

Reflexões sobre a clínica ampliada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)

*Reflections on a broader clinic in Social Assistance
Reference Centers (CRAS)*

*Reflexiones sobre una clínica ampliada en los Centros
de Referencia de la Asistencia Social (CRAS)*

*Rafael Bianchi Silva**
*Graziela Lastoria Bonatti***

Resumo

O presente trabalho propõe uma reflexão sobre as possíveis relações da clínica ampliada com as práticas da psicologia no Sistema Único de Assistência Social dentro dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) no trabalho com famílias do Plano Nacional de Atendimento Integral à Família (PAIF). Para isso foi apresentada a criação do SUAS e levantado o histórico sobre a clínica ampliada no Brasil para assim analisar, a partir dos documentos da referida política, as possíveis articulações da atuação do psicólogo no CRAS com a noção de clínica ampliada, a fim de ressignificar as suas atividades no SUAS.

Palavras-chave: *Psicologia; CRAS, Clínica ampliada.*

Abstract

The present study consists of a reflection about the broader clinic as a tool for the psychologist to rethink practices in Public Policies, specifically in the Social Assistance System within the Social Assistance Reference Centers (CRAS) whilst working with families of the Comprehensive Attention to the Family Program.

* Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: tibx211@yahoo.com.br

** Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: grabonatti1580@gmail.com

For this purpose, the founding of SUAS is presented and also the history of the expanded clinic in Brazil. The documents of said policy were then studied to assess the possible ramifications of the psychologist's performance on CRAS based on extended clinical practice in order to re-signify their activities in SUAS.

Keywords: *Psychology, CRAS; Broadened Clinic.*

Resumen

El presente trabajo consiste en realizar una reflexión sobre las posibles relaciones de la clínica ampliada con las prácticas del psicólogo en el Sistema Único de Asistencia Social dentro de los Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) en el trabajo con familias del Plan Nacional de Atención Integral a la Familia (PAIF). Por ese motivo fue presentado la creación del SUAS, levantando así, el histórico sobre la clínica ampliada en Brasil con el fin de analizar, a partir de los documentos de dicha política, las posibles articulaciones de la actuación del psicólogo en el CRAS teniendo la noción de la clínica ampliada, con el objetivo de resignificar sus actividades en el SUAS

Palabras clave: *Psicología; CRAS; Clínica ampliada.*

Em termos de políticas públicas, a implantação da Política Nacional de Assistência Social no Brasil foi regulamentada e legalmente reconhecida como direito social e dever estatal pela constituição de 1988 e pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Entretanto, por muito tempo tal política se caracterizou por posturas paternalistas e assistencialistas, com o intuito de concessão de benefícios e serviços descontinuados, o que dificultava mudanças sustentáveis no modo de vida das pessoas atendidas e da sociedade.

Apenas em 2004, com a instituição da nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS), ocorrem ações pautadas não apenas na concessão de benefícios, como também na prevenção de vulnerabilidades, no desenvolvimento global das famílias e das comunidades e na participação social e política dos sujeitos atendidos (Costa & Cardoso, 2010). Assim, é proposto um novo modelo de Assistência Social por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o qual começa a ser implantado no seu modelo de gestão em 2005.

Diante desse modelo, é criado em 2003, o Plano Nacional de Atendimento Integral a Família (PAIF), o qual passa a ser organizado de forma a responder à garantia de fortalecimento da convivência familiar e comunitária, na proteção básica do SUAS. Anos mais tarde, em 2005, o PAIF se torna uma ação continuada a ser ofertado obrigatoriamente e exclusivamente nos CRAS, configurando-se como uma importante referência para os(as) usuários(as).

É nesse panorama de materialização do SUAS, com oferta de demandas provenientes de famílias referenciadas através do PAIF, que o psicólogo começa a exercer um trabalho com uma população mais diversificada e com demandas ampliadas em relação àquela historicamente atendida pelos profissionais *psi*. Conforme aponta o documento intitulado “Orientações Técnicas Sobre o PAIF” (Brasil, 2012) é expresso que ao psicólogo do CRAS (enquanto trabalhador social) não compete a execução de práticas clínicas, entendidas nos limites do parâmetro, como ações psicoterapêuticas, psicodiagnósticas, psicopedagógicas.

Ao invés disso, a proposta do trabalho *psi* no contexto indicado baseia-se no que é expresso nos cadernos de orientações intitulados “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social” (Conselho Federal de Serviço Social & Conselho Federal de Psicologia, 2007) e “Referências Técnicas para atuação do/a Psicólogo/a no CRAS/SUAS” (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, 2007), os quais pontuam que tal prática deve estar fundamentada na compreensão da dimensão subjetiva dos fenômenos sociais e coletivos, sendo que o psicólogo deve enfatizar as relações da pessoa com os seus contextos, atentar para a prevenção de situações de risco e contribuir para o desenvolvimento de potencialidades pessoais e coletivas.

Nos últimos anos vimos uma transformação no trabalho com as políticas públicas, as quais passaram a traduzir um olhar sobre a questão estrutural da sociedade e a superação da centralidade dos problemas no indivíduo/usuário, abrindo a possibilidade de analisar e intervir em outros aspectos da vida cotidiana, considerando o contexto social como pressuposto.

Detmann, Aragão e Margotto (2016) pontuam que o profissional *psi* foi inserido nas políticas públicas, inicialmente na saúde - no Sistema Único de Saúde (SUS) - e posteriormente em contextos envolvendo questões sociais e a violência, como por exemplo o SUAS. O desafio da inserção do psicólogo nesses ambientes foi traduzir novos olhares, outros caminhos e possibilidades acerca das vivências trazidas. Assim, a prática do psicólogo passou a ser pensada também no sentido de problematizar os processos de subjetivação instituídos e marcados pelo capitalismo, os contextos sociais e desejos dos indivíduos, construídos e constituídos em dadas situações, tempos e espaços.

A partir disso, tornou-se necessário construir novas diretrizes para a clínica enquanto prática da Psicologia. Nesse contexto, como alternativa a negação da clínica enquanto possibilidade de atuação, a busca por novas perspectivas que ultrapassassem uma concepção puramente individual, torna-se um campo fértil para pensar as possibilidades de intervenção no âmbito do SUAS.

A clínica ampliada, enquanto posição política, são problematizadas as relações de forças, estratégias de gestão e investimento da potencialização da vida, implicada em uma responsabilidade social e uma prática ética pela constituição de outros modos de vida, não assujeitados a um controle ou uma gestão despotencializadora da vida, torna-se uma possi

Dessa forma, a clínica ampliada têm auxiliado o psicólogo e demais profissionais, especialmente na política de saúde, a promover ações que objetivam refletir sentidos, participar na produção de outros modos de existência, atuar na formação e transformação das subjetividades e produzir encontros potencializadores dentro das políticas públicas.

Enquanto premissa, a clínica ampliada pretende ultrapassar o imaginário do papel diagnóstico e terapêutico e propõe que os encontros propostos partam de uma construção coletiva, a qual inclua os sujeitos na crítica de realidades estabelecidas e criação de novas possibilidades de agir e ser no mundo. Sendo assim:

tomamos a clínica como eminentemente política, ou seja, como problematização de valores, sentidos fixos, universais e como possibilidades de conexão com as práticas de “invenção de si”, é que podemos afirmar o que produzimos

no campo da formação “Psi”, bem como no campo da intervenção em instituições-estabelecimentos, como clínica. Ou seja, a crítica como clínica. (Neves & Josephson, 2001, p.105).

Considerando os apontamentos sobre o trabalho dos psicólogos (as) no SUAS e a instauração de uma nova visão clínica dentro das políticas públicas, colocamos a necessidade de repensar a prática do psicólogo nesse contexto, já que ela ultrapassa a perspectiva psicológica hegemonicamente disseminada na sociedade, buscando formas de atendimento a uma população diversificada, a qual padece de questões sociais concretas e complexas. Para isso, a investigação de novos entendimentos sobre a clínica torna-se necessária, o que nos leva a investigar a proposta da clínica ampliada como uma ferramenta possível no processo de ressignificação da atuação do psicólogo no âmbito do SUAS.

CLÍNICA AMPLIADA

Ferreira Neto (2003 apud Moreira, Romagnoli & Neves, 2007) afirma que a oferta clínica às várias classes sociais e o uso da expressão “clínica social” se inicia, em nosso país, somente na década de 1980, em associação a uma série de transformações, não só nessa área, mas na Psicologia como um todo. De modo que, por meio da abertura política de 1989 e de movimentos sociais que surgiram na época, houve uma contraposição da ideia de prática clínica vinculada a atividade privada e desenvolvida entre as classes médias e altas.

A partir da década de 1980, tivemos no Brasil a disseminação de termos como “clínica ampliada”, “clínica social” ou “clínica transdisciplinar”, os quais nascem exatamente para englobar o contexto de atendimento clínico em diferentes contexto em especial em meios comunitários que envolve uma parcela diversificada da população. Conforme Dhein (2010), a clínica ampliada é um conceito que surge em meio à redemocratização do Brasil, quando as políticas públicas da saúde, educação, dentre outras, estavam sendo formuladas sob uma ótica mais democrática

À princípio a clínica ampliada começou a ser implantada no Brasil dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), criado como política pública em 1998. Por meio da criação da política de saúde, em 2003, é inaugurado o Plano Nacional de Humanização (PNH), a qual toma como uma de suas diretrizes principais a perspectiva da clínica ampliada, visando, como aborda o “Caderno Humaniza SUS” no volume 1 (Brasil, 2010, p.66-67):

[...] a ampliação de suas bases conceituais, avançando para além da alopatia, da racionalidade clínica da biomedicina; ampliar incluindo práticas complementares; ampliar para além do biológico, incluindo as dimensões social e subjetiva (afinal, a produção de saúde se dá para além e aquém da experiência material do corpo); ampliar para ação interdisciplinar, com aposta no trabalho em equipe. Construir uma relação clínica que seja uma experiência de troca entre sujeitos, não de alguém que sabe e alguém que não sabe; uma clínica que não seja encontro episódico, mas a construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde; enfim, ampliar a clínica significa reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sócio-familiar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua.

Como relata Murta e Marinho (2009), a prática da clínica ampliada se torna ampla em diversos sentidos mais especialmente no que se refere:

[...] à mudança do foco de intervenção de indivíduos para a coletividade, ao espaço físico (da sala privativa e confortável às instituições diversas), à população atendida (de pessoas de classe social abastada à pessoas de baixa renda), às suas estratégias (da psicoterapia individual à terapia comunitária e campanhas educativas), às suas teorias (das voltadas para o intrapessoal às ecológicas), aos agentes de execução do trabalho (do trabalho conduzido apenas pelo psicólogo ao conduzido por profissionais com diferentes saberes) e aos níveis de prevenção (do tratamento e reabilitação à prevenção e promoção de saúde) (p.59)

Segundo G. W. S. Campos, Figueiredo, Pereira Junior e Castro (2014) o exercício da clínica ampliada e compartilhada pressupõe a existência de espaços coletivos, nos quais os profissionais, em equipe, possam exercitar sua capacidade de analisar e intervir em conjunto, refletindo sobre os efeitos de suas práticas. Ademais, ela baseia-se na escuta e reconhece o

saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. Portanto, é uma prática menos prescritiva e mais negociada.

Como um dos percursores acerca da perspectiva da “clínica do sujeito” ou “clínica ampliada”, o italiano Franco Basaglia afirma que “se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença.” (Basaglia, 1985 citado por G. W. S. Campos, 2000, p. 229). Dessa maneira, a visão da clínica ampliada traz consigo um olhar sobre a existência concreta dos sujeitos e o envolvimento social que fundamenta essa existência. Nessa perspectiva, a ênfase do processo de cura da pessoa é removida e coloca-se em primeiro lugar o sujeito e todos seu aspectos subjetivos e sociais envolvidos.

A proposta de Basaglia traz inovações para as Políticas Públicas, ao envolver por meio da visão de clínica ampliada a noção de reprodução social¹ do sujeito, a qual tem como pretensão inventar novas práticas de saúde para os sujeitos entendendo-a como exercício de cidadania e de participação social (G. W. S. Campos, 2000). Assim, para ele a reconstrução da saúde coletiva deveria realizar um deslocamento de ênfase: agora se trataria também de valorizar o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos. Conforme cita Rotelli (1990) o enfoque da instituição não seria mais a cura, mas a emancipação, o processo de singularização e ressingularização, pretendendo a criação de possibilidades e oportunidades para o sujeito.

G. W. S. Campos (2003) aponta que para Basaglia o conceito de reprodução social era profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa e de protagonismo, ou seja, partia-se do reconhecimento do sujeito como uma pessoa com direitos, mas, ao mesmo tempo, argumentava-se sobre a necessidade de preparar-se para fazer valer os próprios direitos. Como afirma Rotelli (1990), a produção da vida e a reprodução

1 O conceito de “reprodução social” a uma posição de exercício de vida enquanto sujeito de direitos, o que remete a esfera do reconhecimento enquanto cidadão que participa socialmente dos processos que lhe implicam. Nesse contexto, os processos de intervenção incluem uma análise de mudanças tanto de estruturas da saúde como também sua democratização e da normas de direito, como também quanto a capacidade reflexiva e da iniciativa dos sujeitos individuais e coletivos (Campos, 2000)

social seriam os objetivos da “instituição inventada”, a fim de permitir ao sujeito uma engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, para que ele se responsabilize-se, se identifique nas situações de sofrimento e de opressão, reingresse no corpo social, no consumo e produção, nas trocas, nos novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro.

ARTICULAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA COM ALGUNS PRESSUPOSTOS DO SUAS

Diante de investigações realizadas ao longo de um trabalho de pesquisa de iniciação científica, tomamos alguns conceitos de Basaglia os quais remetem a clínica ampliada com o intuito de questionar tal possibilidade para o trabalho do psicólogo no âmbito das políticas públicas, especificamente no SUAS, com famílias do PAIF.

Dessa maneira tentamos articular pressupostos do SUAS com características abordadas pela clínica ampliada considerando que tal modalidade e perspectiva clínica, diferentemente da visão tradicional, poderia conferir um olhar diferenciado acerca dos processos vividos pelos sujeitos atendidos pela Política de Assistência Social.

Dentre as características comuns entre as proposições do SUAS e a clínica ampliada, encontramos alguns elementos como: trabalho com demandas concretas dos sujeitos, a inserção da avaliação de questões sociais e subjetivas envolvidas na vida do indivíduo, garantia de direitos dos cidadãos, os aspectos políticos dos profissionais visando a emancipação dos usuários e, por fim, o deslocamento da condição objetalizante dos sujeitos.

Primeiramente, pontuamos a necessidade de realizar um trabalho com demandas concretas dos indivíduos no âmbito da política pública. Basaglia afirma que tais demandas “[...] são também manifestações concretas de necessidades sociais produzidas pelo jogo social e histórico que foram se constituindo, e que aparecem na sua singularização [...]” (Campos, 2000 citado R. O. Campos, 2001 p.101). Conforme salienta, “o importante para a pessoa é ter o que comer, ter dinheiro, ter uma cama para dormir.” (Basaglia, 1979, p.31).

Como é demonstrado no volume I das “Orientações Técnicas Sobre o PAIF” (Brasil, 2012), podemos observar que o SUAS aborda que dentro do âmbito do PAIF os usuários também devem ter suas demandas concretas atendidas, por exemplo, via benefício sociais. Entende-se que as pessoas inseridas no programa vivenciam situações de vulnerabilidade que decorrem de fatores como pobreza, privação, fragilização de vínculos afetivos, entre outros.

Por essa razão, o trabalho realizado no PAIF é voltado para os sujeitos cujos problemas são caracterizados principalmente como materiais, concretos e que necessitam, em grande parte, de intervenções que encontram-se fora do escopo e preocupação da clínica tradicional. Dessa maneira, além, de permitir por meio do trabalho *psi*, uma escuta dos aspectos subjetivos envolvidos nessas situações de vulnerabilidade, em suas ações pretende promover aquisições sociais e materiais às famílias como acesso à benefícios, programas de transferência de renda, serviços socioassistenciais.

Assim, como um segundo tópico, tem-se a importância de incluir dentro da análise material dos sujeitos, uma avaliação de suas questões sociais e subjetivas. Assim, partindo da sua perspectiva teórica indicada, uma das principais contribuições do trabalho de Basaglia foi a mudança de entendimento da doença, sendo tomada à partir da sua relação com o campo social. Dentro disso podemos aproximar a clínica ampliada à proposta da política do SUAS, que também pretende uma mudança de foco: da concepção que permite visualizar apenas a pobreza para outra que abrange com o mesmo peso os aspectos subjetivos e sociais da pessoa atendida. Como é dito no mesmo volume das “Orientações Técnicas Sobre o PAIF” (Brasil, 2012), o PAIF pretende que além das aquisições materiais das famílias, seja dada à população acesso a atributos sociais necessários para potencializar o exercício do protagonismo e da autonomia das famílias e seus membros. Sendo que:

[...] o objetivo é que as famílias possam, ao socializar as experiências e identificando-se umas com as outras, valorizar potenciais daqueles que demandam cuidados, sair do isolamento social, mobilizar-se para reivindicar seus direitos, experimentar novos contextos de participação social, enfim, reconhecer-se como sujeitos de direitos (p. 52)

Do mesmo modo, a proposição do trabalho no SUAS aborda em sua estruturação a necessidade de perceber não só as necessidades materiais dos usuários do serviço, como também os aspectos sociais e subjetivos que o envolvem, além de uma avaliação do risco social do mesmo. Como se demonstra ainda nesse documento, o PAIF foi concebido a partir do reconhecimento que os riscos sociais que atravessam a vida dos indivíduos e as famílias, extrapolam a dimensão orgânica e material, necessitando de intervenções que trabalhem além dos aspectos objetivos, os aspectos subjetivos relacionados a proteção da família. Dessa forma, sua proposta possibilita uma visão menos determinista e mais complexa das situações de pobreza e de violações de Direitos Sociais, pois confere a ela um sentido dinâmico para o estudo das desigualdades.

Um terceiro item que observamos é a necessidade da garantia de direitos. Baseado no conceito de reprodução social, Basaglia validava os direitos dos cidadãos ao mesmo tempo que argumentava sobre a necessidade de prepará-los para fazer valer os próprios direitos. Diante de tal afirmação podemos fazer uma conexão com a Política Nacional de Assistência Social, que também possui como horizonte tal processo. As ações protetivas de tal política visam esse princípio, conforme os argumentos do primeiro volume das “Orientações Técnicas Sobre o PAIF”:

[...] a atuação protetiva significa centrar esforços em intervenções que visam, amparar, apoiar, auxiliar, resguardar, defender o acesso das famílias e seus membros aos seus direitos. Assim, a PSB deve incorporar em todas as intervenções o caráter protetivo, envidando esforços para a defesa, garantia e promoção dos direitos das famílias (Brasil, 2012, p. 11)

Nesse sentido, o SUAS avança ao reconhecer a família como um “sujeito” de direitos e considerar que é responsabilidade estatal a sua proteção social, cabendo à política ofertar ações que envolvam o fortalecimento dos vínculos familiares e a elaboração de estratégias de atendimento às famílias de modo a potencializar modos de enfrentamento da sua condição social.

Um quarto aspecto importante sinalizado é a ação política dos técnicos na valorização da emancipação do sujeito, ou seja, a ação

profissional que vise a saída do usuário da condição de passividade para a consciência da realidade e posse de uma postura ativa. Basaglia junto com sua equipe criaram em Trieste assembleias gerais e um sistema de redes, como os grupos-apartamentos, os quais apresentaram o intuito de gerar autonomia e protagonismo dos indivíduos. Esse sistema de redes, foram tidas como empresas sociais justamente por inserir além das condições materiais a possibilidade de uma transformação social e uma produtividade subjetiva dos sujeitos.

No Brasil, em consonância às assembleias gerais em Trieste, as quais permitiam uma participação democrática e o protagonismo da população, foram criados conselhos e conferências presentes em diferentes políticas públicas (como a Saúde e a Assistência Social) visando a ampliação da participação social por meio da reunião de diferentes segmentos representativos da sociedade em um espaço de debate para avaliar, propor diretrizes a respeito dos serviços ofertados (Brasil, 2013).

Diante do fato de emancipação observamos uma aproximação com a proposta do CRAS. Como visto, na cartilha “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social” (Conselho Federal de Serviço Social & Conselho Federal de Psicologia, 2007) é apresentado que por muito tempo a Política de Assistência Social se caracterizou por posturas paternalistas e assistencialistas, o que dificultava mudanças sustentáveis no modo de vida das pessoas atendidas e da sociedade. Com a criação da PNAS a atual política da Assistência Social visa a saída do usuário da rede da condição de sujeitado, ou seja, da condição de dependência, ou tutela do Estado, e que por meio do conceito de empoderamento trabalhado no SUAS possa adquirir autonomia, e acesso a emancipação individual.

Como expresso ainda no primeiro volume das “Orientações Técnicas do PAIF” (Brasil, 2012), o PAIF visa o empoderamento dos sujeitos, à medida que proporciona não apenas a emancipação individual dos mesmos, mas também a aquisição de uma consciência coletiva da dependência social, permitindo que as pessoas participem de espaços privilegiados de decisões e de consciência de seus direitos.

Ademais, encontramos a afirmação de que quando o usuário é inserido na política pública, ele deve ter possibilidade de vivenciar experiências potencializadoras de participação cidadã, tais como espaços de livre expressão de opiniões, reivindicações, participação em movimentos sociais, construção de projetos.

Um último apontamento destaque na aproximação entre a clínica ampliada e a proposta do PAIF é o deslocamento da condição objetualizante dos sujeitos. Em suas reflexões, Basaglia criticou o tecnicismo dos profissionais da saúde, o qual segregava a doença da existência global do corpo social, colocando o doente em uma posição objetualizante. Dessa forma, negava o ato terapêutico como ato de violência.

Semelhante a essa questão, temos ainda no primeiro volume I das “Orientações Técnicas Sobre o PAIF” um questionamento das práticas terapêuticas de violência aos sujeitos, ao negar-se a possibilidade de fazer clínica. Como já vimos, na cartilha é expresso que dentro do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) não compete práticas psicoterapêuticas, psicodiagnósticas, psicopedagógicas que como bem apontam Murta e Marinho (2009), poderiam a classificar, estigmatizar e patologizar do indivíduo a partir dos problemas por ele vivenciados. Diferentemente disso, pretende-se que ao se trabalhar com os indivíduos seja dada prioridade aos seus aspectos sociais e subjetivos, a fim de que ele seja abarcado como um ser em sua complexidade. Tal questão é demonstrada no seguinte fragmento do documento:

[...] o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, objetivo central do PAIF, supõe o trabalho no campo das subjetividades. Destaca-se, entretanto, que assumir a subjetividade como um dos elementos do trabalho social com famílias não é negar ou diminuir a importância das situações objetivas de vulnerabilidade que atingem as famílias, tais como a desigualdade social e o não acesso a direitos.

Ao contrário, é reconhecer que os seres humanos são historicamente constituídos pelo entrelaçamento das dimensões subjetivas e objetivas [...] (Brasil, 2012, p.19)

Concluindo, com o que diz Amarante (2011), a clínica ampliada proposta por Basaglia, não desconsidera a clínica individual dentro de um

atendimento particularizado, mas sim o desafio de realizar uma outra forma de pensar e fazer clínica, a qual se preocupa concretamente com os sujeitos e não com a doença. Para o autor, assim como a doença é colocada entre parênteses, a clínica também deveria ser desconstruída, transformada em sua estrutura para que sua relação fosse com o sujeito em sua existência. Seria necessário reinventar a clínica como uma construção de possibilidades, subjetividades, centrando-se no paradigma de cuidado, tomada de responsabilidade, e na cidadania como princípio ético.

Unido à esses valores, vemos nos princípios do SUAS que o trabalho social com famílias visa o apoio e proteção às famílias, a fim de promover maiores graus de autonomia e empoderamento dos sujeitos. No entanto, para que tais objetivos sejam alcançados por meio do trabalho psi é necessário que esses profissionais se apoiem em uma nova visão clínica, a qual seja eminentemente política, problematizadora de valores, sentidos fixos, universais, ou seja, a crítica como clínica (Neves & Josephson, 2001). Uma perspectiva clínica, a qual retire o enfoque do assistencialismo, da concepção de pobreza, em oposto, pretenda incluir os sujeitos na crítica de suas realidades estabelecidas e na criação de novas possibilidades de agir e ser no mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do SUAS em 2004 estabeleceu âmbitos de trabalho cujo alvo de intervenção são as famílias e sujeitos que sofrem ou sofreram violações de seus direitos sociais e decorrentes adoecimentos acarretados por tal processo e contexto de desproteção. Esse trabalho de caráter social gera desafios novos para o psicólogo, visto a necessidade em pensar em ações que tenham, por um lado, como elemento-chave a atuação com pessoas cujos problemas estão atrelados a condições materiais e concretos e que demandam em grande parte, intervenções fora do escopo da clínica tradicional e, por outro, atuar a partir de uma lógica interdisciplinar em um serviço institucionalizado, ainda em consolidação (condições diferentes daquelas da profissão liberal, sobre as quais se conformou a profissão)

Assim, devido ao fato da inserção do psicólogo ser relativamente recente no SUAS, torna-se importante construir reflexões acerca de sua atuação, considerando, como estipulada nas “Orientações Técnicas Sobre o PAIF” (Brasil, 2012), esta ultrapassa as práticas clínicas tradicionais e hegemonicamente presentes na formação inicial do profissional. Em oposição a isso, o trabalho do psicólogo no CRAS, por ser realizado com famílias que padecem de questões sociais complexas, implica a execução de práticas que se encontrem fundamentadas na compreensão da dimensão subjetiva dos fenômenos sociais e coletivos, os quais problematizem e proponham ações no âmbito social.

Ademais, vemos na proposta da clínica ampliada um meio para o psicólogo repensar e ressignificar suas práticas, já que essa visão toma como ponto de partida a existência concreta dos sujeitos e o envolvimento social que fundamenta essa existência, colocando em primeiro lugar o sujeito em todos seus aspectos subjetivos e sociais envolvidos. Além disso, ela aponta para a identificação do sujeito como uma pessoa com direitos e deveres, mas, ao mesmo tempo como protagonista, que pode preparar-se para fazer valer os próprios direitos.

Ainda que seja um tema que possui já possui uma ampla discussão e investigação no âmbito da saúde, consideramos que há a necessidade de aprofundamento sobre o assunto no âmbito do SUAS, em especial, na atuação no psicólogo como promotor de participação e transformação no CRAS, porta de entrada para o usuário da política.

Observamos que ainda que os pressupostos ético-políticos presentes na clínica ampliada, estejam indicados pelos documentos de parametrização da Política de Assistência Social, ela ainda precisa ser apropriada na prática cotidiana dos psicólogos como forma de enfrentamento das condições de desigualdade presentes nos territórios atendidos pelo SUAS e como possibilidade de atuação clínica do e no campo social.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. D. (2011). Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 1(1), 34-41.
- Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa*. São Paulo: Editora Brasil Debates.
- Brasil (2010). *Cadernos HumanizaSUS – Volume I: Formação e intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização.
- Brasil (2012). *Orientações técnicas sobre o PAIF (v.1)*. Brasília: Ministério do desenvolvimento social e combate à fome Recuperado em 17 de junho de 2018 de http://agendaprimeirainfancia.org.br/arquivos/Orientacoes_PAIF_1.pdf
- Brasil (2013). *Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 25 de junho de 2019 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf
- Campos, G. W. S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G. W. S. (org). *Saúde Paidéia*. (pp.51-67). São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.
- Campos, G. W. S., Figueiredo, M.D., Pereira Júnior, N. & Castro, Cristiane Pereira de. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, 18(Supl 1). 983-95.
- Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada—sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, 25(58), 98-111.

- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (2007). *Referências Técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Brasília: CREPOP. Recuperado em 25 de junho de 2019 de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/08/cartilha_crepop_cras_suas.pdf.
- Conselho Federal de Serviço Social & Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social*. Brasília: CFESS. Recuperado em 25 de junho de 2019 de <http://www.cfess.org.br/arquivos/CartilhaFinalCFESSCFPset2007.pdf>.
- Costa, A. F. & Cardoso, C. L. (2010). Inserção do psicólogo em Centros de Referência de Assistência Social - CRAS. *GERAIS: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3(2), 223-229.
- Dettmann, A. P. S., Aragão, E. M. A. & Margotto, L. R. (2016). Uma perspectiva da Clínica Ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(3), 362-369.
- Dhein, G. . (2010). *Pausa!: Clínica. Clínica política. Clínica ampliada: a produção do sujeito autônomo*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Moreira, J.O., Romagnoli, R. & Neves, E.O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621.
- Murta, S. G. & Marinho, T. P. C. (2009). A Clínica Ampliada e as Políticas de Assistência Social: uma Experiência com Adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 58-72.
- Neves, C. A. B & Josephson, S. C. (2001). A crítica como clínica. *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. Versão Ebook. São Paulo: Casa do Psicólogo. Recuperado em 25 de junho de 2019 de <https://app.uff.br/slab/uploads/texto83.pdf>.
- Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. *Desinstitucionalização*, 2, 89-99.

Recebido em 07/03/2018

Aceito em 15/02/2019