

11. Psicologia e pandemônio: contribuições das políticas públicas à composição de uma clínica plausível

Dailza Pineda¹

Muito já se falou sobre nossa pandemia até aqui. O “nossa” fica por conta da inevitável repetição de que isso que vivemos é absolutamente particular, inclusive porque não podemos supor que o tal do vírus produza o mesmo drama em dois pontos diferentes do planeta. Uma epidemia mortífera e descontrolada parece não ser suficiente para dar conta de explicar nosso desastre à brasileira. Cá, temos ainda que conviver com a ascensão de um presidente burlesco, com ideias e ações notadamente genocidas. Além do fenômeno biológico, estamos lidando, entre tantos outros infortúnios, com os seguintes efeitos:

- Promulgação da Emenda Constitucional n. 95, que prevê o congelamento do teto de gastos em políticas públicas ao que havia sido planejado no orçamento de 2016 pelos vinte anos subsequentes.
- Reforma da Previdência, que aumenta o tempo e a contribuição do trabalhador, dificultando o acesso à aposentadoria.
- Amazônia (Watanabe, 2020) e Pantanal (Turioni & Rodrigues, 2020) em chamas, símbolos do desmatamento programático e da execução de políticas ambientais predatórias.

1 Graduada e mestra em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Atua em consultório particular e compõe a equipe de uma Unidade Básica de Saúde do SUS. Contato: dailzapineda@gmail.com.

- Altos índices de desemprego ou subemprego, chegando a 14,6% no terceiro trimestre de 2020, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), associados ao crescimento da margem de lucro dos bancos, do agronegócio e das grandes empresas, acelerando o já desenfreado abismo da desigualdade social que nos faz figurar atualmente como a sétima nação mais desigual do mundo (PNUD, 2019).
- Anúncio da revisão da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e de mudanças no modelo assistencial em saúde mental, repudiadas pela sociedade, como explicita o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2020) em nota pública.
- Negacionismo acerca da gravidade da doença causada pelo novo coronavírus, por vezes apontada por autoridades governamentais em rede nacional como “gripezinha”, a despeito de no final de julho de 2021, um ano e cinco meses após o primeiro caso oficial registrado no Brasil, já termos ultrapassado 548 mil mortes por aqui e quase 4,14 milhões no mundo.
- Investimento público e propaganda em tratamentos, medicamentos e métodos sem comprovação científica ou comprovadamente ineficazes contra a covid-19, como é o caso da indicação de hidroxicloroquina pelo Ministério da Saúde (CNS, 2021).
- Atraso na negociação de imunizantes em relação aos outros países, inclusive latino-americanos, e, ainda, a recente divulgação da suspeita de corrupção por negociação de vacinas superfaturadas envolvendo o governo federal, investigada em Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI da Covid), instaurada pelo Senado Federal em 27 de abril de 2021, entre outros constantes absurdos que poderíamos listar.

É necessário dizer que o rápido exame dos dados divulgados acerca das mortes por coronavírus elucida a presença de aspectos sociais, culturais e ambientais como determinantes dos índices de sua letalidade. Neste sentido, Roberta Oliveira et al. (2020) concluem que “a covid-19 não atinge grupos e locais simétrica e democraticamente, é nas periferias e favelas, locais com os piores indicadores de desenvolvimento humano, que a pandemia apresenta

sua face mais cruel” (p. 6). Assim, para ser mais fiel ao cenário, talvez se possa denominar o que temos vivido com outro sufixo: “trata-se de um *pandemônio* ético-político que teve início bem antes da constatação dos primeiros casos da doença entre nós” (Carrara, 2020, p. 1, grifo nosso).

Embora estejamos falando de uma enfermidade que ataca diretamente o sistema respiratório humano, sabemos que a nossa sanidade mental também tem sido posta à prova dia a dia. Talvez tenha sido nesta linha de pensamento que, aos primeiros sinais de uma necessária restrição social para contenção do vírus, bem como frente às incertezas e ao ineditismo da situação, os psicólogos ganharam relevo como trabalhadores essenciais deste novo modo (supostamente enlouquecedor) de vida.

Ocorre que a situação atinge também a própria configuração do cenário clínico que construímos tão cuidadosamente ao longo dos anos, em que repetimos, com mais ou menos rigor, a idílica cena primeva. Ora, o que ainda teríamos a oferecer sem os divãs, sofás e poltronas metodicamente alinhados? O que veríamos se as lâmpadas fluorescentes estivessem acesas iluminando também as nossas próprias faces? O que seria da escuta sem o perfume dos livros amontoados, costumeiramente presentes nos consultórios? Apesar dessas ironias, é impossível negar que estes questionamentos ainda são *desbaratinadores* na experiência do consultório online.

Nas últimas décadas muito tem se produzido em interpelação à clínica psicológica tradicional, caracterizada por um modelo terapêutico individual e muitas vezes elitizado que aqui trouxemos de forma caricatural. As críticas se fazem, sobretudo, em relação ao enrijecimento e consequente empobrecimento das práticas clínicas, por vezes pouco criativas, medicalizantes, formatadas e adaptacionistas. A este respeito, Adriana Marcondes Machado (2008) explicita:

Psicologia, para quê? Pois é. Imaginem o perigo, a busca de adaptações. Nesse campo de relações de forças, a produção de sintomas não é pequena e podemos produzir malefícios, intensificar os mecanismos de culpabilização e individualização em um tempo em que estes estão mais refinados – mecanismos de controle a

céu aberto e baixo custo, nos quais se buscam soluções e alívios imediatos individuais (atendimentos, remédios, lexotans, ritalinas, florais, nutricionistas, psicólogos, especialistas...) para adoecimentos que se estabelecem socialmente: um funcionamento social em que se intensifica a competição, o consumo, a necessidade de mais e mais... e o aumento de pânico, depressão, comportamentos inquietos, corpos insatisfeitos. Esse quadro fala de forças perigosas, adoecedoras, que não são as únicas (embora sejam, em muitas situações, as hegemônicas). (pp. 4-5)

A busca por saídas para estes impasses antigos, potencializados pela abrupta realidade do atendimento remoto, talvez encontre nas invenções coletivas uma estratégia potente. Afinal, pode-se dizer que o modelo psicológico tradicional, além de individualizante, se impõe também como uma tarefa individual e solitária, quase autocentrada. Por isso, o presente capítulo pretende pormenorizar contribuições da atuação em políticas públicas, eminentemente comunitárias, como iluminação para uma clínica mais razoável aos nossos dias.

A comunidade como território de atuação

As políticas públicas são definidas como ações provenientes de um pacto social, conduzidas pelo Estado e formuladas com vistas a assegurar os interesses de sua população, além de solucionar os problemas específicos por ela enfrentados. Dentre essas, especificam-se como políticas sociais aquelas relativas à fiança dos direitos sociais reconhecidos em determinado país. Para Celina Souza (2006), “as políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí porque qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade” (p. 25).

Nossa organização social e econômica está pautada em um modelo capitalista que assume, desde seu início, os interesses das classes dominantes, assegurando e perpetuando suas vantagens sobre as demais. De tal forma, a

lógica posta se organiza em torno da acumulação de riquezas, concomitante à exploração da mão de obra e à conservação de um contingente consumidor ativo. Como bem sabemos, esta conta nunca fecha. Neste sentido, de acordo com Vicente Faleiros (1991), “as políticas sociais são formas de manutenção das forças de trabalho econômica e politicamente articuladas para não afetar o processo de exploração capitalista” (p. 80). Mas não podemos perder de vista que este complexo terreno também produz e é produzido pelas conquistas dos trabalhadores, em uma relação intrínseca de forças.

No Brasil, a Constituição de 1988 foi considerada um marco das lutas e movimentos por cidadania e proteção social, estabelecendo políticas de direitos universais e gratuitos a toda a população, de tal forma que é conhecida como “Constituição Cidadã”. O que não significa que o texto tenha tido força suficiente para garantir o que estava no papel. Além disso, sobre o que foi assegurado, diversas emendas vêm produzindo toda sorte de rasgos e remendos. Sobre isso, Helena Chaves e Vitória Gehlen (2019) destacam:

O crescimento e a profundidade da desigualdade social, da pobreza, da vulnerabilidade e da exclusão social continuam sendo as principais características sociais tanto do Brasil quanto da América Latina. Essa tendência cresce vertiginosamente com a ascensão de governos de extrema direita, os quais priorizam os interesses privados, do mercado e das elites, enquanto excluem, discriminam, culpabilizam e punem com a perversidade da miséria os segmentos populacionais despossuídos, usurpados, injustiçados e vitimados pelo descaso das autoridades e pelo jugo da sociedade. (p. 305)

Isto posto, traçaremos a seguir um breve cenário considerando duas das políticas públicas que são amplamente acessadas e, não sem disputas, consideradas direitos básicos: assistência social e saúde pública. É importante ressaltar que estes campos têm sido ocupados por psicólogas e psicólogos no Brasil já há décadas. Assim, a escolha por estes setores se faz no entendimento de sua importância para a constituição da psicologia tal qual a pensamos hoje

e vice-versa: do quanto as psicologias participam ativamente das construções destas políticas de Estado.

E o recorte aqui apresentado por vezes deve evidenciar o tom particular deste mergulho, atrelado à minha trajetória profissional,² mas desde já é preciso que se entenda que não poderia ser muito diferente – já que, como ensina Michel Foucault (1973/2003), o conhecimento é sempre enviesado e obrigatoriamente parcial –, por tratar-se da forma como uma experiência específica, no caso a minha, se entrelaça a este cenário. Vale dizer que na ocasião de minha formação como psicóloga na Universidade de São Paulo (USP) em 2008, passados vinte anos da promulgação da Constituição Federal (1988); dezoito anos da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (1990); e praticamente concomitante à regulamentação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (2005), pouco se discutia acerca dessas políticas públicas no currículo obrigatório do curso. Em se tratando de uma universidade, principalmente sendo ela pública, acredito que este fato em si já diga algo a respeito de como a psicologia, de forma geral, demora a se entender inserida em nossa realidade social e política. Apesar da necessidade de pontuar essa vagareza epistemológica e de tomar consciência dos efeitos que ela nos traz, não vamos nos deter nisso.

Assistência social: trabalho de psicóloga?

Tomo emprestado de Luís Saraiva (2017) o questionamento sobre o que seria o trabalho do psicólogo na assistência social, pois essa pergunta parece ser a que mais reverbera e a que melhor revela a estranheza de se fazer psicologia neste terreno. Diz ele: “esse é um falso problema, que carrega a ilusão de que o possível existe antes do existente, isto é, que afirma que o trabalho

2 Inicialmente compus a equipe técnica de um Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes, tema que também discuto no mestrado. Na sequência atuei como psicóloga e, posteriormente, coordenadora técnica em CRAS e CREAS. Desde 2020 voltei a exercer a função de psicóloga, desta vez em uma Unidade Básica de Saúde. Paralelamente a este trabalho institucional, durante todo este tempo, me dediquei ainda aos atendimentos individuais de crianças, adolescentes e adultos em meu consultório.

de psicólogos estaria definido a priori, antes mesmo de esse trabalho se dar de modo concreto” (p. 11).

Entretanto, indagar sobre se isso ou aquilo é trabalho para nós traz a provocação necessária acerca de que lugares entendemos ocupar na ordem das coisas. E, se tem algo que alguns dias em um CRAS³ podem produzir em quem ali se apresenta como trabalhadora, talvez seja justamente o questionamento sobre a pouca eficácia das ferramentas com que se chega para lidar com o real do mundo, ou ainda, a pouca ou nenhuma utilidade dos nossos esforços e teorias individuais e individualizantes nestes contextos. É na complexidade das situações cotidianas intrinsecamente marcadas pela desproteção e marginalização das vidas que os questionamentos “o que vim fazer aqui?” ou “o que posso fazer com isso?” se tornam ocasiões oportunas para a difícil tarefa de não entender o que está posto e de abrir possibilidades de construção com quem está ali buscando soluções. Estar junto, literal e visceralmente, por vezes me parece o principal que temos a aprender e a fazer.

Desconstruir as certezas para construir as possibilidades: nenhum outro território me parece mais propício. A assistência social, entendida conforme a Lei Orgânica de Assistência Social como “Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”, alicerçou a elaboração do SUAS, que veio a organizar uma série de serviços e benefícios para a execução destas garantias desde há muito propostas. Operou-se, pois, uma reviravolta acerca do usuário da assistência social, que se tornava sujeito de direitos e não mais objeto de caridade e filantropia ocasionais. Até então, a prática da esmola e do clientelismo reinava soberana neste país em relação aos mais pobres, conduzida pela ordem da bondade (sempre perspectiva) e do *status* conferido a quem a fizesse, bem como pela manutenção desta conjuntura de privilégios que nos constitui

3 O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é a unidade estatal que opera a Proteção Social Básica do SUAS, sendo responsável pela organização e execução dos serviços, programas e projetos socioassistenciais nos territórios com o objetivo de fortalecer as redes, os vínculos e as funções protetivas das pessoas e das comunidades consideradas mais vulneráveis.

desde sempre enquanto sociedade.⁴ Com o objetivo de manter as coisas como estão, de acordo com Aldaiza Sposati (2008), “o poder de Estado deveria permanecer às sombras, estando à sua frente organizações sociais ou comunitárias, no mais das vezes de cariz religioso, abonadas por isenções e subvenções estatais em nome de apoio à filantropia e caridade de organismo da sociedade” (p. 2319).

Diferentemente, o SUAS propõe-se como sistema integrado cuja meta seria organizar a política estatal em níveis de proteção de acordo com a complexidade da situação apresentada. Podemos dizer que o foco deste modo de olhar para a questão tenha sido deslocado da pobreza e de sua culpabilização e realocado no estudo dos vínculos e de suas potências protetivas. O sujeito, dito usuário da assistência social, aparece agora como pertencente a um contexto complexo que envolve as relações sociais, culturais e políticas. Neste sentido, diferente de antes, quando destinada a uma parcela muito específica da população – os chamados desassistidos –, a centralidade nos vínculos e na forma como se dão as relações entre pessoas e lugares nos coloca a todos como potenciais clientes dessa política pública.

Não pretendemos com isso minimizar as questões sociais ou os efeitos de suas hierarquias, mas recolocar a discussão em um campo mais complexo e vivo. Além de prover recursos materiais aos que deles necessitam,⁵ aventa-se como um dos principais objetivos do trabalho social o de perceber a pessoa em sua realidade, entender como seus sofrimentos e potências estão enredados e enraizados em um território e, sobretudo, fortalecer suas redes pessoais, comunitárias e institucionais. Talvez seja esse outro desvio importante sobre nossos processos de “escutar” nesta composição: estar com as pessoas em seus espaços (e não propriamente nos nossos) nos ajuda a compreender melhor como a vida acontece, sua concretude e seus porquês. Por vezes a “escuta” se

4 É bem possível que tais perspectivas estejam voltando a reinar no país, haja vista, por exemplo, que as campanhas de doação de alimentos (e de incentivo à doação) parecem ser as principais ações frente ao aumento de pessoas em situação de insegurança alimentar, da pobreza e da miséria no país.

5 Embora sua provisão seja atributo da política de proteção social, tendo os benefícios de transferência de renda como o Programa Bolsa Família e os benefícios eventuais como importantes norteadores das ações neste campo, haja vista as dificuldades econômicas concretas de subsistência vividas por grande parte da população brasileira.

dá sem que nada precise ser dito – por isso as aspas. Não à toa, quando atuava no CRAS e realizava visitas domiciliares, lembro de muitas vezes sentir a necessidade de, ao estar de volta à minha mesa de trabalho, desenhar a planta da casa que havia conhecido para tentar compreender detalhes das relações ali desenvolvidas e até para conseguir expressar aos meus colegas situações que com certeza escapariam de meu relato verbal. Quer dizer, conhecer o território concreto em que uma pessoa vive também possibilita conhecermos como seu território existencial é constituído.

No acompanhamento dos casos, independentemente de sua gravidade, ou seja, da quantidade de direitos violados e da exposição a riscos de outras violações, muito se diz sobre a importância das redes, tanto para os indivíduos em suas trajetórias de vida quanto para os serviços que teoricamente representam os nós que as tecem. Embora todas as políticas públicas prescindam da articulação com as outras políticas, afinal, a vida não é compartimentada, uma das principais contribuições da assistência social acaba sendo justamente a articulação entre os setores para que possam entender juntos as especificidades das questões concretas: o postinho de saúde, o CAPS,⁶ o curso profissionalizante, a escola, o grupo comunitário de zumba, a base de polícia e o que mais tiver por ali. A articulação, na verdade, não é apenas de serviços, mas sobretudo de dimensões da vida dos usuários atendidos.

Assim, a perspectiva é de que a proteção se faz factualmente nos enredamentos (ou seja, vinculações) institucionais, mas também comunitários e pessoais, operando como uma verdadeira tecnologia. Neste sentido, entender e fortalecer os pertencimentos possíveis de cada pessoa, família ou comunidade possibilita que, quando necessário, esses vínculos possam ser ativados na perspectiva de, como se popularizou no pós-golpe de 2016,⁷ *ninguém soltar a mão de ninguém*, ou ainda, ter-se sempre algo onde se segurar em face dos muitos abismos para os quais a realidade nos empurra cotidianamente. Por vezes, as redes mais importantes de alguém passam longe da institucionalidade

6 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o equipamento de saúde multidisciplinar para referência e tratamento de pessoas que vivenciam condições ou transtornos graves em saúde mental.

7 Referência ao processo de *impeachment* da presidenta da república Dilma Rousseff, consolidado em 31 de agosto de 2016.

das políticas públicas, dentre outros motivos, porque os serviços no geral obedecem à lógica dos dias e horas úteis, mas a vida, não.

Pois bem, o mantra do poder das redes nos ajuda a perceber a importância da complexa, porque nunca óbvia, sensação de pertencimento. Lembro-me de Margarida,⁸ uma senhora de sessenta e poucos anos que vivia um processo longo e árduo de luto após o falecimento de sua mãe, aparentemente sua única companheira de vida. Margarida, além do luto, também tinha uma situação frágil de saúde. Fato é que Margarida estava trancada em casa havia meses, relatava que não tinha nenhuma vontade de sair, nem mesmo para realizar seus tratamentos médicos; sua única companhia pareciam ser os cigarros que estavam sempre acesos por perto.

Concomitante ao caso de Margarida ter chegado ao CRAS, havia a proposta, porque sobrava um horário no contrato da prefeitura com educadores de grafite, de usar a técnica como mediação e pretexto para incrementar o grupo de convivência voltado aos idosos do bairro, que até então pouco frequentavam o espaço. Inicialmente pareceu mais uma das ideias absurdas a que nos permitimos ali, afinal, esse tipo de estética costuma se associar a outros públicos, sobretudo mais jovens e até mais ativos e contestadores do que as solitárias e melancólicas senhoras de 60 a 80 anos que conhecíamos. Mas a ideia foi bem aceita pela equipe, que já tinha tentado muitas coisas para fazer aquele grupo acontecer e se frustrado em todas. Conforme o previsto, inicialmente as idosas convidadas manifestaram não ter jeito ou desejo para a coisa (diziam que não gostavam de desenhar, que não enxergavam bem ou não tinham coordenação motora, que se aborreciam com pichações etc.), mas elas continuavam indo aos encontros semanais. Começaram com traços a lápis em papel sulfite, entre um bate-papo ou outro, depois começaram a pintar com tinta o que veio a se tornar uma colcha de retalhos em tecido, somaram-se os cafés e os bolos que elas traziam e a coisa foi, literalmente, colorindo as tardes.

Depois de muita insistência nossa, Margarida veio. Parecia uma dessas personagens de desenho animado rabugentas e ácidas que reclamam de tudo e para todos. Com o tempo, aquele jeito dela passou a ser interpretado pelas

8 Nome fictício. Atendimento realizado no ano de 2017.

outras com uma certa dose de humor e folclore. Algo que as assistentes sociais e psicólogas da equipe tentavam há meses: agora ela estava ali, de corpo presente como dizem, embora se recusasse a participar das atividades gráficas. O ponto de virada da história, se é que as histórias têm um ponto de virada, parece ter sido um comentário desprezioso que Margarida fez na visita que fizemos à exposição da obra do artista americano Jean-Michel Basquiat.⁹ Ao tomar contato com as primeiras telas rabiscadas, ela riu e disse em alto e bom som, o que acabou divertindo quase todas as pessoas que estavam por lá: “eu num sei desenhar, mas isso eu também faço, na verdade, faço até melhor que ele, se vocês querem saber”. Parece que foi assim, pelo riso das outras, que Margarida se tornou uma das mais atuantes, assíduas e produtivas entre as “Basquianas”, como se autointitularam. A acidez de seu humor, dali em diante, passou a fazer parte tão forte e essencial do cotidiano daquele grupo que nos dias em que ela faltava ou quando adoecia, faltava algo mais. Normalmente uma das outras senhoras ia ao portão dela para entender o que tinha acontecido, algumas vezes até voltava para o CRAS para nos contar, outras vezes ficava por lá para lhe fazer companhia. Ao passo que foi se soltando e “virando artista”, como dizia, Margarida começou a querer monopolizar as latas de spray quando saíamos às ruas para as atividades. A gente via e ria de longe, com certa satisfação, elas mesmas se (des)entenderem sobre a cor ou a quantidade de tinta que cada uma poderia usar.

O convite à criação talvez seja uma das armas mais potentes que temos. É óbvio que parte disso se refere a dificuldades técnico-operacionais ou mesmo à falta de diretrizes, o que em si configura um fracasso para qualquer política que se pretenda de Estado, uma vez que compromete a unidade de suas ações e objetivos. Não é isso que queremos exaltar. Mas há um tanto desta abertura inventiva que talvez seja necessária para se estar lado a lado com a pessoa ou grupo que se atende. Por vezes é necessário se desvencilhar de certos modos engessados, apáticos e ortodoxos de fazer, permitindo-se errar e quem sabe dar a sorte de inovar. Sobre isso, a saúde pública também nos apresenta um prato cheio, conforme enfatizam Cristina Luzio e Thatiane Paulin (2009): “o psicólogo que atua na Saúde Pública deve inventar novas práticas, produzir

9 Mostra “Jean-Michel Basquiat – Obras da coleção Mugarbi”, realizada pelo Centro Cultural Banco do Brasil na cidade de São Paulo, em 2018.

novos conhecimentos e fundar outra clínica, voltada para as demandas da comunidade e à produção social da subjetividade” (p. 106). Veremos, então, o que tem sido possível nesse contexto.

Saúde pública e coronavírus: salve-se o que puder

Talvez nunca o mote “defenda o SUS” tenha feito tanto sentido como agora e, dramaticamente, talvez nunca tenhamos recebido tantas notícias simultâneas acerca dos descasos que impedem os avanços e colocam em risco até o que já temos, mesmo diante desta tragédia sanitária e social. Cronologicamente anterior ao SUAS, norteado nos mesmos princípios constitucionais, o SUS tem a pretensão de oferecer acesso aos serviços e ações em saúde de forma integral, gratuita e universal. Apesar deste enorme desafio em um país das dimensões do nosso, ainda é estimado como um dos maiores e mais inovadores sistemas de saúde pública do mundo.

O SUS opera desde a prevenção até a assistência em saúde, voltado e usado por todos, diferente do modelo a que veio suceder como política de Estado e que tinha na seletividade meritocrática sua principal característica. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1977, atendia ao trabalhador com carteira registrada, aos demais restavam os poucos hospitais filantrópicos e universitários. Assim, a saúde era tratada como problema individual, e não como questão coletiva – nos moldes de como parece pensar, por exemplo, a absurda tendência contemporânea antivacina. Sobre isso, fazemos um parêntese pela importância do assunto. Renata Beltrão et al. (2020) alertam para o fato de que “o ressurgimento de doenças que eram tidas como controladas por programas nacionais exige a dificuldade de adequação da saúde para com os meios de informação atual, que perpetuam dúvidas, medos e mentiras” (p. 7). É como se cada um pudesse decidir, baseado na própria crença, se quer ou não se imunizar, se está disposto ou não a contrair e, sobretudo, a propagar uma doença. Obviamente qualquer epidemia, por menor que seja, já demonstraria por lógica simples que essas questões estão em outro patamar, não se trata de decidir sobre a própria vida, mas sobre toda uma comunidade.

Observamos, pois, que o próprio conceito de saúde deste novo modelo de atenção foi largamente alterado: não mais restrita à ausência de doença, saúde passou a significar estado de bem-estar físico, mental e social. A este respeito, Julia Rocha (2020) traz uma concepção interessante de saúde como a possibilidade de se ter sossego: “saudável é quem não apanha da polícia ou vai preso injustamente. Saudável é quem tem mais do que a cachaça para se divertir. Saudável é quem sabe que vai se aposentar um dia. Saudável é quem vai à roda de samba, ao cinema, ao concerto ou ao teatro” (p. 16). Por isso, pensamos um corpo que está para além de um conjunto de órgãos e sistemas cujas funções se relacionam à sobrevivência física. Óbvio que desajustes desta ordem se referem à saúde, não poderia ser diferente, já que estar sossegado é também ter minimamente um corpo que pode lidar com as adversidades que a vida lhe impõe. Mas um corpo que também é composto de afetos, desejos, vínculos e relações, por isso, impossível de ser apreendido a partir de um viés individual ou meramente ambulatorial. Por certo, estas revoluções todas trazem impactos e desassossegos aos atores desta nova cena institucional que se convencionou chamar saúde pública.

Nos últimos anos, um dos verbos em destaque nesse campo provavelmente tenha sido “humanizar”. O que não deixa de ser meio esquisito, pois parece redundante. Deve se referir ao fato de que nos serviços de saúde um ser humano ouve outro ser humano em suas necessidades humanas, consequentemente. Parece banal, mas se voltarmos ao ponto de que a revolução implantada em 1988 foi a de sermos considerados sujeitos e não mais objetos, a reiteração passa a fazer sentido. Assim, novamente, o acesso aos serviços não está mais na ordem do mérito ou da caridade, mas no reconhecimento do outro como gente.

Por vezes, a experiência de adentrar um campo abrangente como este é, ao mesmo tempo, paralisante pela necessidade de se inteirar a respeito do volume de saberes e práticas já produzidos e inspiradora pela constatação militante de que muito ainda se deve avançar. A rota inicial de uma psicóloga na Unidade Básica de Saúde (UBS) parece mais ou menos trilhada: leituras das normativas e documentos técnicos, observações das práticas cotidianas, discussões de caso, reconhecimento da equipe e do território, familiarização com os instrumentais e rotinas, pactuações com a gestão e por aí vai. Porém,

como a vida imita a poesia, “tinha um vírus no meio do caminho”.¹⁰ E, nesse caso, o mais correto seria dizer que o tal vírus está no meio de todos os caminhos. Assim como nos outros lugares, os impactos na atenção básica do SUS ainda são sentidos como um furacão sem data para acabar.

Toda a ideia, construída arduamente, de que a população precisava ser estimulada a frequentar a UBS, os atendimentos, grupos e outras atividades ali realizadas no sentido de produzir saúde e qualidade de vida e, paralelamente, de que a unidade de saúde precisava estar integrada ao território, explorar seus espaços, se colocar porta pra fora... entre uma semana e outra, em meados de março de 2020, caiu por terra, e o que se desejava e orientava enfaticamente era justamente o oposto, que as pessoas não chegassem, que ficassem em suas casas!

Em uma das primeiras rodas de conversa realizadas com a equipe – tão logo as rotinas foram suspensas, criamos pequenos espaços de reunião entre nós, primeiro porque era algo de que os profissionais sentiam falta na correria do dia a dia, mas também porque era preciso colocar palavras naquela angústia –, uma mulher, técnica de enfermagem, contou que estava sentindo medo dos pacientes, que percebia seu corpo se esquivando, que tinha vontade de chorar a cada vez que era requisitada, que sentia até raiva de quem vinha buscar por atendimento naquele que nas primeiras semanas mais parecia um prédio-fantasma. Aquele relato corajoso pareceu traduzir um pouco do que havia em cada um, com mais ou menos intensidade. A essa somaram-se muitas outras narrativas que por vezes encontravam ressonância, outras caíam num certo vazio de sentidos, mas que parecem ter nos ajudado a compor o cenário que vivíamos.

Paulatinamente a população voltou a acessar a unidade, as consultas presenciais, coletas de exames e vacinação voltaram a acontecer, ainda que em um volume muito menor do que antes, as agendas dos profissionais também reabriram parcialmente e, com certo alívio, recebemos os testes para detecção do vírus. Não sem tensões, a atenção básica voltou a se entender como lugar estratégico para evitar os agravamentos em saúde, em seus mais

10 Referência ao poema “No meio do caminho”, de Carlos Drummond de Andrade (1930/2002).

diversos quadros, inclusive para os casos suspeitos ou confirmados de covid-19. Ainda assim, estamos longe de retomar do ponto em que estávamos.

No caso da psicologia, depois de tantas (des)construções necessárias que ainda nem tinham se consolidado, fomos impelidos de volta a um modelo de atendimento ambulatorial, um a um, com a mesa no meio servindo de anteparo, para garantir o (pasmem!) distanciamento. Os atendimentos telefônicos e por vídeo também passaram a ser uma realidade neste contexto e, desde já, vemos essa como uma oportunidade interessante passada a pandemia – no sentido da ampliação do acesso, por exemplo, para as pessoas que não conseguem estar no equipamento de saúde por dificuldades físicas, emocionais ou até por questões de rotina.

A demanda pelo atendimento em psicologia na UBS continuou muito alta e diversa; na maioria das vezes, quando a busca ocorre espontaneamente e até no caso de alguns encaminhamentos, espera-se por psicoterapia nos moldes tradicionais: atendimento individual, duração de 50 minutos, associação livre, a infância como tema central, a tal da terapeuta que não fala etc. Ocorre que construir um cuidado em saúde mental como direito, com vistas à prevenção e à promoção de saúde, em rede e ancorado no território, exige mais do que atender apenas a este tipo de pedido formatado. Na prática, ou a psicologia oferece mais que isso ou se fecha em si mesma e em seu público cativo.

A partir do enquadre coletivo em saúde, algo que se naturalizou foi a importância dos trabalhos em grupos, não apenas como estratégia para dar conta da alta demanda por atendimentos nos serviços, mas também pela potência e pela riqueza dos encontros entre as pessoas e da elaboração conjunta das suas experiências, ao ponto de algumas vezes o atendimento individual parecer insuficiente, monótono e pouco proveitoso. É o caso dos muitos adolescentes que chegam à UBS, para os quais o sentido da busca apresenta-se exterior a eles, geralmente vindo da família ou da escola. É aí que o encontro entre os pares se torna mais profícuo e nos oferece possibilidades maiores de escuta e de elaboração, afinal, o grupo parece ser uma oportunidade de, ao se misturar, sentir mais segurança para expor ou entender aquilo que já não parece tão individual. Durante o distanciamento, encontramos na troca de cartas, já que o trabalho em grupo era muito arriscado por conta da disseminação da doença, uma chance de mantermos abertos alguns desses canais de

comunicação e, sobretudo, de expressão que por vezes operam efeitos terapêuticos inestimáveis. Para isso, os atendimentos individuais serviam para produzir mensagens, essas cartas eram entregues por mim aos outros adolescentes que aceitaram participar do projeto, eram lidas por cada um deles e, se o desejassem, poderiam respondê-las e eu ficava no lugar de serviço de correio, direcionando-as novamente ao respectivo destinatário, efetivando a correspondência entre eles. Foi uma experiência interessante de poder, ainda que isoladamente, constituir um espaço de trocas e interações entre eles.

Em tempos ordinários, obviamente não neste, a proposta de atividades comunitárias com outros profissionais também é muito oportuna, inclusive para desmistificar as fronteiras entre saúde e saúde mental, bem como para ampliar as potências da comunidade e do território. Também é interessante para realizar busca ativa de pessoas e situações que não chegariam aos “consultórios” ou ainda de antecipar-se a elas. Assim, na perspectiva da importância de se lançar ao encontro dos usuários como tática de prevenção e fomento à saúde, considerando-se a urgência para a composição de novas metodologias de atenção às pessoas e ao território, agora mais distantes fisicamente e possivelmente mais fragilizados, uma das estratégias que vislumbramos foi a de usar o recurso seguro e certo que tínhamos em mãos: nossos telefones e uma lista de pessoas que procuravam cotidianamente a UBS por estarem com sintomas respiratórios, portanto, com suspeita de covid-19. Essas pessoas eram atendidas pela equipe de enfermagem e encaminhadas aos médicos, quando necessário, para procedimentos pertinentes acerca da contenção dos sintomas, daí eram encaminhadas de volta para suas casas ou para internação hospitalar, não sem antes serem listados para notificação à Vigilância Epidemiológica.¹¹

Entendemos que este cadastro de pessoas poderia ser um instrumento rico para a manutenção dos laços com o território. Eram realizadas ligações pelos psicólogos, muitas vezes em parceria com a equipe de enfermagem e agentes de saúde, para criar e estreitar vínculos de cuidado, manter a referência com a UBS, promover orientações sobre a importância do isolamento social

11 De acordo com a Lei n. 8.080/1990, que institui e dispõe sobre o SUS, trata-se de “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva”.

e demais protocolos sanitários e, sobretudo, propiciar espaços de escuta, pontuais ou contínuos, bem como realizar articulação com outros profissionais da saúde e da rede intersetorial. Tratava-se, portanto, de um meio de acessar remotamente um número grande de pessoas, propondo escuta a elas, fosse acerca da rotina, das questões emocionais emergentes, dos eventuais processos de luto decorrentes das mortes por coronavírus, de pensar em orientações sobre cuidados em quarentena ou a importância da adesão à vacinação, e, ainda, de propor acompanhamento aos que porventura apresentassem demandas.

O propósito de trazer à luz essas cenas institucionais não é o de apresentá-las como modelo ou amostra bem-sucedida de trabalho, primeiro porque não acreditamos que práticas exemplares sirvam a algo nesse sentido, mas também porque elas carregam em si experiências circunstanciadas e perspectivas. Com estes relatos, portanto, tencionamos evidenciar o que pretendíamos e, em especial, exercitar os movimentos, possibilidades, construções e reinvenções a que o cotidiano e, mais ainda, este cenário caótico nos convocam, sem os quais corremos o risco de nos entregar às burocracias, às apatias e ao tédio que se projetam sobre o funcionalismo público brasileiro.

Por uma clínica plausível à nossa realidade

Talvez um dos pontos cruciais de um momento como esse seja a constatação de que somos vulneráveis e precários: nós, nossos saberes e nossas práticas. Perguntamo-nos quais proveitos poderíamos tirar desta observação em um momento cujas perdas decorrentes se mostram assustadoramente irreparáveis. Nesta empreitada, entendemos que o fazer clínico, por exemplo, teria muito a ganhar com o abalo das certezas e das estabilidades, por constituir-se um campo propício a isso: antes da pandemia, Antonio Lancetti (2016) apontava que “a clínica é obrigada a operar onde os protocolos conhecidos já fracassaram” (p. 51).

Por ter começado meu percurso na via da assistência social, me acostumei ao questionamento tragicômico: “você não tem o desejo de trabalhar em sua área?”. Para quem não sabe, embora esse campo seja imensamente povoado

por psicólogos, uma das sentenças mais repetidas por ali é a abolição de qualquer fazer que se diga clínico. Assim mesmo, como uma interdição da palavra em si. Ao mesmo tempo, no ideário social, pouco ou nada sobraria para nós do *campo psi* fora daquela que veio a ser considerada a nossa especialidade. Examinemos essa barafunda com um pouco mais de calma e vejamos aonde ela nos leva.

Primeiro, ocorre um equívoco semiótico entre a assistência social enquanto política pública e a profissão daquele que se forma no curso de Serviço Social, de tal forma que por vezes entende-se que a assistência é o campo do chamado assistente social. Depois, a pergunta a respeito da área pertinente ao psicólogo evidencia a confusão entre psicoterapia e clínica, sendo a primeira realmente sem sentido na lógica socioassistencial e, ousaria dizer, danosa inclusive no âmbito da saúde pública.

Já a clínica, como a entendemos, atua com mais perspicácia quando se amplia – tanto na assistência quanto na saúde, e até mesmo no consultório particular. Não queremos anular, com isso, a legitimidade da existência de espaços onde poderíamos nos entender autorizados a individualizar nossas existências. Mas, ainda assim, identificar completamente o fazer do psicólogo à psicoterapia convencional mostra um reducionismo contra o qual precisamos lutar diariamente se queremos construir práticas menos universalizantes e adaptacionistas. Estamos falando, portanto, de um deslocamento da própria noção de cura proveniente da ideia de doença, pressupondo um funcionamento esperado dos sistemas físicos e psíquicos, ao qual as terapias pretenderiam restabelecer a ordem. Diferentemente, nossa aposta está nas potências da clínica como um modo de olhar minucioso voltado aos sujeitos e às situações em que vivem e não às suas enfermidades ou disfunções, uma ética do cuidado propriamente dita que considere o contexto em que os sofrimentos são forjados e esteja voltada à tomada de posição do sujeito diante de sua vida e da vida dos outros. Entendemos que, nesta perspectiva, a clínica não deve ser colocada de fora das políticas sociais, mas sim, urgentemente, colocada a operar nelas e vice-versa.

Ao encontro desse argumento, Rafael Silva e Graziela Bonatti (2019) sugerem, “como alternativa à negação da clínica enquanto possibilidade de atuação, a busca por novas perspectivas que ultrapassassem uma concepção

puramente individual” (p. 382), de tal forma que a clínica possa se expandir de modo a se colocar também como posição crítica contra os sistemas opressores que vivemos, focando nos sentidos coletivos, na implicação e em seus potenciais de análise e criação de outras possibilidades de viver este mundo.

Sobre essa necessária e árdua reconstrução do próprio fazer, Sheila Murta e Tanimar Marinho (2009) apontam que:

a clínica se torna de fato ampliada em todos os sentidos: quanto ao seu foco de intervenção (de indivíduos para coletividades), ao espaço físico (da sala privativa e confortável às instituições diversas), à população atendida (de pessoas de classe social abastada a 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). (pp. 59-60)

O alargamento desta ideia é possível inclusive na perspectiva da disputa etimológica acerca da palavra “clínica”. Sua concepção clássica remete sua origem à palavra grega *klinikós*, que geralmente é entendida como “inclinação ao leito”. A este respeito, Rubens Bedrikow e Gastão Campos (2011) elucidam que “a imagem do médico inclinado sobre o paciente, examinando-o, é muito familiar para a maioria das pessoas” (p. 610). Outra acepção, ao nosso ver mais forte, recorre ao conceito *clinamen*, designado por Epicuro para denominar o desvio imprevisível dos átomos que acaba gerando impactos entre eles. Examinando tais derivações, Regina Benevides e Eduardo Passos (2001) insistem que “é na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz” (p. 93).

Assim, insistimos na compreensão de que o olhar clínico tenha como intuito identificar, atizar e inventar fissuras nos modos de vida instituídos que

de tão apertados ou rígidos produzem efeitos de alienação, impotência, submissão e sofrimento além da conta em um sistema econômico e social tão perverso como o nosso. A clínica, então, é a produção de desvios. Persistimos, com isso, na pressuposição de um sujeito historicamente constituído, encarnado, que está ao lado e à mesma altura, melhor dizendo, em companhia de quem pretende escutar suas narrativas, não mais imóvel em uma cama à espera de um saber ou remédio que venha a lhe consertar de cima para baixo. Ilustramos esse argumento com a descrição de imagens bastante difundidas na internet durante os protestos populares ocorridos em outubro de 2019 no Chile contra o recrudescimento do modelo neoliberal no país (Roura, 2019). Tratava-se de pichações que denunciavam o excesso de medicação ou diagnósticos referentes ao adoecimento mental da população; uma delas, feita na porta de aço de um estabelecimento, pleiteava: “menos fluoxetina, mais justiça social”, outra dizia: “não é depressão, é falta de justiça social”.

Parece-nos razoável, enfim, que neste contexto em que vivemos, não tão diferente da realidade de nossos vizinhos, a escuta que a gente produza, onde quer que ela se concretize, esteja pautada pelas questões emergentes em nossa realidade, suas potências e seus horrores, pois os sujeitos se fazem nos processos sociais que vivem, não isolados ou alheios a eles.

Reflexões finais

A crise sanitária lançada pelo surto do vírus Sars-Cov-2 nos colocou às voltas com as nossas concepções de vida e de saúde, por vezes muito restritas, e com a indissociabilidade entre seus aspectos físico, mental e social. Provavelmente já é senso comum o fato de que o coronavírus não nos atinge apenas fisicamente, tanto sua ameaça quanto seus efeitos nos fazem mudar radicalmente em muitos outros aspectos da vida e da comunidade, seus impactos são visíveis. Essa tragédia, digamos assim, pode enfatizar um rumo acerca do que entendemos por cuidado e das lutas cotidianas que precisamos travar na ampliação de seus conceitos. Quanto à psicologia, para a provocação acerca do reconhecimento de suas (im)potências, da ineficácia das respostas generalizantes, além da urgência de um rompante gregário e de discussão de

suas práticas. No nosso caso, ironicamente, neste momento o distanciamento parece ultrapassado e estéril.

Temos por pressuposto que as políticas públicas, por sua precariedade – mas também por precarização constante –, obrigam seus atores a se virar com o que têm e a forjar ferramentas mais adequadas à realidade que, no fim das contas, não cabe nos manuais. Como se fosse necessário “trabalhar para trabalhar”, ainda nos estágios da graduação uma professora¹² me disse isso e acho que é essa mesma a sensação. As condições são raramente favoráveis, quase nunca se tem o que precisa, de maneira nenhuma o salário faz jus à dedicação, a gestão por vezes atropela tudo, entre outras atrocidades de escala nacional. Em razão de um projeto de enfraquecimento das políticas públicas, grande parte dos esforços ali gastos são também dedicados à criação de condições mínimas de trabalho e isso desgasta sobremaneira, obviamente.

Em contrapartida, precisamos falar de outro tipo de precariedade, aquela que abre espaço para a criação, e aqui é preciso distinguir uma coisa da outra, embora as palavras sejam quase as mesmas. As políticas públicas são setorializadas, o que implica que não pretendem dar conta da totalidade da vida, assim o reconhecimento das necessárias intersectorialidade e articulação entre uma engrenagem e outra é indispensável para a produção de um trabalho minimamente efetivo. Esta pode ser considerada uma de suas contribuições para a reformulação do olhar clínico que se faça menos alienado e mais contingente, neste sentido o não saber, as incertezas e os processos costumam contribuir mais do que as respostas e as generalizações.

A experiência de trabalho no setor público remete também à importância do arranjo das imagens por diferentes pontos de vista e da relevância dos espaços coletivos de discussão. A convivência e a construção multi/inter/transdisciplinar, características das políticas públicas, estão entre as ferramentas indispensáveis para a compreensão do mundo e de seus operadores, pois possibilitam a ampliação do entendimento e do fazer frente à diversidade de questões que se nos apresentam cotidianamente como problemas a serem superados. As possibilidades aqui aventadas de se entender o lugar do psicólogo nas políticas públicas, sempre instável e disposto à invenção, nos atacam

12 Referência à profa. dra. Adriana Marcondes Machado.

inspiração para enfrentar os novos desafios impostos por essa pandemia à clínica, onde quer que ela se faça.

Terminando, destaco a revolucionária expansão do fazer em psicologia que seja voltada também para fora do indivíduo, na suposição de um sujeito contextualizado que nos procura para falar. Seja em um divã, em uma tela de celular, atrás de uma mesa ou em uma rua movimentada, quem está à nossa frente sempre tem algo mais a dizer sobre si e sobre como se insere no mundo do que nós sobre eles – e, se “falar sobre” não nos cabe, “falar com” parece ser um desvio importante a operarmos. Desta forma, o exercício da escuta, desde que crítico e posicionado, traz em si a constatação radical de que é preciso conhecer a forma como a realidade é vivida, reconhecer suas desigualdades, as maneiras que se tem para resistir aos processos de submissão e às injustiças postas, mas sobretudo as potências diante do cenário que leva ao sofrimento. Isto para podermos supor, até o fim, que há coisas relevantes e surpreendentes a ouvir e modos absolutamente peculiares e ricos de viver para além das cartilhas, das teses ou das nossas próprias formas de viver.

Referências

- Andrade, C. D. (2002). No meio do Caminho. In C. D. Andrade, *Alguma Poesia*. Rio de Janeiro: Record. (Trabalho original publicado em 1930).
- Bedrikow, R., & Campos, G. W. S. (2011). Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(6), 610-613.
- Beltrão, R., Mouta, A., Silva, N., Oliveira, J., Beltrão, I., Beltrão, C., Fontenele, S., & Silva, A. (2020). Perigo do movimento antivacina: análise epidemiológico-literária do movimento antivacinação no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(6).
- Benevides, R. B., & Passos, E. (2001). Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica*, 13(1), 89-99.
- Carrara, S. (2020). As ciências humanas e sociais entre múltiplas epidemias. *Physis*, 30(2).

- Chaves, H. L. A., & Gehlen, V. R. F. (2019). Estado, políticas sociais e direitos sociais: descompasso do tempo atual. *Serviço Social & Sociedade*, (135), 290-307.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde. (2020). *NOTA PÚBLICA: CNS defende Política Nacional de Saúde Mental desinstitucionalizadora, antimanicomial e com participação social*. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1505-nota-publica-cns-defende-politica-nacional-de-saude-mental-desinstitucionalizadora-antimanicomial-e-com-participacao-social>.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde. (2021). *CNS pede que Ministério da Saúde retire publicações sobre tratamento precoce para Covid-19*. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1570-cns-pede-que-ministerio-da-saude- retire-publicacoes-sobre-tratamento-precoce-para-covid-19>.
- Faleiros, V. P. (1991). *O que é política social*. 5a ed. São Paulo: Brasiliense.
- Foucault, M. (2003). *A verdade e as formas jurídicas*. 3a ed. Rio de Janeiro: NAU. (Conferências proferidas em 1973).
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Mensal*. Rio de Janeiro. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=publicacoes>.
- Lancetti, A. (2016). *Clínica peripatética*. 10a ed. São Paulo: Hucitec.
- Luzio, C. A., & Paulin, T. (2009). A psicologia na saúde pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da Unesp Assis*, 8(2).
- Machado, A. M. (2008). *A produção de desigualdades nas práticas de orientação*. Recuperado de: <http://www2.fe.usp.br/~cpedh/Desigualdade%20e%20Educ%20Adriana%20Marc.pdf>.
- 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.

Oliveira, R. G. et al. (2020). Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9).

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2019). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2019*. Recuperado de: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf.

Rocha, J. (2020). *Pacientes que curam: o cotidiano de uma médica no SUS*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Roura, A. M. (2019). Protestos no Chile: as rachaduras no modelo econômico do país expostas pelas manifestações. *BBC News*. Recuperado de: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-50214126>.

Saraiva, L. F. O. (2017). Assistência social: um campo possível para a psicologia? In L. F. O. Saraiva (Org.), *Assistência social e psicologia: (des)encontros possíveis*. São Paulo: Blucher.

Silva, R. B., & Bonatti, G. L. (2019). Reflexões sobre a clínica ampliada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). *Psicologia Revista*, 28(2), 379-394.

Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*, 8(16), 20-45.

Sposati, A. (2018). Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, 23(7), 2315-2325.

Turioni, F., & Rodrigues, P. (2020). Pantanal em chamas. *GI*. Recuperado de: <https://g1.globo.com/natureza/stories/2020/09/23/pantanal-em-chamas.ghml>.

Watanabe, P. (2020). Amazônia já tem mais queimadas em 2020 do que em todo o ano passado. *Folha de S.Paulo*. Recuperado de: <https://www1.folha.uol.com.br/ambiente/2020/10/amazonia-ja-tem-mais-queimadas-em-2020-do-que-em-todo-o-ano-passado.shtml>.