antes ela ficou aliviada por um dos filhos gêmeos não ter recebido o diagnóstico de deficiência, na atualidade esta realidade retornava com o atraso na fala. Considera-se que nestes casos, o ideal seria a periodicidade de acompanhamento ser curta, porém sabe-se que nas políticas públicas a cobrança pelas metas quantitativas não costuma levar estas demandas pessoais em conta (Péres & Moré, 2021; Merli, 2017; O. V Macêdo et al., 2015). Além do que, chegar no barraco de Maria exigia um dia exclusivo na agenda e uma escuta potente para dar conta de ouvir a dor sem nome (M. L. T. Moretto, 2019).

Por fim, a visita de Carolina foi uma daquelas que marcam uma trajetória profissional e escancaram a potencialidade da escuta clínica (O. V. Macêdo et al., 2015; R. F. Motta & M. L. D. E. Scarparo, 2013). Como desde o início, Carolina foi gentil em receber a técnica e insistia em oferecer café. Lhe foi explicado o objetivo da pesquisa e ela fez uma fala de aprovação dizendo que se sentia honrada. Enquanto ela assinava TCLE, a psicóloga-pesquisadora sinalizou que a percebia diferente. Ela estava radiante e confirmou. Disse que de repente tudo mudou, falava que agora sua “vida tinha cor”. Ela não sabia explicar o que tinha acarretado essa mudança, mas que agora tinha vontade de viver, fazer faculdade, aprender a dirigir.

Contextualizou que havia guardado muita coisa para si e que não havia percebido,

mas que “a cortina se abriu”, o que se pode concluir que se relacionava a vivência do trauma (Freud 14896/1996; 1926/1996). Simplesmente ela começou a contar que aos 14 anos estava trabalhando em uma propriedade rural e que sofreu um abuso sexual do caseiro, na época, com aproximadamente 50 anos. Depois deste fato, ela foi obrigada a viver com ele. Na verdade, ela foi contando a história por partes. Primeiro que casou. Depois que estava trabalhando na propriedade. Depois a idade do homem. Depois que foi um abuso. Depois que ele era casado e que ela convivia com a esposa.

Ambas eram vítimas das mais variadas violências, mais pelo seu tom ao falar e sua idade ela era a mais vulnerável (Freud 1896/1996; 1926/1996). Ela disse que esta senhora tinha “pena dela” e que elas se davam bem. Depois ela falou da gravidez e que nem em médico este homem a permitia ir e acreditava que a deficiência da filha tivesse vindo daí. Ela disse que o parto demorou muito. Ela nunca foi ao hospital. Visitas não podia receber. Ela comentou que esse homem era violento e que ela passava necessidades. Dizia que sofria por pensar que quando residia com seus pais ela tinha uma condição melhor. Que lá não lhe faltava nada. Que eles nunca a visitaram e não a protegeram.

Ela disse que certa vez ficou bem doente e uma vizinha a socorreu e a “salvou”. Ela contava tudo isso de uma maneira leve. Sorrindo. Disse que este homem veio a falecer e que ela cuidou dele por um tempo. Foi feito um acordo na justiça com o antigo patrão do ex-marido e ela ganhou a sua casa e a do lado (onde hoje mora uma filha). Comentou que não carrega mágoas, nem da sua família, tanto que cuidou por um tempo de seu pai na velhice. Ela falou positivamente dos filhos como um fruto bom. Ela brincou que poderia encontrar um homem novo e que ela era uma mulher que sabia cuidar. A psicóloga-pesquisadora comentou que o homem também deve saber cuidar e que hoje ela podia escolher. Disse que sua história poderia ajudar outras mulheres, que era grata por ela partilhar e que saberia do resultado da pesquisa. Todavia, após ouvir este relato, a psicóloga-pesquisadora, emocionada, relatou o

fato clínico a seguir:

Desta visita eu nunca vou me esquecer. Esta foi tão chocante que eu demorei para conseguir anotar os dados. Minha vontade era ter gravado, mas não tinha autorização para isso e eu perderia a espontaneidade. Ela conversava comigo calmamente e passava a mão na toalha de mesa de um jeito gentil. Eu me surpreendi porque na verdade na primeira visita domiciliar de fato eu e minha dupla não tínhamos identificado desproteção social. Afinal, a filha PCD sempre foi bem cuidada.

Entretanto eu lembro que eu falei para a minha colega assistente social que eu sentia um sofrimento em Carolina que ela não sabia nomear, nem eu, mas que era bom voltarmos.

A psicóloga-pesquisadora se lembrou do incômodo por não conseguir explicar para a outra profissional o problema específico que justificaria tal referenciamento. Contudo, esta assistente social foi sensível ao ouvir a psicóloga-pesquisadora e em conjunto sustentaram o acompanhamento. Aqui, reconhece-se a potência do trabalho multiprofissional e da clínica ampliada (Dettmann et al., 2016, G.W. Campos & Amaral, 2007; R.O. Campos, 2001), principalmente quando a outra profissional não cerceia o fazer (Afonso et al., 2012). Ainda, estas situações reforçam que em uma visita domiciliar “nem tudo é o que você vê, nem tampouco como você vê” ou ainda, “o que há para ver pode-se ocultar” (Amaro, 2007, p. 21-24). A partir disso, apostou-se na escuta e na relação transferencial.

Somente anos depois, entendeu-se o que estava por trás da angústia da deficiência da filha nº 2 (PCD): O trauma de Carolina (Freud 1896/1996; 1926/1996). De alguma forma, por ela dar conta de falar, era sinal que estava processando os conteúdos ameaçadores por ela vivenciados. Assim, a sensação no decorrer do acompanhamento, de que a filha era seu próprio reflexo se confirmou. Entendeu-se que a busca por explicar a deficiência da filha tratava de seu próprio trauma desestruturante (Favero, 2009). Cogitou-se que ela colocasse a

filha no lugar de companheira, porque ambas passaram pela mesma violência. Só elas até então, sabiam daquela história, porém em tese, somente Carolina tinha condições de falar.

Talvez, ela quisesse que a filha desse conta de compartilhar e por isso se culpava por não conseguir se comunicar com ela. A fala de Carolina ressoou os traços do desamparo, afinal ambas nunca foram protegidas por seus pais frente às violências (Freud 1927/1996). Entretanto, também se ouviu os resquícios da submissão e o risco da repetição (M. L. D. E. Scarparo & Poli, 2008). Carolina se submeteu a cuidar de seus dois violadores e acreditava que se conseguisse um novo companheiro, seu atributo maior era saber cuidar. Mesmo assim:

Me surpreendi porque eu realmente a notei diferente, perguntei sem expectativas, não esperava tanto, mas vi que ela estava pronta para falar. Essa entrevista valeu todos os meus anos de trabalho no serviço de proteção. A gente aposta no invisível” (VD TCLE).

À guisa de finalização da análise dos dados coletados, convém mencionar que, no momento da validação dos fatos clínicos, todos os auxiliares de pesquisa consideraram o atendimento domiciliar como uma modalidade de intervenção clínica, a ponto, de nas discussões fazerem trocas involuntárias com as palavras “visita” e “sessão”. Ressalta-se ainda, que houve um consenso, em toda a equipe, considerando que a coluna em que a psicóloga-pesquisadora mencionava as suas próprias emoções e sentimentos vivenciados durante as visitas foram os mais relevantes, para a construção dos fatos clínicos psicanalíticos. Inclusive, foi desta coluna a maior quantidade de fatos clínicos destacados. Além do que, demarca-se que os auxiliares de pesquisa além de selecionarem os fatos clínicos, também escreviam contribuições particulares, sob a luz da teoria psicanalítica, e endossaram a hipótese de que o atendimento domiciliar contivesse um viés clínico.

Neste intuito, esta pesquisa investiu na transmissão do conhecimento psicanalítico via pesquisa, contudo, ponderou-se, que a análise não buscou esgotar a experiência clínica,

afinal, ela é inapreensível em sua totalidade (Tanis, 2015). Buscou-se, exprimir alguns pontos da experiência e seu potencial revelador. Investiu-se na capacidade heurística da escrita, da ação em escrever, num ensaio do gesto criativo que pôde produzir um novo conhecimento. Igualmente (Iribarry, 2003) demarcou a “impossibilidade de previsão do inconsciente” (p. 117) e de uma “sistematização completa e exclusiva” (p.117). Por tudo isso, ao finalizar a análise dos dados coletados, perguntas e incompletudes continuam presentes, porque o que se pretendeu demarcar foi a singularidade e não a generalidade dos achados clínicos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de comumente esta parte ser chamada de conclusão, este trabalho optou pelo termo considerações finais pela sua conotação de reflexão e pessoalidade ao encerrar algo. Coloca-se assim, pois os fatos clínicos psicanalíticos apreendidos representaram a ótica pessoal e teórica da psicóloga-pesquisadora e não poderiam ser replicados em um outro estudo ou até por ela mesma em um outro momento. Então, assim como na apresentação pessoal, pede-se licença ao leitor para em alguns momentos usar a primeira pessoa. Neste ponto, salienta-se o quão crucial foi tratar o material a “posteriori”, sob a leitura exaustiva e flutuante para encontrar os sentidos clínicos que estavam encobertos nos dados brutos. Somente a leitura dura das informações contidas nos prontuários não trariam a riqueza dos fatos clínicos. Foi espontâneo e incessante a entrega livre da psicóloga-pesquisadora ao material, a ponto que de o campo “observações” tornar-se o cerne da análise. Curiosamente e não surpreendentemente, o método psicanalítico de pesquisa revelou sua potência através de memórias retomadas e sensações revividas em intensidades inimagináveis pela psicóloga-pesquisadora.

Escreve-se isso, para que futuros pesquisadores se distanciem do controle e da obsessão ao produzir os textos para se permitir ler, ouvir e ver o que não é da ordem racional. Admite-se que lidar com prazos acadêmicos e com o método psicanalítico de pesquisa foi um desafio. Às vezes, parecia que ambos eram antagônicos, porém ao se flexibilizar a ordem e se distanciar da teoria para adentrar a coleta de dados, estes mundos se cruzaram e aprofundaram sentidos. De fato, outro impasse, foi o alinhar teórico diante da vasta dimensão clínica e do campo social. Tanto que, na etapa de qualificação a densidade teórica foi descabida e só ajustada na defesa. Posteriormente, em partes, a psicóloga-pesquisadora entendeu que isso também refletia o problema que originou a própria dissertação e com o qual a psicóloga-pesquisadora lida diariamente na prática profissional, afinal, “não a como

teorizar, de modo absoluto, o que produz o em termos de experimentação clínica...., pois não apreendo os cacos das minhas palavras e das minhas ações” (Carvalhoes, 2019, p.5).

Cita-se isso, para que futuros pesquisadores lidem com a incompletude ao pesquisar e ao mesmo tempo criem independentemente de lacunas, assim como, a psicóloga-pesquisadora vivenciou ao pesquisar e visitar. Apesar desta modalidade de atendimento impor desafios e ser imprevisível, mostrou-se potente para aproximar a técnica da realidade vivida das atendidas e seus fenômenos psíquicos. Através das emoções vivenciadas pela psicóloga-pesquisadora durante os atendimentos às mães cuidadoras de filhos com deficiência, identificou-se inúmeros fatos clínicos. Desde os primeiros atendimentos domiciliares, a escuta clínica marcou presença e revelou particularidades no recepcionar, que indicaram fenômenos psíquicos que se repetiram ao longo do acompanhamento. Em algumas aparecia a resistência e em outras, grandes expectativas, mas em comum todas lidavam com o desamparo e com o desgaste no cuidado. Aos poucos, cada uma foi relatando o cuidado prestado aos filhos com deficiência em seu âmbito objetivo e relacional, e demonstraram que o ato de cuidar é humano, impalpável e repetitivo, já que elas ofereciam o que um dia receberam ou lhe faltaram.

Além disto, observou-se que as desproteções e pobreza apareciam de forma transgeracional nas mães atendidas. Que sejam os indícios de violência doméstica, dependência de substâncias psicoativas e carência material. Em alguns casos, havia a negação diante da suposta violência sexual das filhas, em outro uma negligência que representava risco direto à sobrevivência e até o isolamento social. Porém, paulatinamente, entendeu-se que nenhum destes tratava-se de um gesto intencional de violar os filhos, mas sim, uma demonstração dos recursos e defesas psíquicas que lhe eram possíveis. O que se quer dizer, é que nenhuma delas tinha plena consciência do que pensava, sentia ou fazia, elas apenas cuidavam e viviam como dava. Até mesmo porque, para além do nível psíquico, havia um

tanto de abandono em favor da omissão do estado, em ofertar acessos ou rede de apoio para dividir os afazeres. Não à toa, em algum nível todas adoeciam e esqueciam de si. O que ressalta a urgência de se criar políticas públicas, para cuidar de quem cuida e de oferecer uma escuta qualificada diante das demandas subjetivas dessas mulheres, que rotineiramente ultrapassam o campo material.

Entretanto, apesar dos limites, constatou-se que a escuta clínica se tornou possível através da relação transferencial, que foi estabelecida entre a psicóloga-pesquisadora e as mães atendidas, a qual foi evidenciada pela espontaneidade e repetição dos fatos clínicos encontrados. A partir desta escuta, desta relação e do posterior tratamento teórico transformou-se estes fatos em fatos clínicos psicanalíticos e desvelou-se uma clínica possível no SUAS, uma vez que, os elementos clínicos destas mães expressaram: demandas e expectativas, tanto materiais quanto subjetivas, sensações de desgaste e de desamparo, tanto visíveis como veladas; adoecimentos, tanto gritantes como mascarados; repetições, tanto em atos quanto em palavras; defesas, um tanto quanto mágicas como negacionistas; relações afetivas com os filhos, tanto fragilizadas quanto fortalecidas; cuidados prestados, tanto objetivos como relacionais; riscos sociais que exigiam, tanto intervenção imediata quanto ponderada; deficiências que demonstraram dependências e investimentos; falas que revelaram desproteções e traumas, mas sobretudo potências e capacidade de se vincular com a profissional.

Contudo, para captar estes fenômenos foi necessária uma escuta limpa de certezas, uma postura acolhedora, uma observação apurada e um posicionamento ético e técnico da psicóloga-pesquisadora. Acima de tudo, tornou-se importante uma escuta que ouvia o não dito e não julgava moralmente as atendidas, para se reconhecer todas as suas formas de comunicação durante o atendimento domiciliar tais como: uma fala, um movimento corporal, uma omissão ou uma emoção, bem como, as sensações contratransferenciais da psicóloga-

pesquisadora. Esta forma peculiar de escutar e de se relacionar deu conta de apreender os aspectos psíquicos das atendidas e ampliar o escopo de intervenção para a prevenção. Através da relação transferencial que foi estabelecida entre as atendidas e a psicóloga-pesquisadora consequentemente pode-se observar uma nova forma de cuidado, diminuição da desproteção social e aumento na vinculação.

Deste modo, o *setting* clínico no campo social se mostrou via relação transferencial e não pela demarcação do espaço físico. A escuta clínica não dependeu das paredes do consultório clássico e se transportou, com os ouvidos e com as pernas da psicóloga-pesquisadora, até a casa das atendidas e seu meio social. Literalmente não se transportou o consultório de lugar, muito menos aplicou a psicoterapia no social, o que se fez foi o que alguns chamam de clínica ampliada. Ainda se levou em conta os limites, da visitadora e do visitador, e a flexibilidade técnica ao intervir. Sendo assim, a clínica possível no SUAS se sustentou em uma escuta livre, que não se prendeu em informações pretéritas das atendidas nem em conteúdos lógicos, mas sim, na relação transferencial e seus respectivos traços inconscientes. Além do mais, esta escuta não excluía as demandas de acesso a bens, serviços e benefícios conforme previsto pela Política de Assistência Social.

Concluiu-se que seguir a perspectiva clínica no campo social não significa anular os direitos socioassistenciais, mas sim de alargá-los conforme a particularidade de cada pessoa, família e território. Realmente, não se trata de o psicólogo priorizar o lado clínico ou o social ao atuar, mas sim de se comprometer eticamente e tecnicamente com o que se colheu e enfrentar o desafio de conciliar a heterogeneidade à homogeneidade das políticas públicas. Tanto que, escutar fenômenos psíquicos não impediu a psicóloga-pesquisadora de captar outras demandas e as encaminhar para os serviços responsáveis. Até mesmo porque é praticamente impossível considerar que a escuta clínica apagaria todas as mazelas e sofrimentos que se repetiam por gerações. Deste modo, a escuta clínica contemplou a

articulação com a rede intersetorial e reconheceu que o usuário é cidadão, que tem inconsciente e merece ser atendido em sua integralidade e não em sua fração.

Demarca-se que o olhar investigativo, revisão teórica e procura pelo aprimoramento devem acompanhar o profissional a todo tempo como um dia Freud (1918/2020) nos ensinou. De todo posto, este trabalho espera empoderar outros psicólogos a defender sua clínica por onde for e sempre que possível, a pesquisar. Que outros possam, assim como a psicóloga-pesquisadora lançar questionamentos sobre a clínica possível e descobrir ao final, que a riqueza clínica foi tanta que não caberia em um escrito acadêmico. Por fim, se no início desta jornada a psicóloga-pesquisadora tinha dúvidas da aplicação clínica no campo social, hoje ela não tem. Porém, descobriu que não há “uma clínica possível”, mas sim, “clínicas possíveis”. Então, pensando bem, o ideal seria ter nomeado estas “considerações finais” como “considerações clínicas”, já que, tratou de descortinar a importância da escuta psicanalítica na visita domiciliar do SUAS.

## REFERÊNCIAS

- Ab'Sáber, T., & Zaiden, A. (2019, março 20-22). Clínica Aberta de Psicanálise: política imanente da clínica. In Broide, E., Katz, I. *Colóquio Psicanálise nos Espaços Públicos*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.  
[http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise\\_espacos\\_publicos.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf)
- Afonso, M. L. M., Silva-Vieira, M., Abade, F. L., Abrantes, T.M., & Fadul, F. M. (2012). A Psicologia no Sistema Único de Assistência Social. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 7(2), 189-199. [https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7\\_n2/Afonso,\\_Maria\\_Lucia\\_Miranda,\\_et\\_al.pdf](https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7_n2/Afonso,_Maria_Lucia_Miranda,_et_al.pdf)
- Akhtar, S. (2016). *Escuta Psicanalítica – Métodos, limites e inovações* (1a ed.). Blucher.
- Alberti, S.E., & Elia, L. (2000). *Clínica e Pesquisa em Psicanálise* (1a ed.). Rios Ambiciosos.
- Albuquerque, B. S., Beduschi, F. M., Toniolo, L. B., & Cunha, C. F. (2016). A Metodologia da Construção do Caso na Cidade: um saber para além dos protocolos e seus efeitos no trabalho da assistência social. *Textos & Contextos*, 15(1), 196-211. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2016.1.22527>
- Amaro, S. (2003). *Visita domiciliar: Guia para uma abordagem complexa* (1a ed.). AGE editora.
- Amaro, S. (2014). *Visita domiciliar: teoria e prática* (1ªed.). Papel Social.
- Amiralian, M.L. de T. M. (2003). Deficiência :Um novo olhar. Contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. *Estilos da Clínica*, 8(15), 94-111.  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282003000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282003000200008&lng=pt&nrm=iso).
- Andrade, M. L. de A., & Sólera, M. O. (2006). A deficiência como um "espelho perturbador": uma contribuição psicanalítica à questão da inclusão de pessoas com deficiência. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 4(1), 85-93.
- Araújo, V.E. (1982). *Serviço Social clínico: transferência e contratransferência*. (1a ed.). Agir.
- Bacaro, R. F., Reis, M. E. B. T. dos., & Gomes, A. K. S. G. Sobre o Início do Tratamento: Emoções do Psicoterapeuta-Aprendiz na Clínica Psicanalítica. *Contextos Clínicos*, 13(2), s/p. <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.132.01>
- Barreto, A. F. (2011). Sobre a dor e a delícia da atuação Psicológica no SUAS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), pp. 406-419. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000200015>.
- Birman, J. (1992). A clínica na pesquisa psicanalítica. In *Atas do 2º Encontro de pesquisa acadêmica em psicanálise: psicanálise e universidade* (p. 7-37). PUC-SP
- Brauer, J. F. (1998). O sujeito e a deficiência. *Estilos da Clínica*, 3(5), 56-62. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v3i5p56-62>

- Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, 1(1), 28-35.  
<https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/150>
- Broide, E., Katz, I. (2019, março 20-22). *Colóquio Psicanálise nos Espaços Públicos*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.  
[http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise\\_espacos\\_publicos.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf)
- Broide, J. (2019, março 20-22). *A clínica psicanalítica na cidade*. In Broide, E., Katz, I. *Colóquio Psicanálise nos Espaços Públicos*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.  
[http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise\\_espacos\\_publicos.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf)
- Broide, J. (2019). Prefácio. In: Danto, E.A (Org) & Golstajn, M (Trad.), *As clínicas Públicas de Freud – Psicanálise e Justiça Social* (1ª ed., prefácio, pp.13-18). Perspectiva.
- Broide, J., & Broide, E. (2015) *A Psicanálise em situações sociais críticas – metodologia clínica e intervenções*. (2a ed.). Escuta.
- Calligaris, C. (2008). *Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos* (15 a ed). Campus.
- Campos, R. O. (2001). Clínica: A palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.
- Campos, G. W. de S., & Amaral, M. A. do (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
- Carlos, V. (2014). *A Psicologia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: compondo saberes e fazeres*. (Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família). Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina.
- Carlos, V. (2017). *Dimensão clínica de um ator social: o psicólogo na Política de Assistência Social brasileira*. (Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental). Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina.
- Carlos, V. (2019). *Visita domiciliar no SUAS: O psicólogo entre a cruz e a espada*. (Trabalho de Conclusão de Disciplina Especial do curso de Pós-Graduação). Departamento de Psicologia, Universidade Estadual Paulista, Campus de Assis.
- Carlos, V. (2021). *Carta às marias que visitei: relato de experiência de uma psicóloga que atua no Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias*. (Trabalho de Conclusão de Disciplina Especial do curso de Pós-Graduação). Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Londrina.
- Carvalhoes, F. F. (2019). Clínica extramuros: decolonizando a Psicologia. *Revista Espaço Acadêmico*, 19 (216), 03-13.
- Casadore, M. M (2011). Sándor Ferenczi e a psicanálise: pela errância das experimentações [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista]. Biblioteca digital.

<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/109228>

- Cassorla, R. M. S (2016). O psicanalista, o teatro dos sonhos e a clínica do enactment (1a ed.). Blücher.
- Castilho, A. L. P. de. (2013). Revisitando o primeiro modelo freudiano do trauma: sua composição, crise e horizonte de persistência na teoria psicanalítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 16(2), pp. 235-250. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982013000200004>
- Certau, M. (1998). A invenção do cotidiano, (2a ed.). Vozes.
- Chamama, R. (1995). *Dicionário de Psicanálise Larousse*. Chamama, R. (Org), Settineri, F.F (Trad).(1a ed). Artes Médicas.
- Coelho, M.D., & Santos, O.M.V. (2012). Apontamentos sobre o método na pesquisa psicanalítica. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 1(1), 90-105.
- Conselho Federal de Psicologia (2013). *Referências técnicas para atuação de Psicólogas (os) nos Centros de Referência Especializada de Assistência Social - CREAS*.
- Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas [2012].
- Colin, D., & Jaccoud, L. (2013). Assistência Social e Construção do SUAS - balanços e perspectivas: O percurso da Assistência Social como política de direitos e a trajetória necessária. In: Cruz, J. F. et al. (Eds.), *Coletânea de Artigos Comemorativos dos 20 Anos da Lei Orgânica de Assistência Social*. (1ª ed).
- Christiano, A. C. (2010). *O Psicólogo na rede socioassistencial de atendimento a crianças e adolescentes* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista]. Biblioteca digital. <https://acervodigital.unesp.br/handle/11449/97567>
- Cunha, M. A. O., & Moraes, H. M. M de. (2007). A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), pp. 1651-1660. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600026>.
- Dallazen, L., Giacobone, R. V., Macedo, M. M. K., & Kupermann, D. (2012). Sobre a ética em pesquisa na psicanálise. *Psico*, 43(1), 47-54. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11098>
- Delgado, P. G. G. (2007). Por uma clínica da reforma. *Caderno Saúde Mental*, 1(spe), p. 59-66. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/colecion-sus/2007/27336/27336-283.pdf>
- Dettmann, A. P. S, Aragão, E. M. A., & Margotto, L.R. (2016). Uma perspectiva da Clínica Ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. *Fractal Revista de Psicologia*, 28(3), 362-369. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1232>
- Dias, T. B. M., C., Chaves, W.C., & Neto, F. K. (2017). Psicanálise e Assistência Social: O Sujeito entre a Demanda e o Desejo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 17(1), 238-258. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-)

42812017000100014&lng=pt&tlng=pt.

Donzelot, J. (1986). *A polícia das Famílias*, (2a ed.). Graal.

Favero, A. B. *A noção de trauma em Psicanálise* [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro]. Biblioteca digital. [http://ppg.psi.puc-rio.br/uploads/uploads/1969-12-31/2009\\_e8d9808fbf244dfb7ac98e958bbf8c6c.pdf](http://ppg.psi.puc-rio.br/uploads/uploads/1969-12-31/2009_e8d9808fbf244dfb7ac98e958bbf8c6c.pdf)

Ferreira, I. C. H., & Batista, C. A. M. (2017). O olhar da psicanálise sobre a deficiência intelectual: de copista a autor de sua própria história. *Inclusão Social*, 10(2), 47-54. <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4031>

Fernandes, M. & Lima, R.A. (2019). Psicanálise para quem? In: Danto, E.A (Org) & Golstajn, M (Trad.), *As clínicas Públicas de Freud – Psicanálise e Justiça Social* (1a ed., posfácio, pp.389-394). Perspectiva

Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257- 278. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&tlng=pt).

Figueiredo, A. C. (2002). *Vastas Confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. (3a ed). Relume Dumará.

Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&tlng=pt).

Figueiredo, A. C., & Vieira, M. A. (1997). Sobre a supervisão: do saber sobre a psicanálise ao saber psicanalítico. *Cadernos IPUB*, 9(2), 25-30. Instituto de Psiquiatria UFRJ. Biblioteca digital [http://www.litura.com.br/artigo\\_repositorio/supervisao\\_pdf\\_1.pdf](http://www.litura.com.br/artigo_repositorio/supervisao_pdf_1.pdf)

França, C. P., Tannure, C. C. da, & Rabelo, D. P. M. (2018). Desafios do enlace teórico: técnico na clínica do abuso sexual infantojuvenil. *Tempo psicanalítico*, 50(2), 373-400. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382018000200019&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382018000200019&lng=pt&tlng=pt).

França, P. C. (1989). Sobre destinos nem tão funestos: o ensino da psicanálise nas universidades, *Revue Internationale d'Histoire de la Psychanalyse* vol. II, citado em R. Mezan, “As cartas de Freud”, in *Interfaces da Psicanálise*, 83-99.

Freire, M. L., & Alberto, M. F. P. de (2013). Centro de Referência Especializado de Assistência Social: suporte organizacional para atuação do psicólogo. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(2), 167-182.

Freud, S. (2020). *Recomendações da terapêutica*. (Obras incompletas de Sigmund Freud, 2 ed. (Dornbusch Trad.) Autêntica. (Trabalho original publicado em 1918)

Freud, S. (1996). *Mal-estar na civilização* (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol.XXI). Imago. (Trabalho original publicado em 1930)

- Freud, S. (1996). *O Futuro de uma ilusão*. (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol.XXI). Imago. (Trabalho original publicado em 1927)
- Freud, S. (1996). *Inibições, sintomas e ansiedades*. Obras Completas de Sigmund Freud, Vol.XX). Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1996). *História de uma neurose infantil* (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XVII). Imago. (Trabalho original publicado em 1918)
- Freud, S. (1996). *Observações sobre o amor de transferência*. Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. X). Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1996). *Totem e Tabu* (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XIII). Imago. (Trabalho original publicado em 1913)
- Freud, S. (1996). *Sobre a dinâmica da transferência*. Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. X). Imago. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (1996). *A Interpretação dos sonhos*. Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. IV). Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1996). *Projeto para uma Psicologia científica*. Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. X). Imago. (Trabalho original publicado em 1950 [1895] B)
- Freud, S. (1996). *Dois verbetes de enciclopédia*. (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol.XXIII). Imago. (Trabalho original publicado em 1923[1922])
- Freud, S. (1996). *A História do movimento psicanalítico* (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV). Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996). *As perspectivas futuras da terapia analítica*. Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. X). Imago. (Trabalho original publicado em 1910)
- Freud, S. (2020). *O método psicanalítico freudiano*. (Obras incompletas de Sigmund Freud, 2 ed. (Dornbusch Trad.) Autêntica. (Trabalho original publicado em (1904[1905])
- Freud, S. (1996). *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*. (Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. X). Imago. (Trabalho original publicado em 1896)
- Danto, E. A. (2019). *As clínicas Públicas de Freud – Psicanálise e Justiça Social* (1a ed.). Perspectiva.
- Góes, F. A. de B. (2006). Um encontro inesperado: os pais e seu filho com deficiência mental. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 26 (3), 450-461. <https://doi.org/10.1590/S1414-9893200600030000>
- Gomes, A. K. S., & Reis, M. E. B.T. dos. (2022). Emoções vivenciadas pelos psicoterapeutas-aprendizes nos serviços-escolas: uma leitura psicanalítica. *Psicologia em Estudo*, 27 (48423),1-14. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.48423>

- Gomes, N. S., & Gonçalves, S. M. M. (2018). A psicologia na assistência social: considerações sobre o percurso histórico deste “novo” campo. *Revista Mosaico*, 09 (1), 02-09. <https://doi.org/10.21727/rm.v9i1.1225>
- Gomes, A. H., Andrade, L., & Maheirie, K. (2017). A experiência de ser trabalhador na assistência social: imagens de vidas implicadas com o campo da desigualdade social. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1-18. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082017000300011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300011&lng=pt&tlng=pt).
- Hermann, A. P., Lacerda, M.R., Maftum, M. A., Bernardino, E., & Mello de., A. L. S. F. (2017). O processo de ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2383-2392. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.23672015>.
- Hermann, F. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. In Hermann, F., Lowenkron, T (Orgs.), *Pesquisando com o método psicanalítico* (1 ed., Cap.1, pp.43-83). Casa do Psicólogo
- Hillesheim, B., & Cruz, L. R. (2014). Do território às Políticas Públicas: governmentação, práticas psicológicas e busca ativa no CRAS. In: Cruz, R.L., & Guareschi, N. (Eds.), *O Psicólogo e as Políticas Públicas de Assistência Social* (p. 91- 105). Vozes.
- Hüning, S. M., Cabral, R. J., & Ribeiro, M. A. T. (2018). Nas Margens: Psicologia, Política de Assistência Social e Territorialidades. *Revista Polis e Psique*, 8(3), 52–69. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.86108>
- Iannini, G., & Tavares, P. H. (2020). *Sobre fundamentos da clínica*. In C. Dornbusch (Trad.) Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud. (2º ed., Cap.1, pp.7-15). Autêntica.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), 115-138. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>
- João Neto, F.L.N. (2004). *A formação do Psicólogo: Clínica, Social e Mercado* (Org. 1 ed.). Escuta
- Kaes, R. (2014) *As Alianças Inconscientes*. (1a ed). Ideias e Letras.
- Kahn, M. *Freud Básico: pensamentos psicanalíticos para o século XXI*. (2013). (1a ed.). BestBolso.
- Katz, I. (2019, março 20-22). A clínica do cuidado: intervenção com a população ribeirinha do Xingu atingida por Belo Monte. In Broide, E., Katz, I. *Colóquio Psicanálise nos Espaços Públicos*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. [http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise\\_espacos\\_publicos.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf)
- Kobori, E. D. (2013). Algumas considerações sobre o termo Psicanálise Aplicada e o Método Psicanalítico na análise da Cultura, *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(2), 73-81.
- Khoury, M. E. (2017). *Dentro e fora da casinha: reflexões sobre a experiência na assistência*

*domiciliar em saúde mental a partir da psicanálise vincular* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo]. Biblioteca digital.  
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04092017-163754/pt-br.php>.

- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Vocabulário da Psicanálise*. Lagache, D. (Org.), Tamen, P.(trad.), (4a ed., p.552). Martins Fontes.
- Lemos, S. C. A., & Neves, A. S. A família e a destituição do poder familiar: Um estudo Psicanalítico. (2018). *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 21(2), 192-203.  
<https://doi.org/10.1590/S1516-14982018002005>.
- Lima, M. J., & Cervený, C. M. O. (2012). A competência social do Psicólogo: estudo com profissionais que atuam em instituições. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(2), 284-303.  
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000200003>
- Lima, F. C., & Schneider, D. R. (2018). Características da Atuação do Psicólogo na Proteção Social Especial em Santa Catarina. *Psicologia: Ciência e Profissão* 38, (2),347- 362.  
<https://doi.org/10.1590/1982-3703001402017>.
- Lima, R. A., Obliziner, P., & Turriani, A. (2019, março 20-22). Margens Clínicas. In Broide, E., Katz, I. *Colóquio Psicanálise nos Espaços Públicos*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. [http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise\\_espacos\\_publicos.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf)
- Loffredo, A. M. (2020) Prefácio. In M. Minerbo. *Transferência e Contratransferência* (2a ed., prefácio, pp.9-23). Blucher.
- Lopes, E. M., Ferreira, C. R. C., & Friedrich, D. R. (2018). Psicologia e ruralidades: caminhos para um fazer psicológico transformador. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(1), 225-245.  
<https://doi.org/10.26864/pcs.v8.n1.12>
- Macêdo, O. V. Junior., Alberto, M. F.de.; Santos, D. P. S. dos., Souza, G.P. S., Oliveira, V.S.de. (2015). Ações do Profissional de Psicologia no Centro de Referência da Assistência Social. *Psicologia: Ciência e Profissão*,35(3), 809-823. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001632013>
- Macêdo, O. V. Junior., Lima, C. M. P. D., Brito, F. H. S. de., Souza, J. N. P. de., Sousa, N. K. M. de., Sousa, S. P. D., & Dias, S. G. (2018). Atuação dos Profissionais de Psicologia nos CRAS do Interior da Paraíba. *Trends in Psychology*, 26(2), 1083-1097  
<https://doi.org/10.9788/TP2018.2-20Pt>
- Macêdo, O. V. Junior., Alberto, M. de F. P., Santos, D. P. dos., Souza, G. P. de., & Oliveira, V. S. de.(2015). Ações do Profissional de Psicologia no Centro de Referência da Assistência Social. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 35(Psicol. cienc. prof., 2015 35(3)), 809–823.  
<https://doi.org/10.1590/1982-3703001632013>
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2012). O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1),182-192.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242012000100015&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242012000100015&lng=en&tlng=pt)

- Machado, A. L. G., Silva, M. J. da, & Freitas, C. H. A. (2011). Assistência domiciliária em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 365-369. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200023>.
- Maia, M. V. C. M., & Pinheiro, N. N. B. (2011). Um psicanalista fazendo outra coisa: reflexões sobre setting na psicanálise extramuros. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 31(3). <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300016>
- Mahmud, I. C., Kowalski, C. V., Lavagnini, B. T., Schutz, K. L., Stobaus, C. D., & Terra, N. L. (2018). A multidisciplinaridade na visita domiciliar a idosos: o olhar da Enfermagem, Medicina e Psicologia. *PAJAR - Pan-American Journal of Aging Research*, 6(2), 72-84. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2018.2.31630>
- Mandelli, J. P. (2021). *A comunidade enquanto rede de proteção local no cuidado da pessoa idosa: vivências e afetos sobre o cuidar*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Estadual de Londrina]. Biblioteca Central da Universidade Estadual Londrina.
- Marion, J., & Pereira, C. R. R. (2021). Família na visão dos psicólogos do CRAS. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 14(2), 1-23. <https://dx.doi.org/10.36298/gerais202114e16285>
- Melani, A. C. V. A., Ribeiro, M. F. R., & Santos, J. F. S. (2020) A poética do luto: reflexão a partir do conceito de objeto transformacional. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 80-99.
- Merli, L. F. (2017). *Assistência social e as contribuições da psicanálise: um processo de supervisão institucional*. [Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital. doi:10.11606/T.47.2017.tde-29052017-15373
- Mexko, S., Souza, W. A., & Benelli, S. J. (2019). Contribuições do Dispositivo Intercessor para o trabalho no campo da Assistência Social. *Revista de Psicologia da UNESP*, 18(spe), 261-279. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-90442019000200014&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000200014&lng=pt&tlng=pt).
- Minerbo, M. (2020). *Transferência e Contratransferência* (2a ed.) Blucher.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2004). *Lei orgânica de Assistência Social- LOAS anotada*. [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/LoasAnotada.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf)
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009) *Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social*.
- Ministério do Desenvolvimento Social. (2011). *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. <http://acervo.seades.al.gov.br/acervo/protecao-social-especial-media-complexidade/creas-paefi/Orientacoes%20Tecnicas%20CREAS.pdf>
- Ministério do Desenvolvimento Social (2011). *NOB-RH/SUAS: Anotada e Comentada*. [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normati](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normati)

vas/NOBRHSUAS\_Anotada\_Comentada.pdf.

- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2017). *Censo SUAS 2017: análise dos componentes sistêmicos da política nacional de assistência social*.  
[https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmmps/ferramentas/docs/Censo%20SUAS%202017%20\(1\).pdf](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmmps/ferramentas/docs/Censo%20SUAS%202017%20(1).pdf)
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2014). *Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais*.  
[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf).
- Moretto, M. L. T. (2019). Políticas Públicas, Psicanálise e o lugar do analista. In Broide, E & I, Katz (Orgs.). *Colóquio Psicanálise nos espaços públicos realizado pelo Instituto de Psicologia da USP*.
- Moretto, M. L. T. (2002). *O que pode um analista no hospital?* (1a ed). Casa do Psicólogo.
- Motta, R.F. (2015). O trabalho das (os) psicólogas (os) no SUAS: materializando a assistência social enquanto política social pública. [Tese de doutorado em psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul].
- Neves, C. A. B & Josephson, S. C. (2001). A crítica como clínica. Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo. Versão Ebook. São Paulo: Casa do Psicólogo.  
<https://app.uff.br/slab/uploads/texto83.pdf>
- Núcleo Ciência Pela Infância. (2018). *Visita Domiciliar como estratégia de promoção do desenvolvimento e da parentalidade na primeira infância*. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Biblioteca Digital. <https://ncpi.org.br/publicacoes/visita-domiciliar-como-estrategia-de-promocao-do-desenvolvimento-e-da-parentalidade-na-primeira-infancia/>
- Motta, R.F., & Scarparo, H. B. K. (2013). A psicologia na assistência social: transitar, travessia. *Psicologia & Sociedade*, 25(1), 230-239. <https://doi.org/10.1590/S010271822013000100025>.
- Ogden, T. H. (2017). *A matriz da mente: relações objetais e o diálogo psicanalítico* (1a ed.). Blucher.
- Oliveira, I. F. de., Dantas, C. M. B., Solon, A. F. A. C., & Amorim, K. M. de O. (2011). A prática psicológica na proteção social básica do SUAS. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe).  
<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400017>
- Palhares, M. C. A. do (2008). Transferência e contratransferência: a clínica viva. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 100-111.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486641X2008000100011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486641X2008000100011&lng=pt&tlng=pt).
- Pauli, C. G., Traesel, E. S., & Siqueira, A. C. (2019). A Precarização do Trabalho dos Psicólogos Temporários no CREAS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(188301), 1- 13.  
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003188301>

- Paulon, S.M., & Romagnoli, R. (2018). Quando a vulnerabilidade se faz potência. *Interação em Psicologia*, 22 (03),178-187. <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/56045/37060>
- Pereira, V. T., & Guareschi, P. (2017) A psicologia no CRAS: um estudo de representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 29 (119584), 1-11. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i119584>.
- Péres, G. M., & Moré, C. L. O. O. (2021). Influência dos fluxos institucionais na realização da visita domiciliar na média complexidade do atendimento psicossocial. *Quaderns de Psicologia*, 23(1), 1-22. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1593>
- Pietrolungo, A. P. da C., & Resende, T. I. M de. (2007). Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(1), 22-31. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=pt&tlng=pt).
- Poli, M.C. (2008). Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa. *Estilos da Clínica*, 13(25), 154-179. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282008000200010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282008000200010&lng=pt&tlng=pt)
- Portela, S. G., & Galheigo, S. M. (2015). Cuidados paliativos na atenção domiciliar: a perspectiva de terapeutas ocupacionais. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23(1), 15–29. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO472>
- Prates, C.J., Closs, T. T., Santos, A. M., Lartigau, I., & Carbonari, J. (2011) Contribuições da graduação em psicologia e serviço social para inserção de profissionais na política de assistência social no município de porto alegre. *Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA*, 4(6), 181-192. <https://hdl.handle.net/10923/9358>
- Quinodoz, J. M. (1994). Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 613-34.
- Ramminger, T. (2001). Psicologia comunitária x assistencialismo: possibilidades e limites. *Psicologia ciência e profissão*, 21(1), p. 42-45. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000100005>
- Ramos-Cerqueira, A. T. de A. (2009). Um estranho à minha porta: preparando estudantes de medicina para visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(2), 276-281. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200016>.
- Rechtman, R., & Bock, A. M. B. (2019). Formação do Psicólogo para a Realidade Brasileira: Identificando Recursos para Atuação Profissional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35(3551), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3551>.
- Reichel, T. J., & Benetti, S.P.C de.(2008). *O processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar sob o olhar da psicanálise* [Dissertação de mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos]. Biblioteca digital. <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2883/TaisJochimsReichelPsicologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Reis, M. E. B. T. (2022). Construção de fatos clínicos psicanalíticos. In N. N. B. Pinheiro; R.S. Peres & S. N. Cordeiro (Orgs.), *Pesquisas acadêmicas em Psicanálise: reflexões teóricas e ilustrações práticas*, 97-110. Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). <https://pedrojoaoeditores.com.br/produto/pesquisas-academicas-em-psicanalise-reflexoes-teoricas-e-ilustracoes-praticas>
- Reis, R. G., & Cabreira, L. (2013). As políticas públicas e o campo: e o Psicólogo com isso? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(spe), 54-65.
- Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011. (2011). Ratificar a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS e Reconhecer as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS.
- Revista Contato. (2018). *Somos todas feridas* (116 ed., Ano 20). Conselho Regional de Psicologia do Paraná. <https://crppr.org.br/revista-contato/revista-contato-116/>
- Ribeiro, A. B. Paiva, I. L., Seixas, P. de S., Oliveira, I.M.F.F de. (2014). Desafios da atuação dos psicólogos nos CREAS do Rio Grande do Norte. *Fractal Revista de Psicologia*, 26(2), 461-478. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/421>.
- Ribeiro, C. J. Problematizando o instrumento visita domiciliar. (2010). *Sociedade em Debate*, 16 (1), 209-221.
- Rocha, J. (2021). *O cotidiano de uma médica do SUS*. (1ª ed.). Civilização Brasileira.
- Rocha, K.B., Conz, J., Barcinski, M., Paiva, D., & Pizzinato, A. (2017). A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 170-85. <https://doi.org/10.15309/17psd180115>
- Romanholi, R. M. Z., & Cyrino, E. G. (2012). A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 693-705. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300009>
- Romagnoli, R. C.. (2006). Algumas reflexões acerca da clínica social. *Revista Do Departamento De Psicologia. UFF*, 18(2), 47–56. <https://doi.org/10.1590/S0104->
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem* (1ª ed.). Jorge Zahar Editora.
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D. de, & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira De História & Ciências Sociais*, 1(1), 1-15. <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>
- Santos, T. M. (2018). O trabalho do psicólogo no Cras: diferentes formas de cuidar. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(1), 1-11. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082018000100010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100010&lng=pt&tlng=pt)
- Sawaia, B. (2009). *Psicologia e Desigualdade Social: uma reflexão sobre liberdade e transformação*

social. *Psicologia & Sociedade*, 21 (3), 364-372.  
<https://www5.pucsp.br/nexin/artigos/download/psicologia-e-desigualdade-social.pdf>

Scarparo, M. L. D. E. (2008). *Em busca do sujeito perdido: a psicanálise na assistência social, limites e possibilidades* [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Biblioteca Digital. <http://hdl.handle.net/10183/13124>

Scarparo, M. L. D. E., & Poli, M. C. (2008). Psicanálise e Assistência Social. *Barbarói*, 28 (spe), 50-74. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.452>

Secretaria Nacional de Assistência Social. (2013). *CENSO SUAS: Bases e resultados*.  
<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snass/vigilancia/index2.php>

Secretaria Nacional de Assistência Social. (2019). *CENSO SUAS: Bases e resultados*.  
<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snass/vigilancia/index2.php>

Seicman, P. (2019, março 20-22). O trabalho em rede na clínica com imigrantes. In Broide, E., Katz, I. *Colóquio Psicanálise nos Espaços Públicos*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. [http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise\\_espacos\\_publicos.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf)

Senra, C. M. G., & Guzzo, R. S.L. (2012). Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 293-299. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200006>

Silva, L. C. G. (2022). *Um olhar psicanalítico sobre os desdobramentos do encontro do profissional com o usuário do Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS* [Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá]. Biblioteca Central Universidade Estadual de Maringá.

Silva, A. C. R., & Albanese, L. (2020). Formação acadêmica e atuação do psicólogo nos Centros de Referência de Assistência Social. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(4), 1-16.

Silva, A. de M., Reis, M. E. B. T. dos., & Barbeiro, F. de S. (2020). Serei Aceito? Estudo Exploratório Sobre as Vivências Emocionais do Segundo Psicoterapeuta. *Interação em Psicologia*, 24(1). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v24i1.61231>

Silva, R. B., & Bonatti, G. L. (2020). A clínica ampliada e o trabalho do psicólogo nos centros de referência de assistência social. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(2), 59-72.  
<https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.891>

Silva, R. B., & Alexandre, A. C. S. (2019). Investigação acerca da subjetividade no âmbito do SUAS: uma pesquisa documental. *Psicologia & Sociedade*, 31 (207603), 1-14.  
<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31207603>

Silva, S.M., & D'Andrea, A. C. E. B. (2018). O que você veio fazer na minha casa? Narrativas de famílias sobre o fazer do (a) Psicóloga(o) no acompanhamento familiar. *Revista da graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(6), 462-475.  
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15995/13634>

- Silva, J. B. da., Vasconcellos, P. A., & Figueiredo, V. C. N. (2018). Trabalho e sofrimento: desafios da saúde mental de profissionais da assistência social. *Psicologia em Estudo*, 23(2307), 1-11. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v23.e39108>
- Silva, C. M. da., & Macedo, M. M. K. (2016). O Método Psicanalítico de Pesquisa e a Potencialidade dos Fatos Clínicos. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 36(3), 520-531 <https://doi.org/10.1590/1982-3703001012014>
- Silva, R. B., & Cezar, P. C. N. (2013). Atuação do psicólogo no CREAS em municípios de pequeno porte. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(1), 99-109.
- Silva, C. de A. E., & Yamamoto, O. H. (2013). As políticas sociais na formação graduada do psicólogo no Piauí. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(4), 824-839 <https://doi.org/10.1590/S1414-9893201300040000>
- Sobral, M. F. C., & Lima, M. E. O. (2013). Representando as práticas e praticando as representações nos CRAS de Sergipe. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 33(3), 630-645. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300009>
- Souza, A. C., Souza, F. M. S., Barbosa, J. M. S. Pereira, K.S.C., Azevedo, J., Dias, T.B.M., & Chaves, W.C. (2015). Psicanálise e assistência social: O vínculo transferencial enquanto porta de entrada nos serviços do CRAS. *Analytica*, 4(6), 168-186. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2316-51972015000100009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972015000100009&lng=pt&tlng=pt).
- Souza, C. R. A., & Coelho, D. M. (2014). Ideais e perversidades em jogo nas Políticas Públicas de Assistência Social: uma leitura psicanalítica dos valores e práticas. *Tempo psicanalítico*, 46(2), 253-269. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382014000200005&lng=pt&tlng=p](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200005&lng=pt&tlng=p)
- Schuh, M., Mônico, R.C., Cappellari, A., Eichherr, L. M., & Cruz, L.R. (2021). Políticas Públicas de Assistência Social e Psicanálise: interrogações sobre demanda, desejo, usuário, cidadão e sujeito. *Psicologia e Saúde em Debate*, 7(1), 228-240. Doi: 10.22289/2446-922X.V7N1A16
- Torossian, S. D., Gageiro, A. M., & Tavares, E.E. (2019, março 20-22). A Casa dos Cata-Ventos: uma intervenção clínico-política com crianças e adolescentes em Porto Alegre. In Broide, E., Katz, I. *Colóquio Psicanálise nos Espaços Públicos*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. [http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise\\_espacos\\_publicos.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf)
- Tuckett, D. (1994). Conceituação e comunicação de fatos clínicos em Psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 603-12.
- Vollmer, G. Filho (1994). A conceituação do fato clínico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 673-685.
- Wieczorek, R. T., Kessler, C. H., & Dunker, C. I. L. (2020). O (f)ato clínico como ferramenta metodológica para a pesquisa clínica em psicanálise. *Tempo psicanalítico*, 52(2), 185-213. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382020000200008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382020000200008&lng=pt&tlng=pt).

- Winnicott, D. W. (1987). *Os bebês e suas mães*. (2a ed.). Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. (1a ed.). Imago
- Ximenes, V.M., Carvalho, M.A.A.S., Alves, K.S., Bacelar, B.C; & Vale, D.M.L. Fontes de Apoio Social em contextos de Pobreza: o que dizem as comunidades rurais? (2020). *Interação em Psicologia*, 24(3), 249-257.
- Zavaroni, D.M.L. de., & Viana, T. C. (2015). Trauma e Infância: Considerações sobre a Vivência de Situações Potencialmente Traumáticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 331-338  
<https://doi.org/10.1590/0102-37722015032273331338>
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. (1a ed.). Artmed.

**ANEXOS**

## ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da participante da pesquisa

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**Título da pesquisa: “Visita domiciliar no SUAS: uma clínica possível?”**

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “Visita domiciliar no SUAS: uma clínica possível?”, realizada como dissertação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa consiste em: Investigar a visita domiciliar como dispositivo clínico em um serviço de referência especializado de assistência social.

A sua participação é muito importante e se dará da seguinte forma: autorizar a utilização das informações coletadas com a senhora nos atendimentos realizados através das visitas domiciliares, no período de junho de 2015 a julho de 2019, pela Psicóloga Vanessa Carlos que atua no serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias prestado pela Cáritas Arquidiocesana de Londrina. Estas informações constam nos prontuários do serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias e nos diários de campo da pesquisadora.

O seu nome será substituído por códigos, para que não seja identificada. Os dados coletados serão analisados, buscando compreender as relações estabelecidas entre a senhora e a Psicóloga-pesquisadora a fim de verificar as possíveis fragilidades e potencialidades do atendimento domiciliar, bem como, incentivar a problematização e adequação dos métodos de escuta, compreensão e interpretação dos fenômenos detectados pelos profissionais.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: demonstrar que a visita domiciliar consiste em uma ferramenta de intervenção do Psicólogo que atua no CREAS e contribuir para a reflexão sobre as possíveis fragilidades e potencialidades da visita domiciliar, incentivando a problematização e a adequação dos métodos de escuta, compreensão e interpretação dos fenômenos detectados pelos profissionais.

Por se tratar de pesquisa oriunda de documentos (prontuários e diários de campo de atendimentos domiciliares realizados pela pesquisadora) tomar-se-á o devido cuidado quanto ao sigilo, dano e /ou extravio dos documentos. Os prontuários possuem duas vias, sendo uma impressa e outra por segurança on-line, ambas arquivadas em sistema institucional. As anotações do diário de campo serão arquivadas em armário chaveado e em posse estrita da pesquisadora. Não obstante, se houver algum desconforto ou sentir-se prejudicada, poderá ser atendida pela Psicóloga que trabalha atualmente na respectiva instituição e atende sua região de moradia.

Informamos que a senhora não pagará nem será remunerada por sua

participação na pesquisa. Garantimos, no entanto, que todas as despesas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa, serão ressarcidas pela pesquisadora. Caso a senhora tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar – Psicóloga Vanessa Carlos, discente do Programa Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, endereçada na Rua Joaquim Antônio dos Santos, 213 – Jd. Tarumã - Londrina – PR, CEP: 86038-610, fone (43) 99962-2827; e-mail: ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, localizado no LABESC – Laboratório Escola, Campus Universitário, telefone 33715455, e-mail:

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_.

Vanessa Carlos  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_ (nome por extenso do participante da pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Assistente Social

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
(Assistente Social)  
Título da pesquisa: “Visita domiciliar no SUAS: uma clínica possível?”**

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa “Visita domiciliar no SUAS: uma clínica possível?”, realizada como dissertação do Programa Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina pela Psicóloga Vanessa Carlos. O objetivo da pesquisa consiste em: Investigar a visita domiciliar como dispositivo clínico em um serviço de referência especializado de assistência social.

A sua participação é muito importante e se dará da seguinte forma: autorizar o uso das informações relativas às visitas domiciliares realizadas pelo Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias, no atendimento às Mães cuidadoras de pessoas com deficiência, no período de Junho de 2015 a Julho de 2019, em que houve a sua participação como Assistente Social e da Psicóloga Vanessa Carlos, as quais constam nos prontuários do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias. O seu nome e os nomes dos participantes da pesquisa serão substituídos por códigos, para que não sejam identificados. Será empregada nos prontuários uma leitura exhaustiva e flutuante, com o intuito de selecionar os possíveis fatos clínicos e a posteriori construir fatos clínicos psicanalíticos.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: Evidenciar a visita domiciliar como ferramenta de intervenção do Psicólogo que atua no CREAS e contribuir para a reflexão sobre as possíveis fragilidades e potencialidades da visita domiciliar, incentivando a problematização e adequação dos métodos de escuta, compreensão e interpretação dos fenômenos detectados pelos profissionais.

Sabe-se que toda pesquisa pode envolver riscos, quanto ao presente estudo consideramos que envolve riscos mínimos. Por se tratar de pesquisa oriunda de documentos (prontuários e diários de campo) tomar-se-á o devido cuidado quanto ao sigilo, dano e /ou extravio dos documentos. Os prontuários possuem duas vias, sendo uma impressa e outra por segurança on-line, ambas arquivadas em sistema institucional. As anotações do diário de campo serão arquivadas em armário chaveado e em posse estrita da pesquisadora, que é responsável pela guarda e sigilo das informações coletadas.

Informamos que a senhora não pagará nem será remunerado por sua participação na pesquisa. Garantimos, no entanto, que todas as despesas quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa serão ressarcidas. Caso você tenha dúvidas ou necessite de

maiores esclarecimentos pode nos contatar – Psicóloga Vanessa Carlos, discente do Programa Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, endereçada na Rua Joaquim Antônio dos Santos, 213 – Jd. Tarumã - Londrina – PR, CEP: 86038-610 fone (43) 99962-2827; e-mail: vanessa.carlos@uel.br, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, localizado no LABESC – Laboratório Escola, Campus Universitário, telefone 33715455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_.

Vanessa Carlos Pesquisadora

Responsável

Soraya de Paula Garcia de Campos (Assistente Social), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data