

A CLÍNICA PSICOLÓGICA COMO AÇÃO SOCIAL

THE PSYCHOLOGICAL CLINIC AS SOCIAL ACTION

RESUMO: Este artigo aborda o movimento contemporâneo da psicologia clínica no Brasil, em seus entrelaçamentos com as questões sociais. Traça um percurso que parte de críticas e preocupações com a distância entre suas práticas e a população, e aponta as terapias pós-modernas como possibilidade de superação dessa separação ao pontuar as diferentes concepções do social presentes nessa discussão. Assim, defende a designação de clínica psicológica como ação social, resultante da (re)significação tanto da clínica como do social, com base no pensamento sistêmico novo-paradigmático.

PALAVRAS-CHAVE: pensamento sistêmico novo-paradigmático, clínica psicológica contemporânea, compromisso social.

ABSTRACT: This article addresses a contemporary movement of the clinical psychology in Brazil, on its twists with social questions. It presents a path from the criticism and worries about the distance of its practices from the population, in direction of the postmodern therapies, pointing out the different conceptions of the social that emerges thence. It advocates the designation of psychological clinic as social action, based on revised concepts of the clinic and of the social, derived from the systemic theory in accordance with the post-modern paradigm of science.

KEYWORDS: systemic theory, new paradigm of science, contemporary psychological clinic, social commitment.

MARIA JOSÉ LIMA

*Psicóloga pela USP, terapeuta familiar, doutora pelo Núcleo de Família e Comunidade da PUC-SP, mediadora pelo Conversações e professora da pós-graduação em Intervenção Familiar pela UNITAU.
E-mail: majo.sjc@gmail.com.*

ROSA MARIA STEFANINI DE MACEDO

Pós Doutora em Terapia Familiar, coordenadora do Núcleo de Família e Comunidade da Pós-Graduação em Psicologia Clínica PUC-SP.

INTRODUÇÃO

O movimento vivido pela psicologia nas últimas décadas propicia, a nosso ver, uma nova concepção de sua prática à medida que se abre para ações coletivas e para novas atitudes e ações do profissional psicólogo. Este artigo busca tratar deste movimento através de um recorte realizado na tese de Lima (2015), norteado pela proposta de Macedo (2004), aceita pelo Conselho Federal de Psicologia, de uma nova conceituação para a clínica psicológica que busca ampliar o campo da clínica para além da dimensão intrapsíquica do sujeito conforme desenvolvido no corpo deste artigo.

Não se trata, portanto, de um relato de pesquisa, mas é necessário dizer que – embora cientes da grande importância do movimento gerado na saúde pública desde a luta antimanicomial, como resposta ao preconizado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), no tocante a uma atuação profissional mais próxima das necessidades e prioridades da população. A abordagem desta pesquisa dirigiu-se aos institutos privados e não governamentais, cujas práticas e produções teóricas, apoiadas no pensamento sistêmico novo-paradigmático, concebiam sua ação social como transformadora.

Defendemos neste artigo a qualificação das ações desenvolvidas por esses institutos como sendo uma ação clínica, desenvolvida como ação social transforma-

Recebido em: 30/12/2015
Aprovado em: 10/05/2016

dora, tendo, portanto, uma implicação política inquestionável. Embora tanto o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) como a LOAS postulem em seus textos ideias que vêm ao encontro dessa postura, a estrutura dos serviços públicos tende a dificultar este tipo de atuação. De acordo com nossa pesquisa, os depoimentos e as produções dos responsáveis por organizações e institutos que se propõem a trabalhar nesta perspectiva mostram que ela é possível e principalmente eficaz do ponto de vista da busca de soluções e da oferta de um tratamento mais justo e mais humano.

A PSICOLOGIA CLÍNICA EM MOVIMENTO

A psicologia, ao nosso ver, com base na análise de seu percurso nas últimas décadas, passou por dois momentos importantes de confluência de críticas e preocupações concernentes às suas ações junto à população. O primeiro desses momentos, nas décadas de 1980 e 1990, referia-se justamente a uma distância, especialmente da clínica, da vida da maioria da população, visto que não tinham acesso a este serviço até então oferecido preferencialmente nos consultórios privados. Falava-se de uma clínica feita para as “classes privilegiadas”. Tal concepção foi-se construindo mais fortemente à medida que foram se abrindo oportunidades para a inserção do psicólogo no serviço público institucional que assistia à população. Deparou-se com uma ação não só presa aos temas típicos de uma burguesia em ascensão, como presa a um modelo, associado ao da clínica médica, que se revelou muitas vezes de difícil aplicação nos contextos institucionais, ou até mesmo ineficaz perante a complexidade das demandas sociais.

Como respostas a esses limites, foram surgindo ações inovadoras que buscavam “reinventar as práticas psi” como expressaram Nascimento, Manzini e Bocco (2006), em relato de prática no qual fizeram a proposta de problematização das relações psicologia e política, ao se buscar “uma psicologia que não se separa da política nem da vida” (p. 02). Defenderam a construção de “situações coletivas de trabalho” no sentido de uma “desindividuação” do atendimento das famílias e de participação nas Políticas Públicas.

A partir de experiência junto ao Programa de Saúde da Família - PSF, estimulada pelos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, Sundfeld (2010) apresentou prática que qualificou como sendo de uma clínica ampliada, que contemplaria duas ações principais: a mudança de atitude dos profissionais (p. 03) e a inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde (p. 04). A autora avaliou esta clínica como “em interface com a política”, construída a partir de um “projeto terapêutico singular”, em conformidade com um “compromisso ético de dizer não à medicalização e à moralização da vida” (p. 07).

A abertura para psicólogos junto aos setores públicos de atendimento gerou impactos, vividos como paralisantes por alguns profissionais, mas também como motivadores e mobilizadores de novas ações para outros, como os dois exemplos citados. Também junto às instituições não públicas, com o desenvolvimento das organizações não governamentais e posteriormente das organizações da sociedade civil, abriram-se portas, criando demandas para as quais se poderia também responder de forma inovadora ou não.

Buscando conhecer e refletir sobre as ações desenvolvidas por psicólogos neste contexto, envolvendo tanto

instituições públicas como privadas, Lima (2010) esteve com profissionais que vinham ali atuando. Distinguiu-se destes encontros uma ação em construção, buscando por novos embasamentos e novos recursos, ao perceberem que o exercício clínico aprendido em suas formações não respondia às demandas construídas em contextos de vida em situação de vulnerabilidade*. Um fazer psicológico que levou as psicólogas participantes do estudo citado a questionarem a designação e significação de seu trabalho: “Continuamos psicólogas?”

Um questionamento que favoreceu reflexões sobre as competências profissionais necessárias para uma efetiva ajuda a quem busca por atendimento no serviço público, assim como as reflexões articuladas por Macedo (2001), que, ao desenvolver sobre as ações em situações de diversidade cultural, apontaram a necessidade de construção de novas competências, como resposta a esse novo desafio profissional. A autora então construiu o termo “competência cultural”, referindo-se à importância de um constante autoexcrutínio do psicólogo, no sentido de uma autoavaliação a respeito de suas lentes culturais. Conhecidas as lentes, o próximo passo seria o de não estar com o outro como representante de um saber ou de um modo de vida a ser seguido, deixando-o, com suas diferenças, no lugar de desviante.

A partir destas reflexões de Macedo e de outros autores que vinham tratando das genuinidades das ações em contextos de vulnerabilidade (Mejias, 1984; Andrade, 1999; Antunes, 2004; Lefevre; Lefevre, 2004; Barreto, 2010), Lima (2010) usou o termo “competência social” para dar voz aos recursos e habilidades que vinham sendo desenvolvidos como respostas ao que se vem qualificando como “novas demandas”

para o profissional psicólogo que atua junto às questões sociais.

Este movimento produziu, como uma das suas ressonâncias, importantes questionamentos a respeito da conceituação e designação da ação psicológica, especialmente em sua abordagem clínica. Isso contribuiu para o que chamamos neste artigo de um segundo momento de confluência de preocupações e críticas com relação às ações profissionais neste novo contexto de atuação, de ações junto às instituições públicas e privadas. Um movimento que tem se construído, a nosso ver, como cuidado científico e ético perante o novo.

Um importante apontamento neste sentido foi construído por Yamamoto (2009) que, ao questionar a forma como vem se dando a construção da extensão da atenção psicológica a uma camada mais ampla da população, falou do risco de se estar desenvolvendo uma prática que seria “apenas uma extensão das práticas convencionais” (p. 49). Classificou como “urgente” a necessidade de busca de alternativas na abordagem do fenômeno psicológico, e acrescentou a esse alerta a necessidade de ampliação dos “limites da dimensão política” (p. 50) da ação profissional do psicólogo.

A demanda de inclusão de questões político-sociais nas práticas psicológicas levou Campos (2001) a se preocupar com as práticas clínicas desenvolvidas nos serviços de Saúde Mental, apontando o risco de a clínica tornar-se uma “palavra negada” por sua possível “redução ao social” (p. 99). Como Yamamoto (2009), esta autora também apontou o risco de se viver com essas ações apenas uma “mudança de escala”, em movimentos de transferência do privado para o público. Com essas considerações, defendeu a necessidade de se “ampliar o debate sobre a

* Vulnerabilidade Social: noção construída como alternativa às noções normativas de classificação e avaliação da extensão da pobreza, por contemplar a complexidade do fenômeno das condições de vida da população.

clínica possível no serviço público” (p. 103), propondo uma “clínica ampliada”, definida como aquela que cuida do *sujeito*, que incluiria também como “objeto de ação da clínica”, os “desejos construídos socialmente” (p.102).

A força da ideia do *cuidar do sujeito* revela-se no conceito de promoção da saúde, conforme desenvolveu Czeresnia (2009) ao diferenciá-lo da prevenção, não apenas pela constatação de que “os principais determinantes da saúde são exteriores ao sistema de tratamento” (p. 49), mas pelo seu envolvimento com a ideia de “fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde” (p. 51). A autora dá destaque em sua análise à necessidade de se trabalhar com a *escolha* ao se promover a saúde, não sendo esta da esfera do conhecimento e sim do valor (p. 53). É este um discurso que vem ajudando a redirecionar as práticas de saúde.

Neste movimento, citamos ainda Neubern (2001), que contribuiu com reflexões a respeito do que designou como “obstáculos epistemológicos”, que seriam sustentados pelas “formas de construção de pensamentos presentes na psicologia clínica” (p. 240). O autor propõe a reflexão sobre uma clínica que não apenas se estendesse para a camada mais vulnerável da população, e sim respondesse à demanda do espírito da época contemporâneo de integração da complexidade. Trouxe a demanda de uma clínica que considerasse a “subjetividade social”, referindo-se ao “jogo dialético entre o sujeito e o mundo social” (p. 247).

Vemos aqui a construção de um cenário que permite a distinção de um importante momento na história da psicologia clínica, que aponta para o que Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003) designaram como “passagem”.

Essa é entendida como uma “inflexão na concepção do sujeito-objeto da psicologia clínica”, saindo de um sujeito “compreendido apenas em sua realidade intrapsíquica” na direção de um sujeito que é “um sujeito em sociedade” (p. 105). Para esta visão “mais abrangente” da clínica psicológica, as autoras associaram a ideia de uma “virada teórico-clínica” (p. 108). Uma virada que, em nossa compreensão, marca o movimento que amplia a escuta do intrapsíquico como tarefa tradicional da psicologia clínica, dando voz para a sua interconstituição com o social.

Como próprio das transições, surgem inquietações e cuidados que vêm alimentando importantes questões das quais selecionamos uma para este artigo. Escolhemos um questionamento que pode nos levar a uma nova conceituação da psicologia clínica: ao deixar seu lugar tradicional tanto fisicamente (associada exclusivamente aos consultórios) como conceitualmente (entendida como escuta do intrapsíquico), a clínica psicológica pode perder seu caráter clínico ou seu poder terapêutico?

UMA NOVA CONCEITUAÇÃO PARA A PSICOLOGIA CLÍNICA

As práticas que buscam ouvir demandas de seu tempo acabam por alimentar reflexões teóricas que podem, por vezes, levar à construção de novas conceituações. Ao acompanhar de forma reflexiva e amparada no pensamento sistêmico ações da psicologia nas últimas décadas nos espaços institucionais ou comunitários, Macedo (1984, 2001, 2004, 2006) vem apontando a necessidade de se repensar a ação clínica. Essa necessidade perpassa inclusive sua designação e conceituação para acolher as novas demandas que se constroem tanto na convivência com as questões

sociais, como com as vozes do mundo pós-moderno.

Do lugar de quem ajudou a construir prática e teoria a esse respeito, Macedo (2004) elaborou a proposta de que a psicologia mantenha a clínica como um campo específico, porém “com um significado próprio”, diferente da ação clínica do modelo médico justamente para que possa contemplar sua ampliação ou extensão. Acolhendo a demanda de um alargamento do campo da psicologia clínica para além da dimensão intrapsíquica, considerando a importância do contexto sócio-econômico-político-cultural como um “elemento fundante” da identidade (p. 03), propôs outra denotação para o termo clínica. O autor o compreende como uma “postura profissional, uma atitude diante do objeto de estudo...” que se configuraria em uma “postura ética básica” não presa a um determinado setting de atuação, mas aplicável a diferentes contextos.

Para essa escuta/atitude e para o encontro com as diversidades em diferentes contextos de trabalho, Macedo (2004) destacou a “valorização da subjetividade do profissional” no desenvolvimento de sua “competência cultural”, do cuidado com seus vieses e possíveis ressonâncias pessoais. Deparamo-nos aqui com o fato de que ao se ampliar um campo de ação ou se rever um conceito, devemos nos guiar pelo cuidado ético profissional. É este o movimento que observamos nas reflexões de Figueiredo (2004), quando também se abre, a partir da psicanálise, para uma clínica não presa a um lugar (p. 57), não presa aos sistemas classificatórios, definida sim por sua ética que estaria comprometida com a “escuta do interdito” ou do “excluído”.

Trata-se de uma concepção que, dentro da “virada teórico-clínica”, conforme designada por Féres-Carneiro

e Lo Bianco (2003), dá lugar para o sujeito em sociedade e a uma clínica que considera a “subjetividade social” (Neubern, 2001) como objeto de sua ação. Designada como ampliada pelo fato de estender-se para além do intrapsíquico, a clínica psicológica ganha um novo comprometimento, que constrói, a nosso ver, a responsabilidade social deste profissional. Responde-se aqui à demanda de um maior comprometimento social em nossas ações, conforme vem preconizando nossas leis (LOAS) e nossos órgãos representativos (CFP). Uma designação que se coloca como uma resposta ao necessário movimento de expansão.

Vemos aqui um movimento que vem dando espaço, em nosso entender, não só a uma nova concepção da clínica psicológica, mas também a uma nova concepção do social que, quando associada ao Pensamento Sistemático Novo-Paradigmático (Vasconcellos, 2005), dá lugar às terapias pós-modernas tal como as define Grandesso (2001), favorecendo “uma prática social transformadora” (p. 15).

Lima (2015), ao narrar a história da convivência da Clínica Psicológica com metáforas e designações que incluem o conceito *social* em seu campo de ação, distinguiu diferenças na concepção deste social, as quais classificou em três grupos (p. 17). O primeiro deles acolhe as ações que usam o termo social apenas como sinônimo de ações com grupos ou comunidades, diferenciando-as das ações com indivíduos em contextos privados.

O segundo grupo refere-se ao uso do social como sinônimo de atenção à população que vive em situação de vulnerabilidade social. Neste grupo incluiu as ações assistencialistas, que correm o risco de um cunho puramente paliativo, e as ações do chamado “novo voluntariado”, definido por

Cunha (2010) como sendo de uma “solidariedade renovada” (p. 19), por estar atrelada à noção de cidadania, amparada por conhecimento técnico, com gestão e planejamento.

E, por último, o grupo que reuniu as ações cujo uso do social entendeu como adjetivação de atuações comprometidas com a justiça social. Incluiu aqui as ações atreladas à leitura sócio-histórica, que, ao colocar ênfase no acontecer histórico, vem produzindo um discurso de uma psicologia socialmente engajada (Bock, 2008) que luta pela igualdade e justiça. Esse comprometimento também foi visto nas ações sustentadas pelas abordagens pós-modernas que, amparadas em uma leitura relacional sistêmica, produzem um discurso que implica e responsabiliza a todos, rompendo com dicotomias que possam sustentar possíveis lutas ou impasses.

Por esta razão, entendemos que a concepção do social associada às práticas pós-modernas supera a simples interface ou comprometimento com as questões sociais. Desenvolveremos sobre ela a seguir por entender que seu potencial de abrangência e inclusão pode contemplar as novas demandas para a psicologia na contemporaneidade.

A CONCEPÇÃO DO SOCIAL NAS TERAPIAS PÓS-MODERNAS

Sob o “guarda-chuva paradigmático da pós-modernidade”, em que estariam os enfoques ditos construtivistas ou construcionistas sociais (Grandesso, 2001, p. 04); ou atreladas ao pensamento sistêmico novo-paradigmático, conforme definido por Vasconcellos (2005), desenvolvem-se as terapias pós-modernas. Como epistemólogas, Grandesso e Vasconcellos contribuem

para a compreensão da concepção do social que emerge dos novos paradigmas. Essa compreensão favorece a construção de uma clínica que, a nosso ver, oferece respostas às preocupações relativas à possível alienação da ação psicológica com relação às questões sociais e ao possível despreparo e não fundamentação dos profissionais que buscaram incluir as questões sociais em suas intervenções.

Como pressuposto comum a estas abordagens destaca-se a distinção na construção social do conhecimento. Isso dá voz ao que é construído em contexto conversacional com foco na apropriação possível de cada indivíduo para a significação de sua experiência, conforme leitura construtivista. E também estão enfocados os significados construídos socialmente, destacando o diálogo e a reflexão, conforme leitura construcionista. A ênfase para ambos fica na “natureza construída do conhecimento” (Grandesso, 2002, p. 110), na convivência com o outro ou com o meio, no “entrecruzamento de nossas subjetividades” (Vasconcellos, 2005, p. 84).

A adjetivação de *novo-paradigmático* para esse pensamento, conforme Vasconcellos (2005), se deve ao fato de contemplar os três pressupostos básicos do novo paradigma da ciência concebidos como interligados e articulados entre si: a complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade. São pressupostos que dão voz e vez para a contextualização dos fenômenos ao jogar o foco para as relações; ao buscar assimilar o constante movimento e a imprevisibilidade nos sistemas; e ao conceber a *coconstrução* tanto dos problemas como das soluções.

A *coconstrução* ganha lugar como constituição e ferramenta nas ações, principalmente como implicação do pressuposto da *intersubjetividade*, a concepção de que desejos, significa-

dos e conhecimentos são construídos dialogicamente. Uma concepção que, conforme destacou Grandesso (2006, p. 61), abre espaço para uma visão relacional do *self* (Gergen, 2010), pondo em questão a visão essencialista deste. Uma visão em que o individual e o social passam a ser compreendidos como em *interconstituição*, no sentido de Maturana (2014, p. 49) de “mutuamente generativos”, sendo o social “o meio onde os indivíduos se realizam como indivíduos”.

Sob este guarda-chuva convivem ações que “não oferecem soluções de um especialista que tudo sabe sobre determinada pessoa ou realidade, que não mais agirá *sobre* o social, e sim, compondo o social, cuja interconstituição com o individual na construção intersubjetiva traz o poder – de mudança ou transformação – para o *encontro*” (Lima, 2015, p. 25). Surge um especialista que não abdica das teorias que o formaram, mas que as reposiciona como “construções sociais úteis” (Grandesso, 2006, p. 61), não mais sendo usadas de forma reificada. Um especialista em estar com o outro de forma reflexiva e colaborativa.

Vê-se, portanto, que ao contemplar a interconstituição uma ação se beneficia com a não polarização individual/social, no sentido de dar espaço e voz para a coconstrução, de forma legitimada, de significados e conhecimentos. São construções que norteiam tanto a vida dos indivíduos e comunidades como a condução e criação do ambiente terapêutico, seja ele em um contexto privado ou não. Fica aqui evidente a força político-social desta visão que dá lugar central para a *colaboração*, da forma como a concebe Maturana (2004, p. 207), como tendo um “papel fundante” no fenômeno social, estando este intimamente relacionado à “aceitação e respeito pelo outro” (p. 208).

O papel central e fundante da colaboração, assim como a consideração e foco na coconstrução, sustenta as ações com as redes sociais, uma metáfora de largo uso nas terapias pós-modernas, que foi construída a partir do pensamento sistêmico. Ela concebe “o universo como rede” (Najmanovich, 1998, p. 59), dando lugar para o “sujeito complexo”, não mais compreendido isoladamente, e sim como aquele “que emerge como tal na trama relacional de sua sociedade” (p. 64). Uma metáfora que sustenta e é sustentada por uma concepção do social que implica e responsabiliza a todos na construção ou dissolução dos significados e ações que neles se apoiam.

As implicações desta posição epistemológica – construtivista/construcionista social – constroem, portanto, para os profissionais da psicologia, e para os profissionais de outras áreas de atuação que assumam uma visão sistêmica do mundo, sua *responsabilidade social*. Uma responsabilidade vivida não como uma ação ou posição que se preconiza ou se institui, mas como uma implicação de nos concebermos como indivíduos em interconstituição com o meio social; assim como por concebermos que a realidade é construída por nós no “entrecruzamento de nossas subjetividades” (Vasconcellos, 2005, p. 84). A responsabilidade profissional ganha aqui a adjetivação de social por concebermos a coautoria de nossas vidas e seus significados preferidos.

A CLÍNICA COMO AÇÃO SOCIAL

A postura ou atitude profissional construída e sustentada por esses pressupostos tem se revelado profícua nas ações em contextos de vulnerabilidade social. Distinguimos seu potencial de ajuda primeiramente na construção

da cidadania e de empoderamento dos cidadãos, por viabilizar a “participação ativa” destes, por vezes na condição de pacientes, em um diálogo agora “legalmente instituído” (Freire, 1983, p. 58). Assim como de ajuda no desenvolvimento pessoal ou coletivo, juntando ao *tornar-se sujeito*, demanda da clínica psicológica o *tornar-se cidadão*, como também constitutivo do almejado equilíbrio mental. A clínica como ação social estaria desta forma trabalhando pelo *tornar-se sujeito socialmente reconhecido*.

Dessa forma, as terapias pós-modernas podem ser designadas como práticas “sociais transformadoras”. Em um sentido que favorece a transformação da pessoa vista como *objeto*, simples recebedora de benefícios, para ser vista como *sujeito*, agente da própria vida, de maneira implicada e responsabilizada.

Aqui as preocupações com as chamadas “questões sociais” não perdem seu importante lugar, mas sim passam a ser uma implicação da forma de se conceber a construção do conhecimento, a respeito do mundo e de si mesmo, sempre na relação com o outro. Um pressuposto epistemológico que nos inclui a todos, quebrando dicotomias e abrindo espaço para novas conversações que, por sua vez, podem gerar novas percepções, marcando seu potencial terapêutico (Lima, 2015).

Este potencial pode ser visto em ação nas práticas de alguns institutos contemporâneos brasileiros que prestam serviço à comunidade de diferentes formas, que têm em comum justamente o fato de se conceberem como em alinhamento com o pensamento sistêmico novo-paradigmático, e por buscarem construir uma ação social compreendida como ação transformadora. Lima (2015), buscando por ações que efetivamente estivessem renovando a convivência da clínica psicológica com

as questões sociais, e vislumbrando este movimento nestes institutos, produziu estudo que buscou conhecê-los através de suas práticas e produções.

Os participantes convidados foram três institutos, em ação há mais de duas décadas, dos quais, para aproximação e análise, foram selecionadas três fontes: documental, mediante seus estatutos; depoimentos de coordenadores, com o auxílio de entrevistas; e reflexões de suas práticas por meio de produções em forma de textos publicados. A nosso ver, podem ser qualificados como importantes representantes da história contemporânea da psicologia clínica, muito embora nem sempre se reconheçam como dentro dela...

Este não reconhecimento quando colocado dentro do movimento aqui apontado de busca de amplitude e maior abrangência, a partir de uma nova concepção do social e da clínica, fica compreendido como próprio dos estranhamentos dos movimentos de transição. Isso talvez por não se reconhecerem mais dentro do modelo tradicional da psicologia atrelada ao modelo médico, assim como pelo fato de estarem atuando de forma transdisciplinar, transitando por e dialogando com diferentes disciplinas e áreas de atuação, dando voz à vocação transdisciplinar do pensamento sistêmico, ou até mesmo da própria psicologia, como afirma Figueiredo (2004).

Os três institutos analisados revelaram, tanto em seus documentos como em suas práticas e produções, o duplo comprometimento – clínico e sociopolítico – que, acreditamos, compõe o “tornar-se sujeito socialmente reconhecido” como objeto de trabalho próprio de uma clínica que se concebe como ação social. A junção do comprometimento com o pressuposto da intersubjetividade com a categoria conceitual de vulnerabilidade social,

na qual a pobreza é compreendida em sua complexidade, parece ter produzido não apenas uma clínica possível nestes contextos, como uma clínica mais eficaz, conforme relatos e avaliações destes institutos.

Em comum também vale aqui destacar, por revelar seu comprometimento com a produção de conhecimento e com a coerência epistemológica de suas ações, a promoção que fazem de cursos, estudos e pesquisas. A adesão ao pensamento sistêmico novo-paradigmático produz ações sociais políticas mais colaborativas, e não mais apenas assistencialistas ou interpelativas. Revela-se um pensamento cujas implicações produzem ações com foco nos fenômenos relacionais, favorecendo o “levar a escuta clínica” para diferentes contextos, do micro ao macro universo.

Como próprio de suas estratégias e ferramentas, destaca-se o poder de ações que cuidam do contexto conversacional, revelando um profissional que se torna especialista agora não mais na aplicação de uma teoria ou técnica, e sim na construção de um contexto reflexivo e colaborativo. O processo clínico fica assim definido como conversa terapêutica, cujo poder transformador viria da vivência de igualdade de direitos na prática relacional.

Emerge daí um empoderamento que se *constrói* nos encontros reflexivos, e não o que se dá, do lugar de um especialista na vida do outro, ou o que luta por manter posições de possíveis donos do poder. Assim como bem argumentava Paulo Freire (1983) em sua pedagogia dialógica, ao ressaltar que ela deveria ser desenvolvida *com* e não *para* o oprimido (p. 17).

Como inerente ao trabalho destes institutos ressalta-se também a responsabilidade social compreendida como *relacional*, cujas consequências inclusivas vêm potencializar o poder

terapêutico e social transformador de suas ações. Esta potencialização se justifica por ser esta uma inclusão que empodera e responsabiliza, contemplando o que Sen (2010, p. 359) qualifica como sendo nossa “existência social”, ao construir a concepção da liberdade individual como um comprometimento social.

A clínica por eles desenvolvida pode ser compreendida como possuindo uma escuta, levada a diferentes contextos, que está a serviço do diálogo reflexivo, e uma postura colaborativa, ao buscar “juntar-se ao cliente numa exploração mútua de sua experiência e compreensão” (Anderson & Goolishian, 1993, p. 12). Um modo de estar juntos que carrega em si um potencial transformador e multiplicador, alimentando uma clínica que se revela transformada, ampliada e mais efetiva em suas intenções de colaboração com a sociedade.

Com o intuito de exemplificar este *modo de estar juntos* dos institutos analisados por Lima (2015), selecionamos uma prática de cada um deles, práticas essas já amplamente divulgadas e ensinadas por eles, o que facilitará ao leitor reconhecer a identidade dos participantes. Tal fato não inviabiliza o uso dos exemplos por ter sido acordada com os profissionais participantes a não garantia do sigilo das fontes, justamente por se tratar de institutos amplamente conhecidos nos meios acadêmicos e profissionais. E principalmente por terem interesse em gerar, de forma aberta, reflexões e produções a partir de suas ações.

A prática denominada de **Multiplificadores Reflexivos** (Bernardes, Barbas & Pereira, 2003) atua com profissionais e alunos estagiários do instituto, junto às equipes das instituições parceiras. Com forte influência de Tom Andersen (2003) e seus processos reflexivos, buscam cuidar de construir

um espaço conversacional reflexivo, com o propósito principal de geração de recursos para as pessoas e o grupo. A partir das perguntas reflexivas e da escuta a partir da legitimidade do outro, o foco fica na linguagem baseada nas competências, no reconhecimento dos saberes implícitos em cada modo de vida. A ação se denomina multiplicadora por favorecer que se leve para as relações a forma de refletir e se relacionar ali vivenciada.

O segundo exemplo baseia-se na proposta da Terapia Comunitária de Barreto (2010), apoiando-se na Abordagem Colaborativa de Anderson e Goolishian (1993) e na metodologia de Ação Reflexão de Paulo Freire. Denominada de **Terapia Comunitária Integrativa – TCI** (Grandesso, 2014), é uma metodologia de trabalho com grandes grupos, como uma prática coletiva de conversações. Pode ser realizada no espaço próprio da comunidade, em diferentes contextos grupais. Com simplicidade de manejo e estruturação, em um formato fechado de 5 etapas vividas a cada encontro, pode atender tanto a singularidade de cada pessoa como sua “dimensão coletiva”. Busca a construção de um compromisso coletivo, com o propósito de ampliar possibilidades sem recorrer às formas instrutivas, sendo compreendida como de “caráter terapêutico”.

O **Grupo Reflexivo de Gênero** (Acosta, Andrade Filho & Bronz, 2004) é nosso terceiro exemplo e se refere a uma prática descrita como de prevenção e atenção à violência intrafamiliar e de gênero. A influência teórica principal é a das propostas reflexivas de Andersen (2003) e da pedagogia do diálogo de Paulo Freire (1983), assim como os constructos que se referem às *redes* como metáforas. Voltada para homens de diferentes idades, possui um formato que se inicia com entrevistas preliminares, pas-

sa pelos grupos de reflexão e acompanhamento, e se encerra com um grupo focal de avaliação. Como propósito principal está o ampliar de recursos para a resolução de crises e conflitos, buscando a transformação das relações de poder entre homens e mulheres. Como estratégias e ferramentas destaca-se o desenvolvimento de conversações alimentadas pelas construções sociais, através de perguntas geradoras de diálogo para a transformação. Trata-se uma prática que tem favorecido conversas com diferentes setores da sociedade, contribuindo com programas de políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos afirmar que os movimentos que se inquietaram com a possível alienação da Psicologia Clínica em relação às questões sociais favoreceram respostas, vistas aqui pelas ações dos institutos, como apontando para uma renovação e não uma desconstrução, negação ou esvaziamento desta clínica, quando se abre para ações institucionais ou comunitárias. Acreditamos que ela está sendo renovada, vivendo as ressonâncias desta ampliação, vivendo os benefícios e desafios desta necessária abertura.

Vemos aqui um movimento que pode ampliar nosso poder de ajuda ao ser humano, em todos os seus níveis de relação. Que se beneficia de uma nova conceituação ou de uma ressignificação da clínica psicológica, vista agora como uma *Ação Social*, libertando-se de seu significado tradicional que vinha produzindo um estreitamento do seu campo de ação.

REFERÊNCIAS

Anderson, H., Goolishian, H. (1993). O Cliente é o Especialista. Uma abor-

- dagem para terapia a partir de uma posição de Não Saber. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 3, pp. 8-23.
- Andrade, A. N.** (1999). Psicólogo(a) Clínico(a) e a atuação em Comunidade: Incertezas e Desafios para sua formação. Número especial: *Memórias em psicologia comunitária*. XXVI Congresso Interamericano de Psicologia, vol. 8, no. 1.
- Antunes, M. A. M.** (2004). A Psicologia no Brasil no séc. XX: desenvolvimento científico e profissional. In: M. Massimi, e M. C. Guedes. *História da Psicologia no Brasil: novos estudos* (pp. 109-152). SP: Educ e Cortez Edit.
- Barreto, A. de P.** (2010). As dores da alma dos excluídos no Brasil e a Terapia Comunitária. In: M. Grandesso, M. R. Barreto (Org.) *Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social: saúde, educação e políticas públicas* (pp. 19-26). SP: Casa do Psicólogo, ABRATECOM.
- Bernardes, C.; Barbas, M. C.; Pereira, M.F.** (2003). Multiplicadores Reflexivos. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 20, pp. 40-22.
- Brasil.** Presidência da República – Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, no. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <www.mds.gov.br/...loas...%20LOAS%20Anotada%202009.../download>. Acesso em: Jan. 2014.
- Bock, A. M. B.** (2008). O compromisso social da Psicologia: contribuições da perspectiva Sócio-Histórica. *Psicologia em foco*. Aracaju, vol. 1(1). Jul./dez.
- Campos, R. O.** (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. In: *Saúde debate*; 25(58):98-111, maio/ago.
- Czeresnia, D.** (2009). O conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In: D. Czeresnia, C. M. Freitas (org.) *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 43-57.
- Conselho Federal De Psicologia** (2014) - Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Saúde Pública (CREPOP). Referência técnica para atuação do Psicólogo no CRAS/SUAS. Brasília, Conselho Federal de Psicologia, Brasília – DF/2007. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2007/08/cartilha_crepop_cras_suas.pdf>. Acesso em: 29 Mai. 2014
- Cunha, M. Pereira.** (2010). *Os Andaimos do Novo Voluntariado*. São Paulo: Cortez.
- Féres-Carneiro, T.; Lo Bianco, A. C.** (2003). Psicologia clínica: uma identidade em permanente construção. In: O. H. Yamamoto, V. V. Gouveia, *Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 99-120.
- Figueiredo, L. C. M.** (2004). *Revisitando as psicologias – da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Freire, P.** (1983). *Pedagogia do Oprimido*. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Grandesso, M.** (2006). *Sobre a Reconstrução do Significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica* (orig. 2001). SP: Casa do Psicólogo.
- Gergen, K. J.; Gergen, M.** *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010.
- Grandesso, M.** (2001). Terapias pós-modernas. Trabalho apresentado

- no Congresso da IFTA, em P. Alegre, em Nov. 2001. Disponível em: <www.terapianarrativa.com.br/artigos/pos-moderno.pdf>. Acesso em: janeiro de 2010.
- Lefevre, F. Lefevre A. M. C.** (2004). *Promoção de Saúde – a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent.
- Lima, M. J.** (2010). A Competência Social do Psicólogo: estudo com profissionais de instituições no atendimento às famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Lima, M. J.** (2015). A Clínica Psicológica como Ação Social. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de SP.
- Macedo, R. M. S.** (1984). *Psicologia e instituição: novas formas de atendimento*. São Paulo, Cortez.
- Macedo, R. M. S.** (2001). Diversidade Cultural: Desafio para o terapeuta familiar. In: M. A. Grandesso (Org.). *Terapia e justiça social: respostas éticas a questões de dor em terapia* (pp. 41-48). São Paulo: Associação Paulista de Terapia Familiar.
- Macedo, R. M. S.** (2004). Psicologia clínica: uma conceituação. *Jornal do Psicólogo*, Jul.- ago.
- Macedo, R. M. S.** (2006). Pensando a atenção à saúde sistemicamente. IN: C. L. O. C. Moré, R. M. S. Macedo. *A Psicologia na Comunidade: uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maturana, H, Varela, F.** (2014). *A Ontologia da Realidade*. 2 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Mejias, N. P.** (1984). O Psicólogo, a Saúde Pública e o esforço preventivo. *Saúde Pública*, São Paulo, (18).
- Najmanovich, D.** (1998). A Linguagem dos Vínculos. Da independência absoluta à autonomia relativa. In: E. DABAS. *Rede in el linguagem de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.
- Nascimento, M. L., Manzini, J. M. & Bocco, F.** (2006). Reinventando as práticas psi. *Psicologia & Sociedade*, vol. 18, n. 1, jan./abr. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000100003>
- Neubern, M. S.** (2001). Três Obstáculos Epistemológicos Para o Reconhecimento da Subjetividade na Psicologia Clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), pp. 241-252.
- Sen, A.** (2010). *Desenvolvimento como liberdade*. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sunfeld, A. C.** (2010). Clínica Ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 20, n. 4, jan./dec. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>
- Vasconcellos, M. J. E.** (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas, São Paulo, Papyrus.
- Vasconcellos, M. J. E.** (2005). Pensamento sistêmico novo-paradigmático: novo-paradigmático, por quê? In: J. C. Aun, M. J. E. Vasconcellos, S. O. Coelho. *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais* (pp. 80-90). Vol. I. Belo Horizonte: Oficina de Arte e Prosa.
- Yamamoto, O. H.** (2009) Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In: A. M. B. BOCK, (Org.). *Psicologia e o compromisso social* (pp. 37-55). 2a ed. Revisada. São Paulo: Cortez.
- Yamamoto, O. H.** (2010). 50 Anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? *Psicologia: ciência e profissão*, 2010, 32 (num. esp.), p. 6-17.