

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA AMPLIADA, PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA E O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NA COMUNIDADE DE MUZEMA, NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.

Some Considerations about the concept of Enlarged Clinic. Community Social psychology and the report of an experience in the community of Muzema, in the city of Rio de Janeiro

Lurdes Perez Oberg<sup>1</sup> - Junia de Vilhena<sup>2</sup>

### RESUMO:

O objetivo deste artigo é mostrar o relato de uma experiência de clínica em Psicologia Comunitária, do Serviço de Psicologia Aplicada, no Posto de Saúde da localidade de Muzema (Rio de Janeiro). A clínica ampliada, com enfoque teórico-psicanalítico, aproveitando as contribuições da Psicologia Sócio-Histórica, é uma proposta construída nesta experiência. As conclusões indicam que o reconhecimento do sujeito singular, decorrente da valorização do sujeito inconsciente, pode mostrar-se como uma condição fecunda para que o sujeito possa transitar nos pólos individual e coletivo, fortalecendo sua capacidade de crítica de si mesmo e da realidade social.

**Palavras Chave:** Psicologia Social Comunitária- comunidade- clínica ampliada-

### ABSTRACT:

The objective of this article is to discuss about an clinic experience as Community Psychology supervisor at the Applied Psychology Service, Muzema Health Center, Rio de Janeiro. The broadened clinic work, with the psychoanalytic approach, considering the contributions of socio-historical references, is a proposal built on practical experience. The conclusions indicate that recognition of a uniqueness subject, as consequence of unconscious subject valorization, may show itself as an fertile condition so that this subject can move in the individual and collective axis, building up his critical capacity about himself and, also, about social reality.

**Key Words:** Social-community psychology-community- broadened clinic work

<sup>1</sup> Doutora em Psicologia pela Puc-Rio, Profa. do Departamento de Psicologia e Supervisora em Psicologia Comunitária do SPA da Universidade Veiga de Almeida. Pesquisadora Associada do LIPIIS ( Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social da PUC-RJ) lurdesoberg@treinacom.com.br

<sup>2</sup> Psicanalista. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social – LIPIIS da PUC-Rio. Pesquisadora da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Pesquisadora correspondente do Centre de Recherches Psychanalyset et Médecine -Université Denis-Diderot Paris 7 CRPM-Pandora. E-mail: vilhena@puc-rio.br

## INTRODUÇÃO

O relato de experiência, apresentado neste trabalho, é parte integrante da tese de doutorado, defendida no Departamento de Psicologia da PUC-Rio, sob a orientação da Professora Junia de Vilhena, intitulada “Do Rio das Vitruines à Galeria dos Desconhecidos: Um estudo em Psicologia Social Comunitária na localidade de Muzema”. Nele mostramos a experiência clínica no Posto de Saúde em Muzema, o IADAS (Instituto dos Amigos da Saúde), uma ONG da própria comunidade de Muzema.

Recorremos à análise de Walter Benjamin (1996) sobre o enfraquecimento da experiência no mundo capitalista moderno em detrimento de um outro conceito, a experiência vivida, característica de um indivíduo solitário. Ciente disso, pensamos que a experiência junto a estagiários de Psicologia contribuiu significativamente para a construção de uma experiência coletiva e pode transformar, de alguma forma, as dificuldades com que nos deparamos. Além do mais, compartilhamos percepções, afetos e idéias sobre tal percurso.

Para uma sucinta contextualização para o leitor, a tese de doutorado, teve o propósito de revelar alguns desdobramentos da atuação, desde janeiro de 2002, de uma das autoras como supervisora em Psicologia Comunitária, do Serviço de Psicologia Aplicada, no Posto de Saúde da localidade de Muzema. Esta é uma comunidade situada na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, com características de população de baixa renda muito próprias e com moradores nordestinos.

Dentre os mais importantes desdobramentos, destacamos um aprofundamento em Psicologia Comunitária a partir do referencial teórico sócio-histórico, uma reflexão sobre a comunidade existente na cultura contemporânea, dando ênfase ao debate sobre o individualismo, a ausência do Estado em diversos setores da vida em sociedade e o contexto de vida dos “refugiados humanos”<sup>3</sup> na atualidade.

Por fim, apresentamos o relato da experiência no Posto e na comunidade de Muzema. A clínica ampliada, com enfoque teórico-psicanalítico, foi apresentada como proposta que não se esgota nas falas dos sujeitos atendidos na instituição, mas que requer um olhar para as especificidades daquele grupo e seus entrelaçamentos nas questões presentes na sociedade mais ampla. Considerou-se, ainda, que a Psicologia Sócio-Histórica nos convida a assumir o caráter ético e político da escuta clínica, possibilitando a construção de políticas públicas.

Ancorada numa perspectiva crítica e histórica na Psicologia Social Comunitária e reconhecendo a importância da historicidade de todos os processos humanos e sociais, acreditamos nos ensinamentos de Silvia Lane: “Portanto, caberia a Psicologia Social recuperar o indivíduo na intersecção da sua história com a história de sua sociedade \_ apenas esse conhecimento nos permitiria compreender o homem como produtor da história” (Lane, 1992, p.13).

A tese busca mostrar a produção de autores da Psicologia Social que, aqui no Brasil, vêm empenhando-se no estudo da

<sup>3</sup> A escolha desta expressão, analisada no texto de Bauman (2005), justifica-se por entender que a realidade dos sujeitos, que não acompanham o capitalismo globalizado, deve ser vista a partir de uma análise que investigue as implicações para todos nós e, em especial, dos ditos excluídos pela ordem econômica que coloca de lado aqueles que por variadas razões não acompanham o ritmo deste cenário, onde o capital e o consumo são mais valorizados que a própria vida humana.

Psicologia crítica sócio-histórica e de autores das Ciências Sociais que contribuam para esta mesma proposta. Consideramos, neste percurso, a indissociabilidade entre teoria, metodologia e prática transformadora.

Atualmente, a Psicologia Social Comunitária contribui para a análise das relações entre o mundo subjetivo e o objetivo, sendo, também, um espaço de alargamento dos domínios tradicionais da Psicologia. Através desta perspectiva pudemos realizar um trabalho clínico, tomando como norteador de nossa prática o conceito de Clínica Ampliada. A inserção do psicólogo nas comunidades de baixa renda promove o diálogo entre sujeitos de contextos diferentes, possibilitando a reconstrução cultural, a ética da solidariedade e a construção de projetos coletivos, num cenário de individualismo urbano crescente.

Para um aprofundamento sobre a presença do psicólogo e de outros profissionais nestes contextos, tomamos como referência Vilhena (2007), que examina algumas das conseqüências psíquicas da intolerância e da negação da alteridade no agenciamento da subjetividade do sujeito contemporâneo.

Segundo Vilhena (2007), o encontro com o Outro não é mais uma possibilidade de novas relações emergirem, mas representa uma ameaça em potencial. Ao discutir o caráter ideológico do racismo, Vilhena aponta para o poder de persuasão que fixa negros, trabalhadores pobres, desempregados, indigentes, mulheres, loucos, etc. em identidades coletivas e serializadas. Enfatiza a autora que a questão principal do racismo não é o medo do diferente, mas o medo igual

Compreenda-se o igual não só como aquele que, na versão psicanalítica nos re-

mete aos nossos próprios horrores como também, na versão política e social, aquele que tem acesso aos mesmos direitos que nós, ou seja, partilha do mesmo poder e, conseqüentemente, conosco compete.

Em seu texto (2005), “Da cultura do medo à fraternidade como laço social”, a autora mostra a vida dos jovens dos subúrbios e da periferia carioca que freqüentam e produzem uma manifestação artística: a cultura hip hop. Ela cita MV Bill, que expressa o percurso destes jovens, o preconceito sofrido e a sua compreensão sobre a importância da escola:

A descrição do marginal é favelado, pobre, preto! / Na favela, corte de negão é careca / É confundido com traficante, ladrão de bicicleta / Está faltando criança dentro da escola / Estão na vida do crime, o caderno é uma pistola / Garota de 12 anos esperando a dona cego-nha / Moleque de 9 anos experimentando maconha. (Traficando informação, MV Bill) (p.40).

Vilhena fala, neste mesmo texto, que aceitar que o medo possa ser naturalizado é uma tentativa de diluir as conseqüências políticas e de não se comprometer com as possibilidades de transformações. Encaramos a violência como um ato de exceção, um desvio do processo civilizatório e deixamos de prestar atenção à conexão entre o desejo de destruição de um lado e nossos ideais sagrados de outro.

Vilhena discute como foi, a partir da mudança da relação do sujeito com a morte no Ocidente, inexistente em outras culturas, que se determinou, gradativamente, “uma cultura mortífera do imaginário”. O medo existe como um forte agenciador da ordem instituída e de subjetividades produzidas. O medo autoriza a

violência do Estado e a criminalização ou medicalização da pobreza, confluindo discurso médico e penal.

Em Muzema, observamos que o investimento afetivo no lugar, naquele território, propicia mudanças na subjetividade do próprio pesquisador e promove o reconhecimento da potência de sujeitos desconhecidos e não-reconhecidos como cidadãos em nossa sociedade. Este investimento afetivo no lugar possibilitou uma reflexão sobre o medo do próprio pesquisador. Este medo e a busca por segurança dos moradores de Muzema estimularam a discussão em torno do mal-estar contemporâneo: sentimentos exacerbados de desamparo, o medo patologizado, a busca do prazer através do medo e os cuidados em torno da segurança pessoal. O medo é um projeto estético que movimenta a mídia, a cultura e, a “indústria da segurança”. No Brasil, o medo do crime e da violência urbana carrega as marcas da escravidão: o medo dos índios, pobres, negros, etc.

No início deste percurso em 2002, constatamos um desconhecimento da população da cidade do Rio de Janeiro sobre os modos de vida daquela região (Zona Oeste). Hoje, a mídia divulga informações sobre a realidade vivida por seus moradores, que convivem com as milícias, conhecidas por eles como “polícia mineira”. A defesa das milícias por um segmento da população é um fato já constatado no cotidiano do Rio de Janeiro.

Vemos em Muzema que “viver fora do tráfico” alivia as tensões de morar no Rio de Janeiro. Os moradores, de um modo geral, dizem: “aqui é um lugar calmo”, “aqui não tem violência”, sempre tendo como referência o tráfico de drogas. A oferta da segurança proporcionada nesta localidade articula-se a aspectos da indústria da segurança presente em nossa sociedade o

que nos leva a refletir sobre a atuação do Estado em nosso cotidiano e as possíveis contribuições de uma pesquisa em Psicologia Comunitária no tocante ao compromisso do Estado frente às políticas públicas e à saúde da população.

Para Vilhena (2000), fazer uma reflexão sobre a relação global/local nos habilita a olhar a relação territorialização/des territorialização como um fator central da subjetividade produzida nas cidades contemporâneas, com destaque o Rio de Janeiro. Histórias de desenraizamento, forçadas pela intervenção do Estado e experiências de migração desencadeiam instabilidade, na vida dos aglomerados de exclusão, tornando-se um traço formador desta cultura. A autora aponta ser no lugar, enquanto uma construção social, que os sujeitos produzem sua subjetividade.

Procurando, assim, valorizar a noção que considera o lugar como agenciador de subjetividades, sustentamos a definição de Góis sobre a Psicologia Comunitária: “Fazer psicologia comunitária é estudar as condições (internas e externas) ao homem que o impedem de ser sujeito e as condições que o fazem sujeito...” (apud Lane, 1999, p.32).

Podemos conferir o proposto acima, tomando como modelo Campos (1999), que compreende o campo de estudo delimitado pela psicologia social, especialmente se aplicado ao estudo e intervenção em comunidades, sendo constituído pela análise da cultura. O conceito de cultura, segundo Campos, refere-se a um conjunto de significados compartilhados que orientam a conduta dos indivíduos. Este fato indica que se tornam visíveis tanto na pesquisa, quanto na intervenção, não só o grupo observado, com os seus valores, crenças, percepções e representações, mas também o cientista que observa.



Pensar a vida dos sujeitos que estão expostos ao sofrimento social, convida-nos a entender, conforme analisa Carreteiro (1999), a projeção para a esfera da subjetividade da inutilidade, do não reconhecimento da potencialidade do sujeito para participar da vida coletiva, não assumindo o seu próprio desejo.

Mas, se apostamos na favela e na periferia como espaços de criação e resistência, a clínica ampliada é um dispositivo fecundo para análise das relações entre o imaginário hegemônico com a alteridade, a diferença, num mundo globalizado. Estamos, então, em direção ao favorecimento de produção de singularidades. Diante de um social que não coloca a questão da singularidade, temos uma indiferenciação do sujeito. É por este viés que escrevemos a experiência clínica no Posto de Saúde em Muzema.

Para uma explicitação sobre o relato desta fecunda experiência, vamos apresentá-la priorizando alguns eixos: A clínica ampliada em comunidades, A psicologia sócio-histórica: O que pode contribuir para a Clínica Ampliada de enfoque psicanalítico? O percurso em Muzema : as especificidades da escuta psicanalítica na clínica ampliada. O grupo de leituras infantis: sua construção e a tentativa do clínico assumir o papel de “participante transicional”.

Longe de uma intenção de apresentar uma discussão fechada e acabada sobre o tema da clínica ampliada em comunidades, levamos em conta o caráter dinâmico e provisório de todo o conhecimento produzido neste trabalho. Novos olhares são acolhidos em função de novos agenciamentos, passíveis de transformação, considerando-se a dialética indivíduo e sociedade.

## A CLÍNICA AMPLIADA EM COMUNIDADES

Neste percurso constatamos o imenso desamparo social ao qual todos nós estamos expostos no capitalismo tardio, porém priorizamos um olhar para os sujeitos considerados refugados, considerando as conseqüências subjetivas arrasadoras da exclusão social num mundo globalizado. A clínica ampliada, com enfoque teórico-psicanalítico, aproveitando as contribuições da Psicologia Sócio-Histórica, é uma proposta construída nesta experiência.

Segundo Vilhena (2006), deve se esclarecer que não se trata, de reduzir a problemática psíquica à uma patologia social ou, reduzir o social a uma problemática individual, em um darwinismo psíquico-, qual-quer uma das posições citadas reduziria a riqueza de ambos os registros, empobrecendo nosso entendimento tanto do sujeito em sua singularidade, quanto dos processos sociais dos quais não podemos nos distanciar. ... “Não há como reduzir o ser humano, em toda a sua complexidade, a apenas uma categoria representacional”. (P.2).

Rosa (2002) indica que para além dos efeitos subjetivos devastadores da exclusão está a ética e esta implica a promoção de modificações nas estruturas sociais e políticas que sustentam essa situação social. O texto de Birman (2005) confirma o apontado por Rosa, sinalizando este autor que, para o sobreviver da psicanálise, marcada por sua especificidade nos registros teórico e ético, é necessário o reconhecimento do desamparo do sujeito e do mal-estar social decorrente da dita pós-modernidade.

A noção de clínica ampliada, conforme esclarecido por Bezerra (2001), servirá como uma referência a ser considerada neste estudo. Para este autor, pensar na clínica é pensar em criar instrumentos,

settings, modalidades de intervenção com objetos, com palavras, com silêncios que instiguem o sujeito na sua capacidade de organizar suas práticas psíquicas e sociais de modo mais criativo. Bezerra revela ainda que fazer clínica não significa apenas lidar com “a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com a rede de subjetividade que o envolve, o que implica não apenas essa interioridade, mas todas as formas de estímulos que, no campo da alteridade, apresentam-se para o sujeito” (p.141).

Diante de muitas questões que surgem em uma clínica do social, as que se apresentam mais evidenciadas no percurso no Posto são: O que podemos fazer para favorecer uma mudança na posição subjetiva destes sujeitos, reconhecendo-os como sujeitos do desejo? Quais são as especificidades da escuta clínica de sujeitos refugados? Como refletir sobre os efeitos subjetivos e intersubjetivos da exclusão social? Como trabalhar com a noção de clínica ampliada em contextos que apresentam uma institucionalização muito própria e aparentemente não-modificável?

Não há como discordar de González Rey (2001), quando diz que não se pretende fundar uma clínica histórico-cultural<sup>4</sup>, mas buscar as conseqüências deste referencial para a clínica.

Os quatro ensaios do texto “Totem e Tabu”, escrito por Freud em 1912, representam uma primeira tentativa de aplicar o ponto de vista das descobertas psicanalíticas ao campo da psicologia social:

Para além desta proposta, Freud enfatiza a importância da pesquisa

multidisciplinar, criando interfaces da psicanálise com outros campos de conhecimento. Trata-se de um estudo sobre a vida mental e os processos psíquicos que a norteiam, realizado a partir de um ponto de vista. Neste ensaio, Freud reafirma, mais uma vez, a importância de se pensar o homem historicamente no cerne seu contexto cultural, atravessado pelas vicissitudes de seu tempo e do espaço que constituem sua realidade psíquica (Vilhena, J. & Santos, A. de Leo M., 2000, p.9).

A partir do exposto acima e conforme Luiz Cláudio Figueiredo (2004) sugere, a escuta clínica nos orienta para uma valorização do tempo histórico. Não há como se alienar do contexto social, articulando-se tal escuta aos modos de vida no mundo contemporâneo. A escuta clínica nos consultórios, hospitais e postos de saúde se faz necessária num mundo que exige uma padronização de comportamentos, diante de ideais cada vez mais inalcançáveis. A valorização do homem-máquina no lugar do homem-desejante, como apontado por Elizabeth Roudinesco (2000), impõe-nos desafios a serem buscados na clínica.

A escuta dos excluídos é, para Luiz Cláudio Figueiredo, a tarefa que a configuração cultural contemporânea impõe às clínicas psicológicas. Reconhece este autor que há diferentes maneiras de interpretar esta missão. No pólo disciplinar, visa-se à cura dos sintomas, no pólo do romantismo, possibilitam-se vias de expressão do excluído e, sob a ótica liberal, trata-se de proporcionar meios de representação e integração

---

<sup>4</sup> Bock, Gonçalves, Furtado (2001) da PUC-SP preferem o termo sócio-histórico, porque o termo cultural no Brasil não reflete uma tradição marxista. Fernando G. Rey. argumenta que o termo cultural, em Cuba, traz essa inflexão. ...O termo sócio-cultural, no entender destes autores, não corresponde à tradição marxista de Vigotsky (1896-1934) (p.193). No texto de Gonzalez Rey, estes autores, resolveram manter o termo escolhido por este autor.

do excluído, de forma a ampliar o campo da sua autonomia. Este autor diz que todas estas formas traem a missão da clínica:

Em primeiro lugar por que elas praticam, de uma forma ou de outra, a dissimulação da cisão entre o fenomenal e o metafenomenal (como, por exemplo, se consciente e inconsciente pudessem alguma vez coincidir); em segundo lugar elas promovem a dissolução (imaginária) do conflito entre disciplinas, liberalismo e romantismo que é intrínseco aos processos contemporâneos de constituição das subjetividades.... fazer isto implica em tornar-se surdo ao interdito (p.62).

A clínica psicológica é definida como clínica, para Figueiredo, pela sua ética. “Ela está comprometida com a escuta do interdito e com a sustentação da tensão e dos conflitos” (p.63).

Estimuladas pela leitura de Figueiredo, vemos que o trabalho do profissional de saúde mental na comunidade nos convida a uma escuta que não se esgota nas falas dos sujeitos atendidos na instituição, mas que requer, também, um olhar para as especificidades daquele grupo e seus entrelaçamentos nas questões presentes na sociedade mais ampla. Há, para este autor, um risco de psicologizar e patologizar o excluído. Para evitar esse risco, é preciso que a escuta do psicólogo tenha sido formada nos campos da antropologia e da sociologia.

Destacamos que, em nossas atuações nas instituições, podemos promover um diálogo de disciplinas distintas, no caso a Psicanálise e a Psicologia Sócio-Histórica para a construção de uma clínica do social.

Esta interação, sem perder o rigor da clínica, permite favorecer um horizonte de trabalho que possa provocar efeitos no campo social mais amplo.

## **PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA: UMA POSSÍVEL CONTRIBUIÇÃO PARA A CLÍNICA AMPLIADA DE ENFOQUE PSICANALÍTICO?**

A psicologia sócio-histórica redefine e desnaturaliza o fenômeno psicológico, trazendo reflexões que articulam mundo psicológico e mundo social, fundamentando-se no marxismo e adotando o materialismo histórico e dialético<sup>5</sup> como filosofia, teoria e método.

Pode ser considerada uma perspectiva crítica e contextualizadora da psicologia, entendendo sua gênese, como aponta Ferreira Neto (2004), como decorrente da emergência do capitalismo em ruptura com o mundo feudal. Observa-se, em decorrência deste cenário, o desenvolvimento de uma subjetividade individualizada e conflitiva, criando um solo fértil para o surgimento da psicologia. “Esta nasce já marcada pela ideologia liberal burguesa, numa concepção de subjetividade associada à idéia de natureza humana como fenômeno abstrato e universal (p.145)”.

O marxismo é o primeiro momento que vem representado, no pensamento filosófico, o caráter histórico e social do homem, que considerava o trânsito de um sujeito universal, fechado dentro de um conjunto de categorias metafísicas, para um sujeito concreto que mostra, em sua condição atual, a síntese de sua história social, não como acumulação, mas como expressão de uma nova condição (González Rey, 2003).

<sup>5</sup> Concepção materialista: a realidade material tem existência independente do mundo das idéias; Concepção dialética: a contradição e sua superação são a base do movimento de transformação, constante da realidade; Concepção histórica: a história é analisada através da realidade concreta sendo que as leis que a governam não são naturais, mais históricas ( Bock, 2001, p. 33-34 ).

Revedo e superando a epistemologia positivista na Psicologia, a psicologia sócio-histórica exige a definição de uma ética e uma visão política sobre a realidade que insere nossas práticas profissionais na realidade brasileira.

Além disto, a proposta da pesquisa qualitativa, como sinalizado por González Rey (2002) para satisfazer as exigências epistemológicas inerentes ao estudo da subjetividade como parte constitutiva do indivíduo e das diferentes formas de organização social, pode ser uma ferramenta fecunda para psicanalistas analisarem que as considerações metodológicas dela derivadas são uma resposta concreta aos desafios que entranham o estudo da subjetividade em todos os níveis:

A ruptura violenta que pressupõe o conceito de subjetividade com as formas tradicionais do pensamento psicológico tem de ser encarada com modificações radicais na produção do conhecimento, em que o metodológico deve ser acompanhado de permanente reflexão epistemológica (p.46).

González Rey (2001) mostra que o enfoque histórico cultural se desenvolve no campo da Psicologia geral, educativa e do desenvolvimento. Apesar de Vygotsky ter expressado uma inclinação pelos temas das emoções e da personalidade, a Psicologia soviética <sup>6</sup> da época, no tocante à clínica, não teve um crescimento significativo, em função dos preconceitos ideológicos contra a psicanálise e, em parte, pelo voluntarismo do sistema e sua ênfase na vontade e

na consciência. “Essa situação determinou que os princípios mais gerais do enfoque histórico-cultural não tivessem um desenvolvimento na clínica” (p.194). Compreende-se então, por este autor, que a clínica, a partir de uma concepção de sujeito que se prende à noção marxista do homem, que está na base do enfoque histórico-cultural, transforma-se numa via reveladora dos problemas sociais que se configuram no desenvolvimento das patologias psíquicas.

Carmona (2006) sintetiza os princípios que Rey (2001) propõe para uma clínica comprometida com a escuta e a transformação do sujeito e do social:

1 - Parte de um sujeito historicamente constituído em sua subjetividade, em suas ações sociais, dentro de um contexto histórico e culturalmente determinado. Neste sentido, rompe o dualismo do social e do individual e enfatiza o caráter singular e constituído do sujeito;

2 - Atribui ao sujeito uma capacidade de subjetivação geradora de sentidos e significados em seus diferentes sistemas de relação, os quais podem ter um caráter transformador sobre a configuração de seus processos patológicos atuais, embora, simultaneamente, reconheça o caráter constitutivo das patologias na história do sujeito e de seus sistemas de relação;

3 - Critica o exercício da terapia a partir de uma posição neutra ou superior do saber do terapeuta e está centrada na compreensão da psicoterapia como processo dialógico, no qual os processos de mudança se inscrevem na constituição progressiva do diálogo e no impacto deste nos sujeitos implicados na relação terapêutica;

---

<sup>6</sup> Segundo Khol de Oliveira, no período de 1936-1956, as obras de Vygotsky deixam de ser publicadas na URSS por motivos políticos, considerando esta autora que em 1936-1937 é o momento mais forte do regime stalinista



4 - Reconhece o processo patológico como uma forma de organização dos processos vitais do sujeito, num contexto determinado que pode ter infinitas formas de organização e mudança;

5 - Constata que cada época histórica implica aspectos ideológicos dos quais derivam elementos de significação e sentido constituintes da gênese da patologia nesses contextos de tipo ideológico, o que impede sua compreensão como estrutura universal.

Destaca-se ainda, segundo González Rey (2003), que a proposta da dialética do individual e do social permitiu superar o conceito de indivíduo como inerente para a espécie, favorecendo a compreensão da condição singular do sujeito, possível somente a partir da compreensão do caráter subjetivo de sua constituição psicológica.

Tanto Vygotsky como Rubinstein, segue Rey, compreendem de forma dialética processos que, historicamente, se tinham apresentado como excludentes para a psicologia, como o cognitivo e o afetivo, o social e o individual. Nas fundamentações destes autores, o nível do singular, do sujeito concreto, não desapareceu, e sim foi colocado no nível da concretização de sua ação social, e não como natureza inerente à individualidade (p.78).

O objetivo da Psicologia Sócio-Histórica é evidenciar as condições materiais que estão na base da constituição da subjetividade, identificando nos processos individuais as mediações sociais e históricas. Apresenta como critério básico a noção de historicidade, desvelando a gênese histórica das concepções e das experiências de subjetividade. Trabalha-se com as categorias atividade, consciência e identidade; com a linguagem como uma das mediações fundamentais no processo atividade-cons-

ciência; com a articulação, realizada pelo indivíduo, entre os significados sociais e os sentidos pessoais.

Em sua constituição histórica, o homem produz sentidos subjetivos que são registros emocionais, produzidos a partir da atividade, a qual inclui a apropriação dos significados sociais (Marchina Gonçalves, 2003).

Para esta autora, o desafio é produzir orientações que considerem a subjetividade produzida socialmente, sem cair no relativismo que aceita e valoriza as individualidades “em si”. Recorre esta autora a Sawaia (1999), que nos alerta sobre o perigo que existe na análise e na prática do enfrentamento da exclusão pela afetividade, mas que, contraditoriamente, se apresenta necessária à introdução da mesma na análise das questões sociais e emancipadoras:

Uma das idéias-força deste momento histórico é a subjetividade e seus correlatos, a emoção e o sentido pessoal. Porém, ao mesmo tempo que se valoriza o afeto e a sensibilidade individual, assiste-se à banalização do mal do outro, à insensibilidade ao sofrimento do outro. O que ocorre é que os sentimentos são valorizados como fonte de satisfação em si mesma, configurando uma dor, e não um sofrimento. (Sawaia, 1999, p.106, apud Marchina Gonçalves, 2003).

Observa-se, a partir desta proposta, a sua contribuição para a clínica ampliada no tocante à formulação de políticas públicas. Marchina Gonçalves (2003) destaca que a atuação da Psicologia, em defesa da elaboração e implementação de políticas públicas de saúde, educação, lazer, participação e organização popular, convivência social, circulação humana, proteção ambiental e

segurança pública, pode representar uma possibilidade de uma prática transformadora em defesa de uma Psicologia voltada para as necessidades da nossa sociedade e que leve à superação da desigualdade. A compreensão da historicidade de todos os processos humanos e sociais é o recurso teórico e metodológico que permite aliar a ciência à luta pela transformação social, questionando-se como se considera a intervenção do profissional: neutra ou posicionada, meramente técnica ou política?

Esta autora reconhece que falamos de políticas públicas relativas a direitos sociais em uma sociedade desigual. Se as condições históricas de nossa sociedade implicam subjetividades diferentes, não podemos supor que determinadas diretrizes são válidas e aplicáveis a todos os indivíduos. Se podemos constatar esta realidade, como contribuir para sua superação?

A dialética inclusão/exclusão gesta subjetividades específicas que vão desde o sentir-se incluído até o sentir-se discriminado ou revoltado. Essas subjetividades não podem ser explicadas unicamente pela determinação econômica; elas determinam e são determinadas por formas diferenciadas de legitimação social e individual, e manifestam-se no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência. (Sawaia, 1999, p.9, apud Marchina Gonçalves, 2003).

Desta forma, a Psicologia Sócio-histórica, ao considerar o caráter histórico das experiências subjetivas, afasta-se de uma concepção de sujeito individual, natural e racional, sendo o resultado desta concepção a manutenção da desigualdade social e da situação que a produz. A sua proposta

caminha na direção do indivíduo que tem projetos coletivos e que insere seu projeto de felicidade individual na felicidade coletiva. Para que isto ocorra, o indivíduo necessita recuperar a noção de historicidade do homem e reafirmar o sujeito como histórico (Marchina Gonçalves, 2003).

A seguir, apresentaremos as questões mais marcantes que surgiram na trajetória, junto com os estagiários de Psicologia Comunitária, na clínica que estamos desenvolvendo em Muzema desde 2002. Os desafios e as dúvidas nos fizeram reafirmar a desnaturalização de nossas práticas profissionais.

## **MUZEMA: AS ESPECIFICIDADES DA ESCUTA PSICANALÍTICA NA CLÍNICA AMPLIADA**

O percurso da clínica em Muzema é analisado a partir da própria construção desta experiência, dando sustentação ao que deve ser pensado como clínica ampliada. A escuta psicanalítica permite contribuir para que o desamparo discursivo em que vivem os sujeitos refugados diante do modelo econômico neoliberal seja considerado e que os mesmos possam reconhecer-se em suas determinações inconscientes.

Vilhena (2000) alerta-nos sobre a busca de um outro discurso, bastante diverso, sobre a clínica psicanalítica realizada fora do consultório particular. A autora, diz que, esta mesma busca deu margem ao surgimento de um “apartheid clínico”, ou de uma “clínica do proletariado”. “Esta concepção abstrata, universal e dicotômica da clínica subverte radicalmente os objetivos do tratamento psicanalítico e a lógica dos processos inconscientes”. (p.17). Vilhena nos lembra, neste texto, que com Freud

opera-se um corte epistemológico que revela, a partir de então, a verdade do sujeito, paradoxalmente singular e plural.

A escuta psicanalítica é, desde Freud, transgressora em relação aos fundamentos da organização social. Para realizá-la, é preciso um rompimento do laço que evita o confronto entre o conhecimento da situação social e o saber do outro como desejante. Diante desta escuta, quando o sujeito se revela enquanto tal, como um dizer, não se sai isento, um posicionamento ético e político é necessário. (Rosa, 2002).

No trabalho em Muzema, os nossos primeiros contatos foram marcados pelos princípios da pesquisa participante e a inserção na comunidade ocorreu a partir de contatos informais. Na relação construída por uma das autoras com a liderança comunitária e os moradores, a demanda para um psicólogo clínico <sup>7</sup> surge como uma condição “sine qua non” para a permanência no Posto de Saúde.

Entendo que o início deste tipo de atendimento neste Posto não foi condizente com uma atitude técnica e naturalizada de que “ser psicólogo é exercer a Psicologia Clínica”.

Contudo, foi possível identificar, ao contrário, uma demanda naturalizada presente na dinâmica institucional do Posto, conforme já apontado, É importante ressaltar que a liderança comunitária coordena todas as atividades. Nem todos os pacientes que procuram o Posto têm acesso ao atendimento ou às entrevistas.

A indicação de tratamento psicológico somente para as mulheres e para as crianças parece ser reveladora de muitos

sentidos, tanto no tocante às relações interpessoais presentes na comunidade, tanto na reprodução de um sistema hierárquico da nossa sociedade.

Vale recordar que as idéias psicológicas produzidas na época da colonização do Brasil por Portugal, por representantes da Igreja ou intelectuais orgânicos do sistema português, tiveram a marca do controle. São estudos que mostram as características dos indígenas, mulheres e crianças e as formas mais eficientes de controlá-los. Para Bock (2003), apoiada nas pesquisas de Massimi (1990) e Antunes (1991 e 1999), “estes estudos são considerados pertencentes ao campo da Psicologia, por tratarem de comportamentos e de aspectos morais que guiavam as condutas e as ações da população que aqui vivia” (p.17).

A existência de uma demanda naturalizada nos serviços de saúde mental, associada a uma visão de demanda psiquiátrica, cuja origem está em distúrbios somáticos ou psicológicos, é apontada por Benilton Bezerra Junior (2000).

A ideologia tecnicista que sustenta neutralidade nos procedimentos técnicos, analisada por Bezerra, foi assim constatada nestes primeiros encontros.

As queixas e os casos foram se mostrando muito parecidos. Tal fato despertou-nos alguns questionamentos. Os casos dos sujeitos atendidos apontavam uma proximidade em suas questões pelo fato destes mesmos sujeitos participarem de um mesmo cotidiano naquela comunidade? Ou podemos dizer que a triagem feita pela coordenação do Posto (liderança comunitária desta comunidade) implica uma possível seleção de sujeitos com perfis bem próximos?

<sup>7</sup> Figueiredo (2004) analisa a dominância da clínica nas representações sociais do psicólogo, como também nas preferências dos estudantes de psicologia.

A leitura do texto de Fernando Tenório (2001) sobre a transformação do ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ em um trabalho clínico de recepção e a respectiva contribuição da psicanálise neste trabalho foi necessária para as idéias levantadas neste estudo.

A introdução, nos pressupostos da recepção, de uma escuta que visasse o sujeito, tributária da psicanálise e do princípio da tomada de responsabilidade (como vimos, um valor central da reforma) impulsionou a transformações do ambulatório em suas várias rotinas terapêuticas (p.85).

Tenório propõe que a forma adotada para mudar o funcionamento geral do ambulatório foi começar pela porta de entrada. Reconhece-se que o paciente que procura a instituição deposita confiança nela ou em algum de seus atributos imaginários. “É boa porque é da universidade”, “Tem médicos e psicólogos”, “É de graça”. O encontro, desde a chegada na instituição, com um profissional distinto daquele que interroga é condição para que este lugar de passagem assuma uma dimensão clínica, propiciadora da transferência.

Observou-se que a triagem realizada nos ambulatórios era feita de uma forma estereotipada e rígida, tomando a fala do paciente não como demanda, mas como veículo de apresentação de sintomas que permitia ao médico decidir, na primeira entrevista, a indicação terapêutica. O atendimento de recepção significa, para este autor, um lugar de passagem que antecede outro atendimento ou um tratamento. Sendo assim, o ato de recepção é clínico, é tratamento, já que o que acontece neste lugar é decisivo para os passos seguintes. Dever-se-ia propiciar uma escuta que vai além da avaliação diagnóstica apressada e da indicação apriorística da conduta.

Uma escuta acolhedora é uma meta na recepção. O enunciado “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa” é uma palavra de ordem.

Atenta às contribuições de Tenório, refletimos, no caso do Posto em questão, sobre o cuidado de não ser cúmplice do gozo institucional, como apontado no artigo “O lugar do psicanalista numa instituição de saúde” de Maria Inês Lamy (2003). O que pode fazer o clínico numa dinâmica institucional como esta? Como pode oferecer espaço para a escuta psicanalítica de todos os sujeitos que nos procuram?

Podemos recorrer ainda, à proposta de Pinheiro e Vilhena (2007), que apresentam relevantes contribuições para a compreensão que buscamos sobre as interferências institucionais nos atendimentos psicanalíticos. As autoras detectam o hospital como modelo de uma instituição disciplinar que possui a marca da disciplina, da hierarquia, do controle, da falta de cerimônias, da falta de pudores ao despir os pacientes de suas defesas físicas e psíquicas. Esclarecem as autoras que na modernidade as relações entre o público e privado vêm sofrendo processos de desconstrução sucessivos. O resultado constatado é uma ameaça sobre a privacidade. No tocante ao atendimento na seção de psicologia, desde o momento no qual o paciente chega à instituição procurando por atendimento, ele é identificado, protocolado, ficando registrado em seu prontuário o início, o progresso do tratamento, assim como seu término ou interrupção. O psicanalista, neste contexto, torna-se obrigado, segundo as autoras, a prestar contas de seu ofício, durante as sessões clínicas ou de supervisão, dividindo com outros profissionais o desenvolvimento de seu trabalho. Constatam que o próprio paciente compartilha suas intimidades com funcionários, atendentes, mé-



dicos e, ainda, amigos na sala de espera. Desta forma, Pinheiro e Vilhena refletem “sobre os pilares organizadores da clínica psicanalítica em um contexto constituído por um cenário no quais inúmeros atores participam, a partir de uma lógica econômica que incita à modelagem, favorecida pela visibilidade institucional” (p.93).

Prosseguem as autoras, partindo da visibilidade e exposição como elemento organizador da clínica psicanalítica ambulatorial. Mostram que o controle exercido sobre o tempo, introduz a transitoriedade como marca dos processos analíticos transcorridos no ambulatório hospitalar. O hospital controla o número de pacientes que cada analista deve ter para que se mantenha ocupado a maior parte do tempo possível. Tal controle acaba impondo aos atendimentos uma indicação para a brevidade e a rapidez. Algo próximo a uma lógica referente ao modelo médico da modernidade, o qual privilegia a produtividade, a dicotomia saúde-doença, a alta, a homogeneidade. Destaca-se a busca de soluções rápidas, com o objetivo de devolução do paciente à sociedade o mais breve possível. A visibilidade e a transitoriedade fundamentam a constituição de um campo transferencial complexo, no qual se fundam elementos institucionais presentes e atuantes.

Como possibilidade de superação dos entraves produzidos na prática clínica em contextos ambulatoriais, Pinheiro e Vilhena apresentam como proposta a concepção winnicottiana sobre espaço potencial. Tal concepção introduz uma dimensão específica no campo transferencial.

“Concebendo-se a transferência como um campo constituído pelo par analista/analizando/ambiente em uma constante e dialética interação, concede-se oportunidades,

ao paciente, para que ele possa se mover da dependência total para a autonomia.” (p.98).

A inclusão de elementos institucionais no campo transferencial permite tomar a instituição como lugar de referência que acolhe o paciente em muitas situações e promove o holding necessário para a instauração do campo transferencial e o desenvolvimento do trabalho analítico.

Na busca da inserção de psicólogos e/ou psicanalistas em instituições, as autoras lembram a importância de enfatizarmos o conhecimento da dimensão sócio-política dos lugares onde o trabalho se desenvolve. Consideram-se tais espaços em estado de tensão permanente, pois neles se sobrepõem malhas heterogêneas de poder, e muitas vezes não constituem uma morada receptiva para o pesquisador (Pinheiro e Vilhena, 2007).

Antes de começar a apresentação de nossos atendimentos no Posto, compartilhamos com Pinheiro e Vilhena a importância da tarefa do analista de estabelecer a confiança para que o espaço potencial possa ser construído, impedindo a intromissão e a submissão das verdades oriundas do próprio contexto institucional, que podem invadir o espaço clínico através do controle burocrático.

Iniciamos a exposição pelo atendimento com as mulheres, para depois mostrar a nossa posição em relação ao atendimento com as crianças. Procuramos oferecer a nossa escuta a todos os sujeitos que nos são encaminhados e constatamos que os sujeitos atendidos pelos estagiários de Psicologia apresentam uma continuidade considerada satisfatória no tratamento. As faltas às sessões não se mostram frequentes. Cada estagiário costuma atender duas pacientes durante dois anos, até o fim

do estágio. Tentamos dar continuidade ao tratamento com o estagiário seguinte. Existem, também, os casos em que o tratamento não se estende e que, posteriormente, os analisandos, eventualmente, retornam.

O estágio no Posto desde o seu início, em 2002, mantém uma média de 2 a 4 estagiários por semestre. Como já explicado, por solicitação da liderança comunitária, houve uma única interrupção, de março a agosto de 2005, para a realização de obras no Posto. Há também os sujeitos que nos procuram ocasionalmente, “porque estão precisando conversar com um psicólogo”. Denominamos este tipo de atendimento de plantão psicológico, por meio de entrevistas realizadas pelos estagiários.

Como acreditamos que o assistencialismo não favorece a construção de um sujeito autônomo, considerando a importância do pagamento no atendimento psicológico, os pacientes atendidos pelos estagiários pagam com um quilo de alimento não-perecível. Os alimentos recolhidos são revertidos para a própria comunidade.

As histórias analisadas na sua singularidade com mulheres donas-de-casa, domésticas, comerciárias, mães, migrantes nordestinas e cariocas apresentam queixas variadas, referentes a sintomas como apatia, dores no corpo, medo, angústia e somatizações. A busca por um psicólogo é, quase sempre, antecedida de tentativas “não bem sucedidas” de medicações e consultas a neurologistas e psiquiatras. A indicação para um psicólogo vem, muitas vezes, do próprio médico que medica a paciente.

Refletir sobre essas pessoas que padecem de um desamparo social e discursivo, como aponta o psicanalista Mário Pujó (2000), contribui para a elucidação dos chamados processos de exclusão social. Não nos esqueçamos que a exclusão, como

aponta Sawaia, guarda dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas.

Diante de muitas questões que surgem numa Clínica Social, tentaremos levantar alguns pontos considerados na trajetória no Posto em Muzema e que possam apostar na produção do saber do sujeito. Não buscamos generalizar um percurso clínico de sujeitos excluídos socialmente, mas trazer idéias que possam articular, como já exposto, o imaginário hegemônico e a alteridade, o olhar para o sujeito singular no capitalismo globalizado. Como reconhecer os sujeitos que nos são encaminhados como sujeitos do desejo?

O trabalho da psicanalista Miriam Debieux Rosa (2002), “Uma escuta psicanalítica das Vidas Secas” mostra-se elucidativo para tal proposta. A autora reflete sobre os efeitos subjetivos e intersubjetivos da pobreza extrema e da exclusão social. Para esta autora, a escuta desses sujeitos pode tanto lhes propiciar dar andamento à articulações significantes, rompendo com identificações imaginárias, como contribuir para elucidar alguns dos efeitos subjetivos do “bom” funcionamento do sistema. Esta autora destaca o jogo imaginário e simbólico que se interpõe como resistência na escuta de sujeitos sob desamparo social e discursivo.

A exclusão ao acesso de bens, a exclusão dos modos de gozo deste momento da cultura, tem como conseqüência, no sujeito, um efeito de resto. Não se deve confundir esse lugar de resto na estrutura social com uma subjetivação da falta, que promove o desejo. A identificação do sujeito a este lugar de resto, de dejetos, é um dos fatores que dificulta o seu posicionamento na trama do saber e que vai caracterizar o seu discurso, marcado, por vezes, pelo silenciamento. É necessário considerar se a carência de recursos biológicos, econômi-

cos e morais está impedindo a elaboração simbólica que poderia dar forma sintomática ao real, e/ou se a simbolização está se operando com os recursos discursivos daquele sujeito.

A escuta clínica implica, seguindo Rosa, que o analista suporte a transferência, ou seja, ocupe o lugar de suposto-saber sobre o sujeito. O campo transferencial permite uma relação que estrutura a produção do saber do sujeito, desde que o psicanalista renuncie ao domínio da situação e, pontuando e interpretando, possibilite a produção de efeitos de significação no sujeito: sujeito do desejo, engendrado pela cultura, mas que, na sua condição de dividido, pode transcender ao lugar em que é colocado e apontar na direção de seu desejo.

Esta autora sinaliza um lado desta relação transferencial: a da resistência que paralisa a escuta clínica. Resistência e transferência são facetas do mesmo fenômeno, sendo que, em Freud, a resistência é egóica e ocorre quando o paciente está próximo de tornar compreensível alguns de seus conflitos centrais. De acordo com Rosa, Lacan mostra outro aspecto da resistência, a do analista, e não a do paciente, ou seja, os impedimentos que estão na escuta e não no sujeito que fala.

Na relação analista – analisando, os sujeitos ocupam lugares opostos na estrutura social: a inclusão e a exclusão, frente a frente. A resistência à escuta do discurso de tais pessoas pode manifestar-se, do lado do psicanalista, sob o peso da situação social. A complexidade da situação social dificulta a relação intersubjetiva necessária ao atendimento clínico. O resultado é que estas pessoas são mais uma vez excluídas, agora por parte daqueles que deveriam escutar não apenas pessoas de uma classe social determinada, mas o sujeito.

Outro ponto a ser considerado neste contexto implica aderir à teoria e às formas usuais de trabalho, desconsiderando outras formas de expressão do sofrimento, interpretando as manifestações do sujeito como resistência ao trabalho ou ausência de demanda em relação ao mesmo. Pode-se diagnosticar o sujeito por sua expressão, apontando pobreza intelectual ou emocional, estrutura psicótica ou perversa, antes de escutá-lo. Desta forma, a pregnância imaginária da miséria e uma suposta distância dos ideais da cultura podem ser um obstáculo para a escuta, para o reconhecimento do desejo do sujeito na transferência, levando a interpretar como falta de recursos do sujeito a sua negativa de falar, própria de quem precisa assegurar-se do outro antes de levantar alguma pergunta sobre o seu sofrimento.

Rosa indica outros riscos nesta situação. Um deles é o de ficar numa posição de desconhecimento dos fatores que afetam a pobreza extrema. Sua consequência, na abordagem clínica, é responsabilizar o sujeito pela mesma, presumindo uma decisão onde há uma lógica do mercado. Outro risco está na vitimização do sujeito, o que dificulta o seu reconhecimento como desejante, capaz de reconhecer-se em suas determinações inconscientes, em seu lugar de desejo do Outro. Esta posição de vítima do sujeito foi, constantemente, constatada na prática clínica dos sujeitos que atendemos em Muzema.

A escuta psicanalítica, prossegue Rosa, supõe romper com o pacto de silêncio do grupo social a que pertencemos e do qual usufruímos; usufruto que supõe a ignorância sobre as determinações da miséria do outro e a reflexão sobre a igualdade entre os homens, sendo que o que costumamos fazer é excluí-los.

Este sujeito que está sob condição traumática frente a uma impotência ao Outro, consistente e resistente em barrar qualquer acesso à condição de uma lógica fálica e desejante, cala-se e tende a suprimir sua condição de sujeito.

O sujeito constrói, então, uma barreira sólida e necessária, que Rosa chama de emudecimento do sujeito e de apatia necessária, rompida por alguns com reações violentas. A autora observa nessa suspensão temporária e não-estrutural, às vezes podendo ser até da vida inteira, um modo de resguardo do sujeito ante a posição de resto na estrutura social. Uma proteção necessária para a sobrevivência psíquica, uma espera, uma esperança.

A escuta que supõe romper barreiras e resgatar a experiência compartilhada com o outro deve ser uma escuta como testemunho e resgate da memória. Como vivido na clínica em Muzema e revelado por Rosa, algumas situações de escuta fazem surgir ali, onde parecia haver apenas vidas secas, o sujeito desejante, vivo.

É preciso prestar atenção ao relato como uma repetição automática e que se detém apenas em atualizar o traumático, ou ao relato que parece feito para saciar a curiosidade do outro e que passa mais de uma exposição do sofrimento para o deleite do outro, expondo o grotesco.

A escuta psicanalítica supõe a presença do outro desejante em tudo que ela implica de resistência do analista, o seu limite, o limite do fantasma que suporta o analista e que o norteia para detectar quando o dizer pode ser compartilhado em experiência de um sujeito na história ou quando é puro gozo no sofrimento, o seu próprio ou do outro.

Diante de todas estas idéias apresentadas por Rosa (2002) com as quais

articulamos a experiência da clínica em Muzema, sinalizamos a importância da valorização das narrativas, caminhando na contra-mão de um crescente desamparo discursivo em que se encontram os sujeitos que não acompanham a lógica discursiva do mercado.

Na clínica em Muzema, acompanhamos mulheres que faziam uso de medicação no início do tratamento e conseguiram suspender a medicação no decorrer do trabalho de análise, ou aquelas em que o próprio clínico geral constata a melhora do seu estado geral de saúde, após o atendimento psicológico. Este fato nos fez apostar na importância da escuta psicanalítica. Reconhecemos que não assumimos uma posição tecnicista e intencional de supressão de sintomas, já que esta não é a proposta da psicanálise.

Tentaremos, agora, mostrar a posição que tivemos diante de uma significativa procura de atendimento psicológico para crianças no Posto.

A criação do grupo de leituras infantis nos faz pensar na possibilidade de estender o nosso trabalho para a própria comunidade e de promover uma clínica ampliada. Acreditamos que a instituição se apresenta como espaço de mediação entre o que é da ordem do social e do individual, possibilitando-nos, por este modo de olhar a instituição, uma ação na comunidade.

No trabalho no Posto em Muzema e em outras instituições, entendemos a complexidade que representa esta saída da instituição. Para que tal proposta ocorra, buscamos um olhar para a realidade institucional no que diz respeito à ordem do instituído (lugar da instituição no sistema sócio-econômico-político, identidade, identidade social, história), no que é da ordem do funcional (hierarquia, sistemas de deci-



são, divisão de papéis), e no que é da ordem do sujeito e das relações pessoais (Rochael Nasciutti, J. 1999).

Na relação que construímos com os moradores e liderança comunitária, refletimos, constantemente, sobre uma posição de estar “próximo e distante”, que aprendemos em pesquisa, procurando buscar um olhar para os sujeitos e não apenas para os papéis sociais que os mesmos desempenham. Esta atitude nos convida a uma investigação sobre os nossos próprios preconceitos.

Cientes disso, apostamos na relação que construímos com as crianças, com as famílias e com a coordenação do Posto. A nossa compreensão e paciência na dinâmica em que vivemos todos estes anos não implica uma alienação da realidade das instituições, mas uma espera diante da transformação daquilo que compreendemos como cristalizado e instituído.

### **O GRUPO DE LEITURAS INFANTIS: SUA CONSTRUÇÃO E A TENTATIVA DO CLÍNICO ASSUMIR O PAPEL DE “PARTICIPANTE TRANSICIONAL”.**

A clínica ampliada se desenvolve na superação das dicotomias indivíduo e sociedade, psíquico e social, mental e físico, clínica e política, articulando-se a todo um contexto institucional em que estamos inseridos e com questões que se apresentam na cultura contemporânea. A constatação dos impedimentos e dificuldades encontradas, no caso da experiência em Muzema, não se apresentou como um obstáculo para que o nosso trabalho tivesse uma dinâmica própria, mas serviu como analisadores dos nossos fazeres no Posto.

Bezerra (1999, apud Rosa, 2002) propõe que a clínica é reinvenção, é ensaio, é experimentação, lugar da renovação da escuta e do olhar, condição, segundo este autor, para superar as dicotomias acima citadas. Este autor afirma que toda clínica é social e toda política diz respeito à vida subjetiva de cada indivíduo. A singularidade [...] só pode surgir e ser experimentada no campo de suas relações sociais. Estas, por sua vez, só ganham significação, só se reproduzem ou se modificam pela apreensão que os sujeitos fazem delas.

Atentos a esta posição de Bezerra, desde o início da nossa atuação, constatamos uma grande procura para atendimento psicológico infantil. Muitas crianças nas quais fizemos avaliação psicológica, não apresentavam indícios de necessidade de atendimento psicoterápico. Decidimos, por este motivo, criar um grupo de leituras infantis (início em fevereiro de 2003), mas continuamos a realizar avaliação psicológica e atendimento em caso de indicação. Recebemos, no grupo, crianças na faixa etária entre 5 a 12 anos e atualmente estamos com dois grupos, separados por idade.

Com o grupo de leituras, pudemos trabalhar com um número maior de crianças e conhecer as famílias, proporcionando uma escuta tanto em relação àquilo que as crianças exteriorizam, quanto em torno das questões familiares.

A demanda por tratamento infantil por parte das mães foi observada, em muitas situações, como uma busca de ajuda para elas próprias. Notamos, por parte das mães ou dos solicitantes, queixas referentes ao cotidiano de suas vidas, às dificuldades de aprendizagem e hiperatividade das crianças.

Com o desenvolvimento do grupo de leituras, houve, também, uma urgência em

deixar, à disposição das famílias, uma relação de serviços para promover o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde. Constatamos queixas relativas à procura de clínicos gerais, psiquiatras, neurologistas, psicopedagogos, fonoaudiólogos, dentistas, etc.

O grupo também se apresenta como um espaço para o brincar, para a escuta de suas questões trazidas e para a produção de sentidos que possibilitem ressignificar sentidos cristalizados.

Como exemplo, podemos citar a observação de uma menina de nove anos do grupo de leituras de um estagiário. Ela aponta o posicionamento deste coordenador do grupo como não-autoritário, diferente de outros modelos de autoridade já conhecidos em sua vida.

Este grupo é aberto, sujeito a modificações a cada encontro. Novas crianças poderão ingressar e outras sair. Fazemos reuniões com os pais uma vez por mês e os escutamos, também. A presença dos pais nas reuniões ocorre de uma forma não muito expressiva, mas continuamos insistindo em convidá-los, colocando-nos à disposição para qualquer conversa.

O grupo de leituras não se propõe a ser um tratamento, mas reconhecemos ser um dispositivo terapêutico. Podemos citar o bilhete deixado por uma menina atendida por uma estagiária: “Tias, vocês são como da minha família são minhas amigas. Eu estou melhorando com a ajuda de vocês, não tenho mais vergonha de falar com as pessoas, eu converso melhor com os adultos, eu me sinto mais à vontade... E sem mais receio de errar... Brinco mais, não como antes “invergonhada”, agora adoro conversar com os adultos.”

Observamos, ao longo destes anos, que as crianças apresentam uma atitude

de distanciamento da leitura, desejando mesmo é brincar: jogar, pintar, desenhar, dramatizar, trabalhar com argila e ouvir histórias. Atribuimos a recusa da leitura por parte das crianças alfabetizadas ao fato das mesmas apresentarem uma história de um rendimento escolar deficiente e com inúmeros tropeços. Reparamos que, mesmo apresentando dificuldades nas leituras, o nome “grupo de leituras” ou “roda de leituras” é aceito e, constantemente, verbalizado por todos da comunidade, crianças e adultos.

Mas, em contra-partida, o desejo de brincar, evidenciado nos encontros, sinaliza uma forma de comunicação, uma capacidade de criação das crianças.

As dúvidas e os questionamentos pelo fato de estarmos tomando uma posição distinta de um atendimento psicológico tradicional ficaram evidentes. Optamos, cada vez mais, por valorizar o brincar e a própria busca das crianças pelo grupo, sem o acompanhamento dos pais. Afinal, a procura pelo grupo é um desejo delas.

Seguindo o grupo de leituras, desde o seu início, podemos perceber hoje as crianças mais confiantes ao procurarem o grupo, mas ao mesmo tempo menos controladas e obedientes. Os primeiros estagiários queixavam-se de uma aparente apatia e falta de atividade das crianças.

Recentemente, ouvimos no grupo a mesma constatação que já ouvimos dos líderes e de alguns adultos sobre o trabalho do psicólogo: “Falamos para as pessoas, quando viemos para o grupo, que os psicólogos não trabalham somente com os loucos”. Sobre esta preciosa reflexão, postulamos: estar autorizado para valorizar a subjetividade humana implica uma mudança de posição na forma de ver o próprio homem em nossa cultura?

A partir deste reconhecimento e desconstrução do trabalho do psicólogo, estamos conversando com as crianças sobre as visitas domiciliares dos estagiários. Desejamos ouvir as famílias e dar início a um outro momento do nosso trabalho. Temos uma compreensão de que já não somos mais estranhos e que é possível, para aqueles que nos conheceram, construir uma relação de confiança conosco.

Kanter (2000) mostra-nos a importância de assumirmos o papel de “participantes transicionais” em contextos de clínica social com crianças. Este autor, apoiado em Winnicott, revela que, no trabalho em comunidade, nossa atuação se estende além da sala do consultório, além da aliança psicoterapêutica. De forma diferente de uma psicoterapia tradicional, analisa Kanter, podemos ter uma participação no cotidiano da vida da comunidade. Nós não apenas escutamos as pessoas falarem sobre suas vidas, mas começamos, aos poucos, a participar delas. Tal posição de participante transicional pode facilitar a própria intervenção e propiciar a capacidade do próprio sujeito de cuidar de si mesmo.

Recorrendo, então, a Winnicott (1975), sabemos que o autor introduz o termo “objeto transicional” ou “fenômeno transicional” para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto. O objeto material (brinquedo, animal de pelúcia ou pedaço de pano) permite que a criança efetue a transição necessária entre a primeira relação oral com a mãe e uma verdadeira relação de objeto.

Winnicott emprega o termo “experiência cultural” como uma ampliação da idéia dos fenômenos transicionais e da

brincadeira. A ênfase está na experiência, utilizando o autor a palavra “cultura” como algo que pertence ao fundo comum da humanidade, para o qual indivíduos e grupos podem contribuir. O lugar em que a experiência cultural se localiza está no espaço potencial existente entre o indivíduo e o meio ambiente (originalmente, o objeto). O mesmo se pode dizer do brincar. A experiência criativa começa com o viver criativo, manifestado, inicialmente, com a brincadeira. Para todo indivíduo, o uso desse espaço é determinado pelas experiências de vida que se efetuam nos estágios primitivos de sua existência. O espaço potencial acontece apenas em relação a um sentimento de confiança por parte do bebê, confiança relacionada à fidedignidade da figura materna ou dos elementos ambientais.

O desejo de brincar das crianças pode ser fortalecido junto ao participante transicional, que pode ampliar a experiência cultural das mesmas com as brincadeiras. O desenvolvimento da capacidade de brincar, para Kanter, não se aprende com esforços e regras estabelecidas, mas, certamente, brincando. Este autor destaca que observar as atividades recreativas do cotidiano das crianças da comunidade também se apresenta como uma análise fecunda para o contexto de clínica social. No caso de Muzema observamos muitas insatisfações sobre as atividades de lazer das crianças e adultos.

Observamos, através da posição das crianças no grupo de leituras infantis, que o binômio família-escola não caminha de mãos dadas. Na construção da subjetividade destas crianças, posso ver que estas instituições, família e escola, além de não estabelecerem um diálogo, uma troca, deixam-nas entregues a sua própria sorte. Desde cedo, elas ficam sozinhas, diante de suas dificuldades. Estes entraves, que po-

deriam ser vistos como propulsores do desenvolvimento infantil, são tomados como pontos fixos de uma subjetividade, ainda em construção.

Ressaltamos que o grupo com crianças não se apresenta como um obstáculo para os moradores e para a liderança comunitária, diferentemente do que ocorre com outro tipo de grupo com adultos. Não tivemos acesso neste trabalho a outros profissionais do Posto, mas valorizamos a importância de um viés multiprofissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na clínica com as crianças e com as mulheres, constatamos a urgência de uma articulação, pelo Estado, das questões da saúde com as políticas sociais. Estamos, neste momento, realizando aquilo que entendemos por Clínica Ampliada, Clínica do Social e/ou Clínica da Diferença.

Na prática do trabalho do clínico em comunidades, a articulação teórico-prática promove além de uma práxis, um posicionamento frente à nossa realidade social.

Desta forma, indagamos com Benevides (2002), “Voltar a clínica, definida essencialmente como atividade individual nas classes populares, é fazê-la social? (p.132).

Podemos responder a Benevides com o que vimos em Rosa, que diz ser possível vislumbrar o efeito estruturante e organizador da escuta psicanalítica nas situações mais adversas, podendo o sujeito resistir e encontrar brechas na estrutura social para se manifestar, embora isto não seja suficiente. Como já explicado, para além da constatação dos efeitos subjetivos da exclusão social, diz Rosa, a ética implica promoção de modificações nas estruturas sociais e políticas que sustentam essa situação social.

O desamparo social promove os mais diferentes efeitos, desde o sofrimento humano, até a produção em série de vidas desperdiçadas, constatadas em muitas situações experimentadas na clínica, não sendo nosso propósito, neste trabalho, mostrar “estudos de casos”, mas fazer valerem as reflexões que foram mostradas até aqui e buscar interlocutores que tenham o mesmo propósito que o nosso.

Diante deste contexto, reiteramos o que já dissemos sobre o fortalecimento da experiência coletiva e, é desta forma que somos instigadas a continuar este e outros trabalhos do gênero. Toda clínica é política, pois acreditamos na indissociabilidade entre indivíduo e sociedade. No reconhecimento do sujeito em suas determinações inconscientes, temos a chance de transgredir os resíduos expulsos, referentes a uma sociedade que impõe a homogeneização das subjetividades, apostando no sujeito em sua singularidade. Tal singularidade, decorrente da valorização do sujeito inconsciente, pode mostrar-se como uma condição fértil para que o sujeito possa transitar nos pólos individual e coletivo, fortalecendo sua capacidade de crítica de si mesmo e da realidade social.

Na clínica em Muzema, atendemos mulheres nordestinas e cariocas e ouvimos, em alguns momentos, o mesmo discurso dos analisandos de muitos profissionais que trabalham nos consultórios: “meu filho é hiperativo e toma ritalina”, “tenho problemas de depressão, o psiquiatra do hospital não resolve, mas preciso dos remédios”, “busquei um psicólogo porque meu filho não está bem na escola”, “não me sinto bonita e quero emagrecer” (mulher com 50 kg), “já sou velha” (mulher com 40 anos), etc. A lógica do mercado está presente nestes discursos e, aí,



reiteramos todas as conclusões feitas, que apostem na escuta do sujeito e promovam o caráter ético e político desta escuta.

Podemos assim, apostar no caráter ético e político desta escuta, fortalecendo a proposta da Psicologia Comunitária. Para Dimenstein, Vilhena e Zamora (2000) a Psicologia Comunitária propõe-se ao trabalho com indivíduos e grupos sobre sua visão de mundo, “desnaturalizando” valores e práticas individuais e coletivas. Ressalta-se, ainda, aquelas práticas que valorizam a atividade humana, podendo transformar as condições de vida social dos sujeitos. Para obter tal êxito, o psicólogo deve reconhecer que não é “neutro” em sua atuação e também reconhecer seus valores em relação à população estudada. Analisam as autoras sobre posições teóricas e metodológicas que contemplem a complexidade dos fenômenos humanos, assim como estratégias de intervenção terapêutica mais eficazes e menos etnocêntricas.

Tomando como referência a experiência em Muzema, o pudemos escutar durante todos estes anos nesta localidade, é que o lazer é almejado por uma grande parte dos moradores; no trabalho com as crianças, tem-se a aprovação dos pais, da liderança comunitária e das próprias crianças. Projetos de lazer e educação em Muzema incentivariam seus moradores a buscarem atividades produtivas para suas vidas, dentro e fora de Muzema.

Nesta experiência de Muzema, confirmamos a importância da pesquisa, pois foi a partir dela que alcançamos, na clínica que desenvolvemos no Posto, uma dinâmica observada recentemente mais flexível e uma aproximação maior da ordenação e da própria comunidade com nosso trabalho.

A discussão dos próprios líderes e crianças que “psicólogo não trabalha só com louco” foi analisada por todo o nosso grupo, como um ponto em que alcançamos transformações em alguns sujeitos, no tocante a uma conscientização sobre o direito de que temos de amparo subjetivo e de uma conquista em relativizar aquilo que é normal e/ou patológico sobre a vida humana.

O que desejamos é a valorização da produção humana desejante e de sujeitos capazes de viver a dialética da realidade subjetiva e objetiva criativa e singularmente. Entendemos que a cidadania é, também, construída a partir de uma possibilidade de mudança na posição subjetiva dos sujeitos e que, na clínica em Muzema, precisamos construir, tecer e costurar e não adaptar.

Como já visto neste estudo, a proposta mais transformadora da clínica ampliada, clínica do social ou clínica do desamparo está em pensar e lutar para além das reflexões que o analista assume na sua experiência clínica. Para objetivar esta proposta em políticas públicas e sociais, devemos realizar pesquisas que promovam conhecimentos sobre novos contextos. Como nos ensinaram Freud e Benjamin e outros autores aqui estudados, vamos valorizar a experiência e buscar articulações entre o mundo da teoria e o mundo da vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Antunes, A.M.A. (1991). O processo de autonomização da Psicologia no Brasil 1890/1930 \_ uma contribuição aos estudos em História da Psicologia. Tese de Doutorado. Puc-São Paulo.
- \_\_\_\_\_. (1999). A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição. São Paulo: Enimarco.

- Bauman, Z. (2005). *Vidas Desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- \_\_\_\_\_. Clínica e Social: polaridades que se opõem/ complementam ou falsa dicotomia? In: BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E.; RAUTER, C. *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos* (Orgs). (2002). Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia / Editora Te Corá, p.123-139.
- Benjamin, W.(1915). Prefácio. Jeanne Marie Gagnebin. Walter Benjamin ou a história aberta. In: *Magia, e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. (Obras escolhidas v.1); São Paulo: Brasiliense, 1996. p.7-19.
- Benevides de Barros, R. D. (2002). Clínica e Social: polaridades que se opõem/ complementam ou falsa dicotomia? In: Benevides de Barros, R.; Passos, E.; Rauter, C. *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos* (Orgs). Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia / Editora Te Corá, p.123-139.
- Bezerra Junior, B. (2001). A Clínica e a Reabilitação Social. In: Pitta, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p.137-142.
- \_\_\_\_\_. “Prefácio: Tecendo a rede” In: *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*. São Paulo: Cabral Universitária, p.18, 1999. In: ROSA, M. DEBIEUX. (2002). Uma Escuta psicanalítica das Vidas Secas. *Revista de Psicanálise Textura*, São Paulo, no.2. Disponível em: [www.revista-textura.com](http://www.revista-textura.com). Acesso em: 6 março de 2007.
- Birman, J. (2005). O Mal-Estar na Modernidade e a Psicanálise: a Psicanálise à Prova do Social. In: *Physis: Revista Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, IMS, UERJ, 15 (suplemento): p.203-225. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a10.pdf>. Acesso em: 1 dez.. 2006.
- Bock, A.M.B. (Org.). (2003). *Psicologia e Compromisso Social*. São Paulo: Cortez.
- Bock, A.M.B.; Marchinha Gonçalves, M. G.; Furtado, O. (Orgs.). (2001). *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez.
- Campos, R. H. F. *Psicologia Comunitária, Cultura e Consciência*. In: Campos, R. H. F. (Org.). (1999). *Psicologia Social Comunitária. Da solidariedade à autonomia*. Rio de Janeiro: Vozes, p. 164-177.
- Carmona, A. M. *Laço Social e Entrelaçamento da clínica na área de Direitos Humanos*. In: *Pesquisas e Práticas Sociais*. São João Del Rey: UFSJ, vol. 1, n. 2, dez.2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/Arquivos/AndreaCarmona.pdf>. Acesso em: 5 mar.2007.
- Carreiro, T. C. (1999). “A Doença como Projeto”. Uma contribuição à análise de formas de afiliações e desfiliações sociais. In: Sawaia, B. (Org.). *As Artimanhas da Exclusão. Análise Psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, p.87-95.
- Dimenstein, M.; Zamora, M.H; Vilhena, J. (Orgs.). (2000). El Impacto de la cultura y del formación profesional psicólogo en el trabajo comunitario. In: *Revista de Psicología Universidade do Chile*. Santiago, Vol. IX (1) pp.185-194. Disponível em: [http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/impacto\\_cultura.pdf](http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/impacto_cultura.pdf). Acesso em: jun. 2005.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta, Belo Horizonte: FUMEC/FHC.

- Figueiredo, L. C. (2004). Revisitando as Clínicas. Da Epistemologia à Ética das Práticas e Discursos Psicológicos. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes.
- Freud, S. (1912-13). Totem e Tabu. E Outros Trabalhos. Imago Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. XIII, Rio de Janeiro: Imago, 1980b. p.20-191.
- Gonzalez Rey, F. L O Enfoque Histórico-Cultural e seu Sentido para a Psicologia Clínica: uma reflexão. In: Bock, A. M. B.; Marchina Gonçalves, M. G.; Furtado, O. (Orgs). (2001). Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo: Cortez, p.193-221.
- \_\_\_\_\_. (2002). Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Caminhos e Desafios. São Paulo: Thomson.
- \_\_\_\_\_. (2003). Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson.
- Kanter, J. (2000). Beyond Psychotherapy: Therapeutic Relations in Community Care Psyche Matters. Northampton, Massachusetts: Smith College Studies in Social Work, vol. 70 (3), pp. 397-426., june.
- Kohl de Oliveira, M. (1995). Vygostsky. Aprendizado e Desenvolvimento. Um Processo Sócio-Histórico. São Paulo: Scipione.
- Lamy, M. I. (2003). O lugar do psicanalista numa instituição de saúde. In: A Polimorfia da Perversão. Cadernos da Psicanálise. Circuito Psicanalítico do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: O Círculo, Ano 25, nº 16, p.173-179.
- Lane, S. T. M.; Codo, W. (1992). Psicologia Social. O Homem em Movimento. São Paulo: Brasiliense.
- Lane, S. T. M. (1999). Histórico e Fundamentos da Psicologia Comunitária no Brasil. In: Campos, R. H. F. (Org.). Psicologia Social Comunitária. Da solidariedade à autonomia. Rio de Janeiro: Vozes, p.17-34.
- Pinheiro, N.; Vilhena, J. (2007). De paciente a sujeito: a difícil passagem do público para o privado. Reflexões sobre o atendimento psicanalítico em ambientes hospitalares. In: Revista Vivências. Rio Grande do Norte: UFRN, p.89-99.
- Marchina Gonçalves, M. G. (2003). A contribuição da Psicologia Sócio-Histórica para a elaboração de políticas públicas. In: Bock, A. M. B. (Org.). Psicologia e Compromisso Social. São Paulo: Cortez, p.277-293.
- Massimi, M. (1990). História da Psicologia brasileira da época colonial até 1934. São Paulo: EPU.
- Perez Oberg, L. (2007). Do Rio das Vitruvianas à Galeria dos Desconhecidos: Um estudo em Psicologia Social Comunitária na localidade de Muzema. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica- Puc-Rio.
- Pujo, M. (2000). Trauma e Desamparo. In: Clínica do Desamparo. Revista Psicoanálisis y el hospital, Buenos Aires: Ediciones del Seminario, vol. 17.
- Rochael Nasciutti, J. C. (1999). A instituição como via de acesso à comunidade. In: Campos, R.H.F. (Org.). Psicologia Social Comunitária. Da solidariedade à autonomia. Rio de Janeiro: Vozes, p.100-126.
- Rosa, M. (2002). DEBIEUX. Uma Escuta psicanalítica das Vidas Secas. In: Revista de Psicanálise Textura. São Paulo, n. 2. Disponível em: [www.revistatextura.com](http://www.revistatextura.com). Acesso em: 6 mar. 2007.
- Roudinesco, E. (2000). Por que a Psicanálise? Rio de Janeiro: Zahar.
- Sawaia, B. (Org.). (1999). As Artimanhas da Exclusão. Análise Psicossocial e ética

da desigualdade social. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes.

Tenório, F. (2001). A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Marca d`Água.

Winnicott, D. W. (1975). O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago.

Vilhena, J; Santos, A. (2000). Clínica psicanalítica em Comunidades. Um desafio contemporâneo. In: Cadernos do Tempo Psicanalítico. Rio de Janeiro: SPID, n.32, p. 09-35.

\_\_\_\_\_. Da cultura do medo à fraternidade como laço social. In: Castro, R.V.D.;

Vilhena, J.; Zamora, M. H. (Orgs.). (2005). A cidade e as formas de viver. Rio de Janeiro: Museu da República, p.19-43.

\_\_\_\_\_. Clínica psicológica com populações de baixa renda. Dispositivos clínicos e agenciamentos subjetivos. (2006). In: Polêmica, 16 <http://www2.uerj.br/~labore/revistapolemica.htm> . UERJ.

\_\_\_\_\_. A violência da cor. Sobre racismo, alteridade e intolerância. In. Revista Psicologia Política. FAFICH, UFMG, vol.6, n. 12, 2007. Disponível: <http://www.fafich.ufmg.br/%7Epsicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=7>. Acesso em: 30 jun. 2007.