

A complexidade dos direitos sociais na clínica em psicologia: fatores materiais, singulares e multidimensionais

La complejidad de los derechos sociales en la clínica en psicología: factores materiales, singulares y multidimensionales

The complexity of Social Rights in the clinic in Psychology: Material, singular and multidimensional factors

Daniel Dall'Igna Ecker¹
Analice de Lima Palombini²

Recebido: 8 de abril de 2020

Aprovado: 2 de septiembre de 2020

Publicado: 5 de noviembre de 2020

Para citar este artigo:

Ecker, D. D. y Palombini, A. L. (2020). A complexidade dos direitos sociais na clínica em psicologia: fatores materiais, singulares e multidimensionais. *Pensando Psicologia*, 16(2), 1-28. doi: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2020.02.01>

Artículo de investigación. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2020.02.01>

¹ Doutor em Psicologia Social e Institucional pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil. Psicólogo residente na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), Santa Catarina, Brasil.

Correio eletrônico: daniel.ecker@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5522-2231>

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Professora-pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Correio eletrônico: analice.palombini@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8332-8292>

Resumo

Objetivo: o artigo deriva da pesquisa de doutorado que teve como objetivo analisar como o exercício de direitos sociais incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso na clínica em psicologia articulada às políticas públicas brasileiras.

Metodologia: subsidiado por registros de experiências – 28 casos clínicos em acompanhamento terapêutico, documentos institucionais, registros em diário de campo, imagens, entre outros –, focaliza a discussão sobre a complexidade dos direitos sociais na clínica em psicologia. Por meio da epistemologia e do método inspirado no pós-estruturalismo, mapeia o modo como o discurso dos direitos sociais – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados – emerge nos materiais e fornece elementos para pensar como os sujeitos produzem e conduzem a si na vida e nos processos terapêuticos como seres subjetivos.

Resultados: nos resultados, em interlocução com autores(as) da área, o artigo propõe três centros de análise integrados: (1) fatores materiais; (2) fatores singulares; (3) multidimensionalidade.

Conclusões: esses centros consideram a complexidade da articulação entre vida, Estado, políticas públicas, processos terapêuticos e subjetivos.

Palavras-chave: direitos sociais; clínica; políticas públicas.

Resumen

Objetivo: el artículo se deriva de la investigación doctoral que tuvo como objetivo analizar cómo el ejercicio de los derechos sociales afecta los procesos subjetivos y terapéuticos en curso, en la clínica de Psicología, vinculados a las políticas públicas brasileñas.

Metodología: subsidiado por registros de experiencias – 28 casos clínicos en seguimiento terapéutico, documentos institucionales, registros en el diario de campo, imágenes, entre otros –, enfoca la discusión sobre la complejidad de los derechos sociales en la clínica en Psicología. Por medio de la epistemología y el método inspirados en el postestructuralismo, mapea la forma en que el discurso de derechos sociales – educación, salud, alimentación, trabajo, vivienda, transporte, ocio, seguridad, seguridad social, maternidad y protección infantil y asistencia a los indigentes – surgió en los materiales y proporcionó elementos para pensar cómo los sujetos se producen y se conducen, en la vida y en los procesos terapéuticos, como seres subjetivos.

Resultados: en los resultados, en interlocución con los autores del área, propone tres centros de análisis integrados: (1) factores materiales; (2) factores singulares; (3) multidimensionalidad.

Conclusiones: estos centros consideran la complejidad de la articulación entre la vida, el Estado, las políticas públicas, los procesos terapéuticos y subjetivos.

Palabras clave: Derechos sociales; Clínica; Políticas públicas.

Abstract

Objective: The article is part of the doctoral research that aimed to analyze how the exercise of Social Rights (SR) affects the ongoing subjective and therapeutic processes, in the Psychology clinic, linked to Brazilian public policies.

Methodology: Subsidized by records of experiences – 28 clinical cases in therapeutic follow-up, institutional documents, records in the field diary, images, among others – focuses the discussion on the complexity of Social Rights in the clinic in Psychology. Through epistemology and method inspired by post-structuralism, it maps the way in which the SR discourse – education, health, food, work, housing, transportation, leisure,

security, social security, maternity and child protection and assistance to the destitute – emerges in the materials and provides elements to think about how the subjects produce and conduct themselves, in life and in therapeutic processes, as subjective beings.

Results: In the results, in interlocution with authors from the area, it is proposed three integrated analysis centers: (1) material factors; (2) singular factors; (3) multidimensionality.

Conclusions: These centers consider the complexity of the articulation between life, the State, public policies, therapeutic and subjective processes.

Keywords: Social Rights; Clinic; Public policy.

Introdução

CAPÍTULO II

DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. (Constituição, 1988).

Na história do Brasil, a Constituição Federal de 1988 foi a primeira que inseriu a expressão "direitos sociais" (DS) em capítulo específico para a descrição desses direitos (Ecker, 2016). Como resultado de mobilizações sociais que ansiavam por propostas democráticas de gestão do país, avanços significativos nas legislações brasileiras foram possíveis, multiplicando políticas públicas delas derivadas principalmente na esfera referente ao DS ao trabalho (Oliveira e Oliveira, 2011) e à seguridade social. Essa última, definida pelo tripé saúde, previdência e assistência social, na proposta de proteção social, prevê serviços e benefícios ofertados pelo Estado, como o Sistema Único de Saúde (SUS), acessível aos cidadãos independentemente de contribuição (Ecker, 2020).

Acompanhando esse movimento, em proximidade com discussões sobre a reforma psiquiátrica brasileira (RPB) e a reforma sanitária brasileira (RSB), a psicologia no Brasil, nos últimos mais de 25 anos, inseriu psicólogos e psicólogas em múltiplos espaços de trabalho das políticas públicas, principalmente na área da saúde e da assistência social (Yamamoto e Oliveira, 2010). Visando construir uma atuação profissional que contemplasse o exercício de direitos e a diversidade humana, variadas expressões subjetivas, sociais e culturais, as práticas foram sendo aperfeiçoadas por diferentes regulamentações e diretrizes, o que consolidou uma psicologia alinhada à garantia e à defesa dos direitos humanos (Conselho Federal de Psicologia, 2019a).

Produzindo novos referenciais teóricos e técnicos, com a criação em 2006 do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (Conselho Federal

de Psicologia, 2019b), e ressignificando os já consolidados, a psicologia transformou-se, também, pelos desafios que a complexidade da vida dos usuários(as)¹ das políticas públicas expressava (Yamamoto e Oliveira, 2010). A tradicional compreensão de clínica, com um *setting* específico e técnicas e teorias estabelecidas *a priori*, foi colocada em questionamento quando a profissão foi convocada a intervir em demandas da população na esfera pública. Mesmo que não tenham construído um discurso homogêneo sobre clínica (Ferreira Neto, 2010), as práticas psicológicas avançaram na compreensão da vida das pessoas e do adoecimento psíquico para um olhar multifatorial.

Nesse avanço, termos e expressões como “saúde integral”, “cuidado integral”, “integralidade”, “atenção integral à saúde”, “atenção psicossocial”, entre outros modificaram o antigo entendimento individualizado de saúde mental, compreendido sob um viés enfaticamente biologicista, para uma concepção ampliada de saúde, que situa os agravos e as doenças em diferentes determinantes: fatores biológicos, individuais, relacionais, familiares, culturais, políticos e sociais. Essa concepção de saúde ampliada, preconizada nas diretrizes e orientações do SUS (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei 10.216, de 6 de abril de 2001), tornou complexo o cuidado clínico e redirecionou o modelo de assistência às pessoas em adoecimento psíquico. Assim, remodelou a forma como a cidade organiza suas práticas de cuidado para a população, o que inclui alterar o modo como as políticas públicas dos diferentes DS — saúde, educação, moradia, transporte, lazer, entre outros — se tornam recursos para produzir saúde.

Nesse panorama, este artigo tem como objetivo discutir sobre a complexidade dos DS na clínica em psicologia. Subsidiado por registros de experiências da pesquisa² de doutorado — 28 casos clínicos em acompanhamento terapêutico, documentos institucionais, registros em diário de campo, imagens, entre outros — propõe partir de materiais advindos do contexto da clínica do acompanhamento terapêutico e da clínica em outras experiências da atenção psicossocial, visando contribuir para todas as abordagens teóricas da clínica em psicologia preocupadas em situar os DS como elementos analíticos da subjetividade humana, conforme sugerem os princípios da RPB e RSB.

-
- 1 Na escrita do artigo, os termos “usuário(a)” e “paciente” serão utilizados como sinônimos por serem nomeações presentes nos discursos cotidianos, conforme evidenciaram os materiais de pesquisa. Porém, entende-se que na atualidade, principalmente no contexto das políticas públicas, o sugerido é utilizar a palavra “usuário(a)”, sendo coerente com os princípios e valores do SUS que buscam mais a vida e menos a doença.
 - 2 Pesquisa financiada com a bolsa de doutorado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Campo da investigação clínica: materiais e processos

Com o objetivo de analisar como o exercício dos DS incide nos processos subjetivos³ e terapêuticos em curso na clínica em psicologia articulada às políticas públicas brasileiras, foi produzida a pesquisa de doutorado que embasa este artigo. A pesquisa foi subsidiada pela coleta de dados de mais de 346 registros de experiências – 28 casos clínicos, 19 narrativas, 118 imagens, 50 documentos institucionais, 120 registros em diário de campo, 14 relatos, entre outros. Em razão do recorte da discussão aqui proposta, serão apresentados fragmentos desses materiais mais amplos de forma reduzida.

Fundamentada na abordagem qualitativa (Minayo, 2007), na epistemologia e no método inspirado no pós-estruturalismo (Foucault, 2010; Hüning e Scisleski, 2018), os dados derivam de dois projetos de extensão em psicologia de distintas universidades brasileiras. O primeiro, o Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública (ATnaRede), é um projeto executado pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O segundo projeto de extensão, Acompanhamento terapêutico: clínica e criação na cidade, é vinculando à Universidade Federal de Santa Catarina. Os dois projetos atendem usuários e usuárias da rede pública municipal de serviços encaminhados(as) em razão de alguma demanda de saúde mental.

A coleta dos dados⁴ ocorreu por meio de dois procedimentos realizados simultaneamente. O primeiro, por registros em diário de campo (Falkembach, 1987) com relatos dos casos clínicos acompanhados em ambos os projetos de extensão da UFRGS e da UFSC. Os registros ocorreram semanalmente, de agosto de 2016 a junho de 2019, o que totalizou quase três anos de coleta de dados. Como material

3 A noção de subjetividade e sujeito ampara-se na ideia de território existencial, em que a subjetividade é resultado de um processo de produção de si que ocorre na relação com o coletivo. Portanto, é sempre histórica e determinada por múltiplos vetores: biológicos, individuais, familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, entre outros (Ministério da Saúde, 2010).

4 A pesquisa que subsidiou a Tese compõe o Projeto guarda-chuva *Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo de Análise e Cuidado em Redes de Atenção Psicossocial e Intersetorial*, registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, sob Número do Parecer: 3.374.882. Aos usuários e usuárias do Programa foram entregues, devidamente esclarecidos e assinados, os Termos de Consentimento que seguem a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012). O Projeto de Extensão *Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade* tem aprovação pela Pró-Reitoria de Extensão da UFSC (nº 201709734) e relaciona-se ao Projeto de Pesquisa guarda-chuva "Políticas do Corpo: psicanálise e arte" registrado no SIGPEX sob n.º 201610796.

complementar ao diário de campo, utilizaram-se dados do projeto ATnaRede, entre eles, fichas com os dados dos acompanhados, três cadernos de atas, relatórios técnicos, cartazes, desenhos, anotações dos(as) acompanhantes e outros materiais obtidos a partir dos acompanhamentos. O segundo procedimento foi por meio do registro de experiências que remeteram à atenção psicossocial e ao contexto sócio-histórico brasileiro, de imagens, documentos, relatos, entre outros no tema da saúde mental no Brasil.

Os dados foram organizados com o objetivo de evidenciar relações possíveis entre questões subjetivas e terapêuticas de usuários(as) dos serviços de saúde mental e o exercício dos DS. Para a apresentação de recortes dos casos clínicos, utilizou-se a formulação de narrativas escritas, as quais permitem incluir, na apresentação dos dados de pesquisa, a dimensão da relação na prática terapêutica entre acompanhante e acompanhado(a) (Rocha e Palombini, 2017). Tais narrativas, mesmo quando construídas de forma dialógica, são uma produção do primeiro autor deste artigo a partir dos diários de campo, não expressando a transcrição literal de diálogos, mas a contração de seus núcleos argumentais.

Como estratégia complementar à construção das narrativas, organizaram-se algumas das informações dos casos clínicos utilizando a ferramenta do genograma e ecomapa. Esses instrumentos têm sido utilizados por profissionais de diversas áreas, incluindo da psicologia, para a compreensão dos processos estruturais, emocionais e afetivos das relações familiares, das interações entre seus membros e do contexto social mais amplo, avaliando a complexidade e dinamicidade das relações sociais (Filizola, Ribeiro e Pavarini, 2003; Mello, Viera, Simpionato, Biasoli-Alves e Nascimento, 2005).

A análise dos dados de inspiração pós-estruturalista buscou situar o domínio da experiência terapêutica com sua sócio-historicidade, visando compreender como se estabelecem arranjos entre governo, verdade e sujeito (Hüning e Guareschi, 2009) no campo da atenção psicossocial. Assim, propôs-se mapear o modo como o discurso dos DS — educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados — emergiu nos materiais de pesquisa e forneceu elementos para pensar como os sujeitos produzem e conduzem a si na vida e nos processos terapêuticos como seres subjetivos. No pós-estruturalismo, a relação dos sujeitos consigo mesmos, numa época específica (Foucault, 2010), torna-se importante à medida que evidencia verdades não como representações e essências, mas como processos: "enquanto aquilo que se faz e aquilo que se deve fazer" (Noto, 2009, p.

52) e, portanto, pode ser problematizada, levando à produção de outras formas de subjetivação (Ecker, 2018).

Resultados e discussão

Com base na ampla quantidade de materiais, os resultados e as discussões que abordam a complexidade dos DS na clínica em psicologia considerando os casos clínicos estudados foram organizados por três centros de análise integrados: (1) fatores materiais, (2) fatores singulares, (3) multidimensionalidade. Como forma didática de apresentação dos resultados, destacou-se, usualmente entre parênteses ou nomeado, o DS que emerge na cena clínica analisada e sua relação com os processos terapêuticos e subjetivos.

A complexidade dos direitos sociais na clínica em psicologia: fatores materiais, singulares e multidimensionais

Ao serem reconhecidos como direitos mínimos para subsidiar vidas (Ibanhes, 2010), os DS requerem estratégias concretas do Estado para sua efetivação (Sales e Pachú, 2015). A partir dessa afirmativa, os materiais de pesquisa contribuem para pensar que a incidência dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos se expressa de modo complexo. Para além da promulgação de documentos jurídicos e estratégias concretas, essa complexidade⁵ envolve fatores materiais, outros singulares, demandando análises multidimensionais que considerem a complexidade da articulação entre vida, Estado, políticas públicas, processos terapêuticos e subjetivos.

5 A noção de complexidade utilizada na análise dos dados se aproxima da proposta de integralidade presente em diversas políticas do DS à saúde no Brasil, principalmente aquelas que regulamentam o SUS. Na Lei 8.080, por exemplo, a integralidade está inserida no capítulo II, Dos Princípios e Diretrizes, no art. 7º, parágrafo II, relacionada à ideia de complexidade, em que "integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema". As ideias de complexidade e integralidade também aparecem relacionadas na Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014, da Política Nacional de Promoção da Saúde, art. 4º: "VIII – a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais.

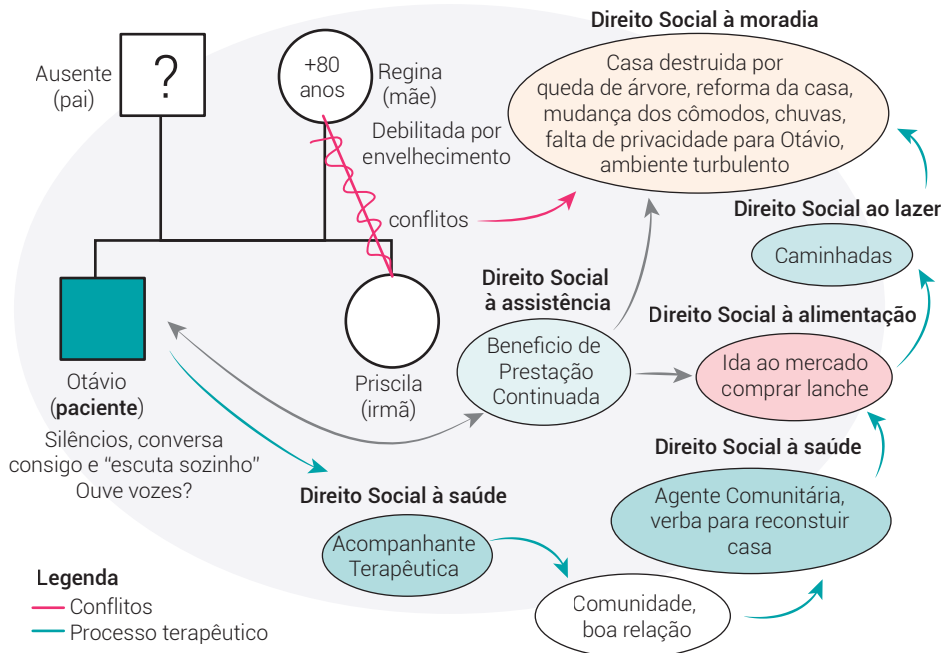


Gráfico 1. Percurso de usuário no processo de acompanhamento terapêutico⁶

Fonte: elaborado pelos autores. Dados disponíveis nos arquivos do projeto de extensão ATnaRede.

Considerando o Gráfico 1, a incidência dos DS se expressa de modo complexo porque nem sempre seu exercício está diretamente relacionado com o acesso a uma política pública ofertada unicamente pelo Estado. A ida ao supermercado de alimentos (de gerência particular) para exercer o direito à alimentação, a caminhada na rua como um direito ao lazer ou a própria casa do paciente como exercício do direito à moradia não remetem a uma política estatal que custeie integralmente o alimento, a amplitude de elementos que envolve o espaço público ou a casa na qual o paciente reside. Desse modo, considerar a incidência dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos requer situar, na análise, que o exercício de um direito articula nele mesmo diferentes fontes interligadas entre si, que funcionam enquanto operadoras no processo de exercer direitos e de gerenciar a própria vida. Essas diferentes fontes afetam a produção subjetiva do paciente e a condução de seu processo terapêutico ao interferirem no modo como ele consegue administrar sua vida, executar projetos, planos, sonhos, desejos ou necessidades de forma mais ampla ou limitada.

6 Mapeamento evidencia, no período de dois meses, alguns dos DS que estiveram presentes na cena clínica. Os nomes utilizados nesta narrativa e nas subsequentes são fictícios.

Analisando a vida do usuário da cena clínica do Gráfico 1, ele recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC), como exercício de um DS à assistência, que auxilia no acesso à alimentação e contribui para o pagamento de serviços na reforma de sua casa (DS à moradia) após a queda de uma árvore que danificou o telhado. A partir dessa reforma, minimizaram-se os conflitos que ocorriam em sua casa — compartilhada com sua irmã — e, na sequência do processo terapêutico, surgiu a ideia pelo usuário de circular no território. A circulação no território como possibilidade do exercício do DS ao lazer, articulada à ida ao supermercado com a justificativa de comprar alimento (DS à alimentação), ofertou outros cenários para sua existência, diferentes daquele que, anteriormente, nas palavras da irmã, situavam Otávio como alguém que “permanecia por muito tempo parado em casa” em “silêncio” ou “conversando consigo”.

Nesse contexto, a partir do exercício de um DS (de assistência), oportunizou-se que outros DS (de alimentação, moradia e lazer) fossem exercidos em uma relação de interdependência ou de subordinação entre esses direitos. Essa inter-relação entre direitos produziu efeitos na vida do usuário, fabricando novos cenários de existência, o que incluiu a possibilidade de circulação social e de encontro com pessoas para além do espaço restrito à sua casa. Desse modo, mesmo que não financiado completamente pelo Estado, o exercício dos DS incidiu de modo complexo em sua vida porque situou o poder público como fonte que amplia sua capacidade em exercer outros direitos, em uma continuidade que ocorre de modo mais ou menos coerente com direitos garantidos por outras fontes, conectando o exercício de um direito com outros.

Por essa análise, é possível interpretar que a conexão entre direitos se produz e incide nos processos subjetivos e terapêuticos de forma complexa, porque em uma mesma cena de vida transcorre o exercício de múltiplos DS. Os efeitos referentes aos vários exercícios de direitos simultaneamente podem ser difíceis de descrever em uma racionalidade linear ou de compreender e capturar instantaneamente diante da escuta do relato de uma pessoa sobre alguma cena de sua vida. Isso ocorre em razão da multiplicidade de conexões que podem ser formadas no exercício de um direito com outros nos processos de vida. Essa afirmativa se relaciona com o caso clínico do Gráfico 1, em que se visualizava o exercício do direito à moradia ocorrendo ao mesmo tempo que se exercia o direito à alimentação ou ao lazer, e esses três sendo financiados⁷ pelo direito à assistência em relações recíprocas ou mutuamente estabelecidas.

Pensar a relação complexa entre o exercício dos DS e os processos de vida também conduz à afirmação de que, pela análise da situação expressa pelo Gráfico 1, a incidência do DS na vida humana pode compor a estratégia ou o recurso clínico

7 Por meio do BPC.

para a produção de novas existências e/ou experiências: deslocamento de um anterior isolamento em casa para uma circulação no território; encontro com elementos (locais, objetos, expressões culturais etc.) e pessoas conhecidas e desconhecidas no território; exercício de autonomia (escolhendo em qual supermercado ir); exercício da vontade (escolhendo qual alimento comprar); e uma certa liberdade (permitindo-se vivenciar a cidade sem roteiro ou restrições prévias) – as quais podem produzir aberturas para novas relações sociais, outras fabricações subjetivas e efeitos terapêuticos.

No panorama de um exercício de DS que não é unicamente financiado pelo Estado, a discussão sobre o hibridismo entre público e privado, gratuito ou com custos, como característica do acesso aos serviços na América Latina (Viana, Fonseca e Silva, 2017) contribui para se analisar a complexidade que envolve a incidência dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos por evidenciar algumas das facetas do exercício de direitos no Brasil. De acordo com as autoras, de um lado, tem-se o exercício do direito que ocorre pela via do Estado (gratuito⁸ para o usuário) e, de outro, pela via do mercado⁹ (que tem custo financeiro direto ao usuário). De característica híbrida, essas duas vias de acesso aos direitos se inter-relacionam no cotidiano de grande parte da população brasileira (Viana *et al.*, 2017).

Complementa-se, por meio da análise dos materiais de pesquisa, que esse hibridismo é também envolto por um acesso ao exercício dos DS que ocorre pelas relações sociais e comunitárias, em que o(a) usuário(a) exerce direitos ao lhe serem concedidos alimentação, moradia, transporte, entre outros, por meio de familiares e/ou terceiros. O acesso aos DS pela via do mercado, com incidência nos familiares, consta nos dados de pesquisa na narrativa 1¹⁰:

8 A noção de “gratuito” deve considerar o custeio das ações do Estado advindo de impostos e de outras formas indiretas de cobrança que acarretam gastos financeiros à população. Para uma introdução sobre os custos do DS à saúde, como exemplo, consultar: Soares, H. (2015). Não levando os custos dos direitos a sério: o direito prestacional à saúde pelo Supremo Tribunal Federal. *Revista de Direito Sanitário*, 16(2), 29-51. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v16i2p29-51>.

9 Acessar um DS pela via de serviços privados remete à discussão sobre a relação entre direitos e mercado econômico. Nessa discussão, surge uma pergunta frequente: é exercício de um direito quando há a exigência de pagamento para obtê-lo? Ou a noção de direito pressupõe gratuidade universal? Essa questão específica não será aprofundada neste estudo, mas entende-se ser importante comentar o não consenso entre autoras e autores na definição de quais seriam as funções e fontes de financiamento das políticas públicas. Nas literaturas, encontram-se disputas de concepções sobre “direito”, assim como essas divergências se expressam nas políticas de governo dos diferentes países da América Latina (Viana *et al.*, 2017).

10 A construção das narrativas não é uma transcrição de diálogo literal, mas sim uma produção do autor a partir de seu diário de campo. Todas as narrativas dialogadas que constam no artigo obedecem ao mesmo princípio de elaboração.

Narrativa 1.

Quando encaminhada ao programa de acompanhamento terapêutico, a usuária residia com seu pai, que veio a falecer, e foi aí que ela ficou sem lugar, tendo por fim sido colocada nessa casa geriátrica por uma tia paterna e por seu primo, que era seu curador.

— Qual a idade dela?

— 40 e poucos anos.

A casa fica em um bairro no extremo da cidade, quase zona rural.

— Descobrimos que só existe uma chave na casa.

— E como eles fazem se querem sair e a responsável não está?

— Não saem.

O papel higiênico não está disponível para os moradores. Quando precisa usar, tem de pedir. A única coisa que ela faz é arrumar a própria cama. Não faz sua comida, não escolhe a hora de se alimentar nem tem atividades na casa para realizar. Ela gosta de ouvir música.

— Sim, a acompanhante anterior comentava que elas ficavam ouvindo músicas juntas. Agora ganhou um radinho da família. Mas o radinho veio sem pilha. Ela não tem dinheiro para comprar pilha. Tem de conversar com a família para que deixem dinheiro para ela.

Talvez ela troque de casa, pois existe a possibilidade dessa casa não estar em condições adequadas para cuidá-la. Há a possibilidade, inclusive, de a casa ser interditada pela Secretaria da Saúde se houver denúncia.

— Na casa, ela fica parada, cercada por idosos, com pouca mobilidade e interação, não possui dinheiro próprio, a casa fica situada longe do centro da cidade... e ela está nesse entremeio, entre ficar lá, ou se mudar. Estamos nos sentindo... [silêncio]

— Paralisadas?

— Sim! Paralisadas!

Fonte: diário de campo do autor.

Na Narrativa 1, com o relato das acompanhantes terapêuticas sobre o cotidiano da usuária, observa-se que o exercício do DS¹¹ à moradia foi substituído pela sua vinculação a uma casa geriátrica, de gerência privada, que acolheu a usuária por encaminhamento e com financiamento da família.

Considerando que os DS se justificam por declarações e tratados (multilaterais, globais ou regionais), com propósitos específicos de garantir o indispensável a uma vida digna (Mazzuoli, 2015), pela cena clínica da Narrativa 1, analisa-se que é no contexto precário do exercício de um dos DS que se produz uma série de restrições à liberdade e à dignidade¹² da usuária. Essas censuras afetam sua qualidade de vida, dificultando a construção de uma consciência de si, amor-próprio, condução e produção de si, que talvez fossem possíveis se houvesse exercícios de autonomia e de liberdade nas ações do cotidiano de vida. Diferentemente do que discute Ibanhes (2010), a violência e o abuso de poder que incidem sobre ela, nesse caso, não se efetivam por ações do Estado, mas, sim, por uma instituição privada¹³, pelas normas que impõem restrições para entrar e sair da casa (DS à moradia), para se alimentar (DS à alimentação) e pelo controle do uso do banheiro (DS à saúde), assim como pela presença de pessoas idosas com condição de saúde debilitada que interferem nos ganhos terapêuticos, no desenvolvimento de relações sociais (mobilidade, interação) e nos processos subjetivos emancipatórios.

Considerar a complexidade da incidência dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos situa na análise da Narrativa 1 e do Gráfico 1 que a casa geriátrica e o mercado de alimentos, mesmo sendo serviços privados, têm ingerência do Estado sobre sua operacionalidade. Na cena do Gráfico 1, em que o usuário vai até o mercado como proposta terapêutica de circulação social e para o exercício de sua autonomia, o estabelecimento por ele acessado sofre regulações por meio das políticas do SUS, que intervêm pela vigilância sanitária na fiscalização e na inspeção de alimentos, água e bebidas para o consumo humano, conforme a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (art. 6º, VII). Poderiam ser ponderadas regulações advindas de outros ministérios do

11 A Lei federal 10.216/2001, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, afirma: "§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º".

12 Dignidade: "1. Modo de agir que infunde respeito. 2. Consciência do próprio valor; honra. 3. Grandeza, elevação. 4. Título ou cargo de alta graduação" (Terra, 2014, p. 331).

13 Instituição privada autorizada pelo Estado que se submete às suas normativas para poder operar. O acesso a direitos por instituições privadas traz uma série de problemáticas, entre elas com relação à fiscalização sobre a qualidade do serviço que se oferta. O setor privado e filantrópico-privado, em grande parte financeirizado, impõe padrões antidemocráticos e antidemocratizantes (Bahia, 2018).

Estado, que incidem por normas na fiscalização, organização e execução da casa geriátrica (Narrativa 1), da moradia de Otávio, dos espaços de lazer e de saúde (Gráfico 1), modulando e conduzindo as possibilidades de vida no cotidiano, incluindo a produção de efeitos na subjetividade das pessoas.

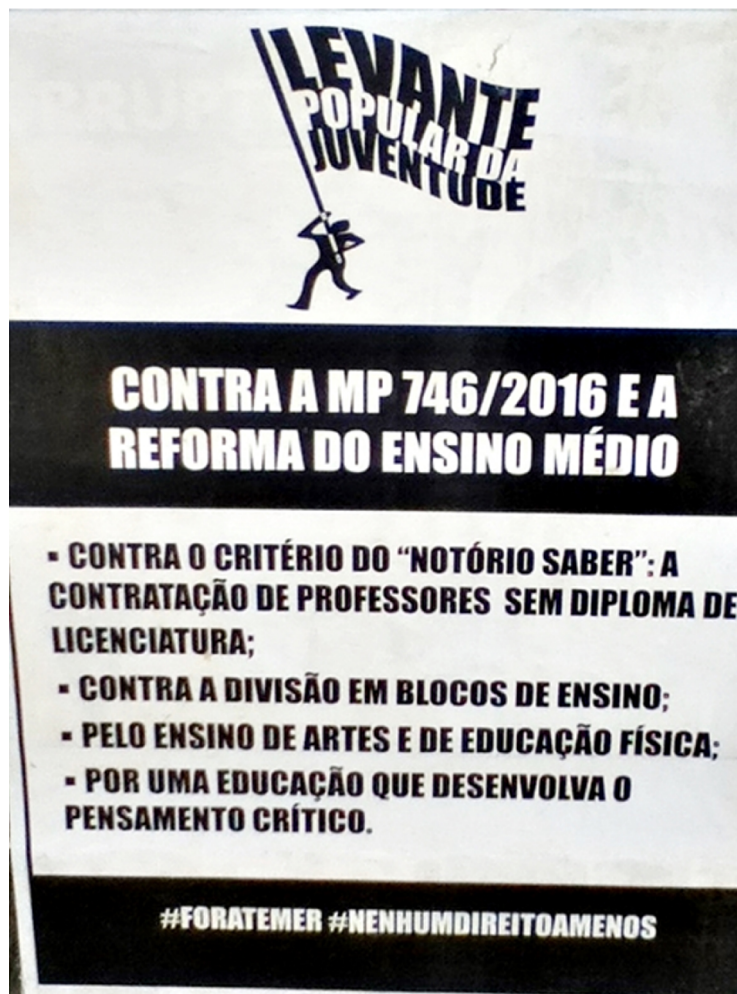


Figura 1. Cartaz fixado em espaços públicos sobre mobilização contra Medida Provisória proposta por representantes do Estado¹⁴

Fonte: foto do autor. Cartaz de domínio público.

14 A referida medida prevê alterar regramentos do DS à educação. Constantes alterações nos regramentos das políticas que garantem DSno Brasil são indicadores do contexto sócio-histórico em que se constituem as políticas públicas brasileiras, nem sempre atuando baseadas em valores democráticos, universais e justos (equitativos).

Articulando os materiais de pesquisa ao argumento de Sales e Pachú (2015), de que os DS se constituem como direitos fundamentais e inerentes à construção do sujeito e de sua noção de indivíduo, complementa-se que essa construção está fundamentada em uma complexidade de elementos, transversalizados, entre os quais se destacam os fatores de ordem material¹⁵: físicos, objetivos, concretos, reais. Materialidades que, através dos arquivos da pesquisa, referem-se aos elementos palpáveis que são necessários para o exercício de um DS e que estão construídos, organizados ou dispostos, estruturando o dia a dia da vida das pessoas, em alguma forma. Esses elementos acabam operando como base, armação ou arcabouço, compondo, configurando e marcando certa presença ou organização nas e das vivências que as pessoas têm no cotidiano.

A materialidade dos DS que incidem na composição dos cenários de vida engloba a existência de uma casa, uma rua, um supermercado, um alimento, uma comunidade (Gráfico 1); uma cidade, um território, uma parede, uma expressão artística; um papel higiênico, uma cama, músicas, um radinho, pilhas (Narrativa 1), uma universidade, um cartaz, letras alfabéticas, palavras de resistência ou expressão (Figura 1), atuando como objetos concretos e reais que materializam, estruturam, nomeiam e conduzem a disposição do cotidiano. A instituição de profissões ou funções, como a de agente comunitária e acompanhante terapêutico, a criação de uma política pública, de um serviço privado, uma política de formação para o SUS e o próprio SUS que disponibiliza esses profissionais (Gráfico 1); a materialidade de uma Secretaria de Saúde (Narrativa 1), que incide por normas, regras, benefícios, políticas, leis, fiscalizações, ou seja, materialidades que operam como organizações racionais estruturantes da vida humana, normatizando, buscando ou compondo estratégias de regulação e de gerenciamento da vida na operacionalidade do dia a dia.

Outras materialidades que estão presentes nas cenas clínicas dos materiais de pesquisa transversalizados aos processos terapêuticos – conflitos, possibilidades de mobilidade, liberdade ou exercícios de autonomia –, referem-se à chuva, à árvore (Gráfico 1), ao dinheiro, à chave (Narrativa 1), assim como à existência de pessoas e

15 A ideia de fatores materiais tem como objetivo trazer para a discussão fatores físicos que estão relacionados com o exercício dos DS por esses direitos contemplarem questões humanas que independem de perspectivas subjetivas para existir. Esse é o caso da fome, por exemplo, pois sem alimento por um período de tempo o ser humano pode ir a óbito (DS à alimentação). Tem-se, também, a capacidade humana inata de aprender (DS à educação), de nascer, adoecer e morrer (DS à saúde), de se locomover (DS ao transporte); além da incapacidade física de enfrentar todas as intempéries da natureza (frio, calor, chuva, neve) sem alguma proteção ou recurso (DS à moradia; DS à assistência) ou de lidar com as consequências geracionais da história (iniquidades em razão de longos períodos de escravidão ou de desassistência às pessoas com alguma deficiência) que produzem efeitos, no presente, na vida das pessoas (DS à assistência).

das categorias que as classificam socialmente enquanto representação de algo sobre o qual se impõem responsabilidades ou expectativas, como a categoria mãe, irmã (Gráfico 1) e família (Narrativa 1). Todos esses fatores são elementos que podem estar presentes na análise sobre a incidência dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos, considerando sua complexidade, tendo efeitos em como os sujeitos produzem e conduzem a si no mundo. Grande parte desses fatores, distante de serem compreendidos na presente pesquisa como objetos naturais existentes *a priori*, é de fabricação humana e pode ser construída ou organizada em outros moldes, colocando em relevo a singularidade e a demanda de cada vida ou caso clínico.

A materialidade dos DS – como uma calçada para caminhar, um mercado para suprir necessidades, um serviço de saúde que possibilite relações sociais entre os usuários e os profissionais – é uma ferramenta clínica importante por tornar possível o exercício da liberdade, da autonomia, das escolhas, dos trajetos, dos contatos, das relações, dos afetos e dos apoios. O auxílio da agente comunitária de saúde (ACS) a Otávio, na conquista do subsídio financeiro para reconstrução da casa destruída pela queda da árvore (Gráfico 1), só foi possível pela vigência de uma política pública de DS à saúde, real e fisicamente estruturada operando no território do usuário. A ação da ACS e a existência de um benefício concreto ofertado pelo Estado por meio da Política Nacional de Assistência Social foram essenciais para a minimização dos conflitos na casa em virtude do imobilismo de Otávio e para a produção do seu desejo em circular no bairro ao deslocá-lo de silêncios e conversas consigo mesmo para um encontro e conversas com outros (a AT, a vendedora do mercado, o vizinho).

Nesse raciocínio, a partir dos materiais de pesquisa, articula-se intervenção clínica, produção de terapêuticas e subjetividades conforme a ideia de Sales e Pachú (2015), ao afirmarem a importância de uma gestão estatal direta por medidas concretas, planejadas e bem-definidas pelo poder público, que disponibilizem recursos à população pela garantia dos DS. Complementa-se, considerando dados do estudo, que os direitos são essenciais para as pessoas lidarem com as intempéries do cotidiano, as quais surgem nos mais diversos imprevistos do dia a dia. Também são importantes por fornecerem amparo e proteção às limitações que a condição de ser humano impõe seja por fatores fisiológicos, psicológicos e sócio-históricos, seja pelo resultado complexo da articulação entre esses e outros elementos.

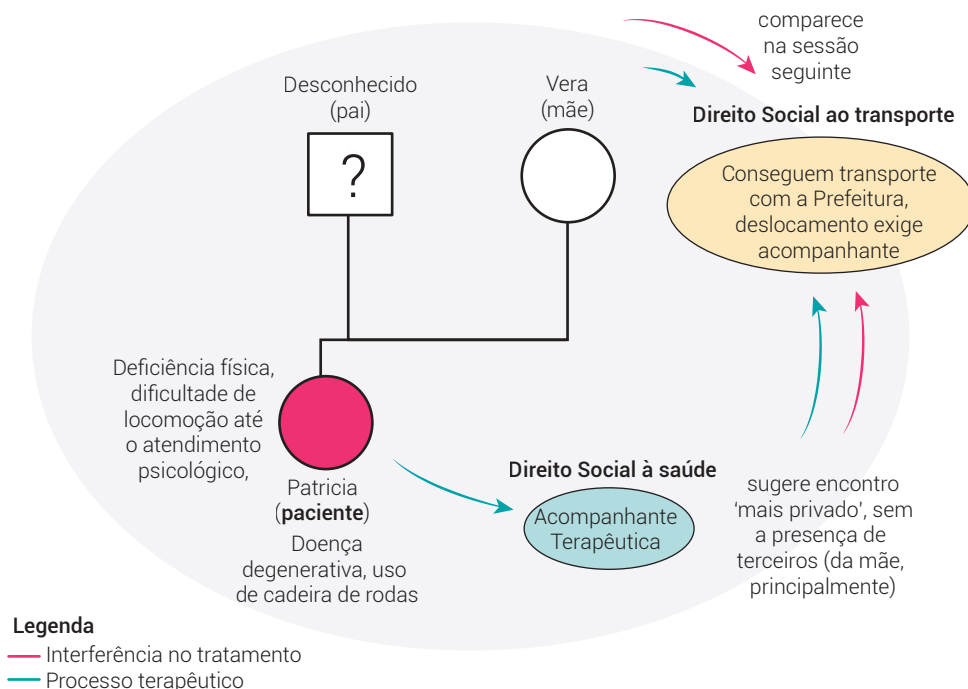


Gráfico 2. Exercício dos direitos sociais e sua relação com questões singulares dos processos clínicos¹⁶

Fonte: elaborado pelos autores. Dados disponíveis nos arquivos do projeto de extensão da UFSC.

Na complexidade da análise dos DS na clínica em psicologia, outros elementos que os dados de pesquisa apresentam são os fatores singulares. Quase como um contraponto aos fatores materiais, os fatores singulares expressam algo de abstrato, pessoal e individual que interfere na organização e condução de um ou mais aspectos específicos da vida dos pacientes. Relacionando os fatores singulares à incidência dos DS nos processos clínicos, tem-se uma composição de junções, localizadamente formadas, que só podem ser compreendidas se situadas na particularidade de cada organismo com seus específicos processos de vida e demandas clínicas.

A ideia de complexidade e singularidade está presente e articulada em diversas normativas, diretrizes e orientações do SUS (DS à saúde), como na Política Nacional de Promoção da Saúde, art. 4º: "VIII – a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais" (Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014). A noção de singularidade é compreendida aqui como aquilo que é único do sujeito, articula sua subjetividade, visão de mundo e inserção sociocultural. No que diz respeito ao projeto terapêutico

16 Mapeamento do atendimento de usuária, em acompanhamento terapêutico.

singular (PTS), a noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada com o problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo (Ministério da Saúde, 2013, p. 55).

Na cena do Gráfico 2, ao longo do processo terapêutico (DS à saúde) da usuária, foi avaliado que o fato de sua mãe ir junto com ela ao atendimento psicológico estava dificultando a produção de um espaço que lhe fosse próprio e interferindo nos ganhos terapêuticos: a mãe começava a falar sobre si, desqualificava tudo o que a filha dizia, respondia às indagações da terapeuta no lugar da filha e, com frequência, criava alguma justificativa para não levá-la ao atendimento, já que a filha dependia de auxílio para a locomoção na cadeira de rodas. Em uma das consultas, foi acordado com a usuária que ela tentaria ir sem a mãe, de carona ou outro recurso, para que o tempo do atendimento fosse mais bem aproveitado por ela. Na sessão seguinte, porém, ela chega acompanhada novamente pela mãe, a qual justifica sua presença por ter conseguido o transporte gratuito da prefeitura para pessoas com deficiência (DS ao transporte; DS à assistência) e argumenta que o benefício requeria uma acompanhante com a beneficiária para a obtenção do transporte.

Por meio do raciocínio de Ibanhes (2010), compreende-se a importância de os DS articularem questões econômicas com demandas humanas, ofertando um direito para pessoas que, sem suporte do Estado, não teriam capacidade econômica de arcar sozinhas com os custos dos serviços. Em contraponto, na singularidade do caso de Patrícia (Gráfico 2), foi preciso considerar a garantia de um DS como dispositivo para interferência no processo terapêutico. Em termos terapêuticos, a mãe não considerou a combinação da sessão anterior, de que a filha fosse sozinha para consulta, reproduzindo no encontro posterior os mesmos comportamentos invasivos e desrespeitosos durante o atendimento, avaliados como algo prejudicial para a usuária, seu autoconhecimento e desenvolvimento de processos subjetivos emancipatórios. Ao analisar a singularidade desse caso, mesmo que se afirme a importância de um direito garantido, foi necessário rever as estratégias de intervenção e o modo como o projeto terapêutico seria conduzido a partir do acontecimento.

Narrativa 2.

O acompanhamento domiciliar de Pedro (25 anos) ocorria há mais de um ano pela equipe de saúde do território. No início do atendimento, ele residia em uma casa com constantes situações de violências entre os familiares, um irmão que roubava objetos de casa para vender na rua,

outro irmão preso, um envolvido com o tráfico de drogas e a mãe trabalhando com prostituição esporadicamente.

— Minha mãe passa a mão na cabeça deles, deixa eles entrarem de madrugada, levarem o que quiserem, ela ainda manda eu parar de incomodar e diz “se você não gosta, sai de casa” [sic].

Na casa morava também sua cunhada, com uma filha de 2 anos. Para elas, foi construída uma peça de madeira, nos fundos do pátio. Pedro tinha mais uma irmã de 15 anos e um irmão de 8.

— Meu irmão mais novo vai ser igual aos outros, se continuar assim. Minha mãe o deixa fazer o que quiser. Isto [indica o olho com um hematoma escuro e um corte inchado] foi porque ele jogou o controle da televisão em mim.

O pai havia se mudado há anos sem dar explicações e nem todos os seus irmãos eram do mesmo pai. Pedro conseguiu um emprego que lhe garantia um salário mais alto, um trabalho noturno, que o deixava cansado e reclamando:

— Não durmo tão bem... não é o mesmo sono... estou quase sempre cansado.

O trabalho ajudou Pedro a juntar dinheiro e mudar de casa para morar sozinho.

Sabendo da situação de vida de Pedro e todo o esforço que ele estava fazendo para aquela mudança, foi sugerido, pela equipe de saúde, que fizessem uma lista de objetos que ele precisava para a casa nova. Assim, conversariam com os moradores da comunidade, vendo o que cada um poderia contribuir ou o que tinham sobrando em casa para dar a Pedro.

— O que você está precisando, Pedro? O que costuma usar? O que você costuma comer? Quais seus hábitos?

— Pode ser qualquer coisa.

— Mas seria bom você escolher, pois vai que você ganha algo que já tem ou que não precisa?

— Na nossa casa fomos ensinados que presente a gente não escolhe, a gente ganha e agradece [Pedro diz, aumentando o tom de voz, expressando desconforto e irritação com a insistência da ACS naquelas perguntas].

Fonte: dados de diário de campo do autor.

Na análise da incidência dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos, existem fatores singulares de cada caso clínico que requerem ser situados na vida da pessoa atendida para serem compreendidos. Determinado fator pode soar raro ou excepcional, o que o difere dos demais fatores ao demarcar um ponto de vista particular e orienta as intervenções possíveis para aquela pessoa. Os fatores singulares incluem todas aquelas expressões humanas que são exclusivas, únicas ou distintas, evidenciando especificidades de uma vida que conserva algo de uma existência única. Conforme os dados de pesquisa (Narrativa 2), na clínica, a singularidade pode ocorrer por algo que às vezes surpreende ou parece incompreensível em uma primeira escuta: uma pergunta usual que obtém uma resposta singular, um efeito inesperado que a garantia de um DS pode ocasionar no sujeito que o exerce, por exemplo, na resposta fornecida por Pedro quando lhe é questionado sobre seu desejo de escolha (DS à saúde; DS à moradia).

Relacionar o exercício dos DS com fatores singulares exige considerar palavras que estão articuladas às normativas dos DS como termos que demandam tradução pelo sujeito que é atendido clinicamente: violação, dignidade, justiça, condições dignas de vida (Wolff, 2015), liberdade, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade, fraternidade, pluralidade, preconceito, harmonia (Constituição Federal, 1988), entre outras. Essas questões adentram em um campo singular subjetivo no qual seus sentidos não podem ser interpretados como hegemônicos ou unívocos. Desse modo, sugere-se questionar: o que o sujeito atendido compreende como desejo? (Narrativa 2). O que para ele significa ter dignidade? Quais os sentidos de segurança para essa pessoa? Igualdade? Preconceito? Bem-estar? Harmonia? Quais os significados de justiça para o(a) usuário(o)? O que ele(a) compreende como condições dignas de vida?

O exercício de singularizar¹⁷ e localizar no sujeito o que, pela promulgação na Constituição Federal de 1988, soa universal ou de significado único, é uma prática que pode auxiliar na escuta clínica. Desse modo, apenas o sujeito será capaz de categorizar, definir ou indicar a importância do exercício de algum dos DS para seus processos subjetivos, terapêuticos ou suas escolhas de vida. Situar o fator da singularidade no exercício dos DS, nos processos subjetivos e terapêuticos leva a reconhecer o indivíduo como único, valorizando sua experiência, que não pode ser representada por algo plural ou hegemônico. O que a pessoa em atendimento clínico

17 Andrea Máris Campos Guerra e autoras propõem discussão interessante sobre o singular na especificidade do DS à educação em: Guerra, A. M. C, Cunha, C. F., Edmundo, D. F. e Moreira, J. O. (2015). Do universal ao singular ou da homogeneidade à diferença: construindo a prática da sociodução. Em: Fórum Permanente do Sistema de Atendimento Socioeducativo de Belo Horizonte (Org.), *Desafios da socioeducação: responsabilização e integração social de adolescentes autores de atos infracionais* (v. 1, pp.1-244). Belo Horizonte.

as relações que se estabelecerem entre elas e pelos deslocamentos e modificações das correlações prévias. Sofrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer. [...] Sendo assim, partindo desta perspectiva multidimensional e sistêmica [...] torna-se fundamental para o profissional da AB manter-se atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta a sua frente. (Ministério da Saúde, 2013, p. 32)

A partir dos materiais de pesquisa, relacionar a ideia de uma pessoa multidimensional¹⁹ ao exercício dos DS é compreender esses próprios direitos como diferentes dimensões de um mesmo sujeito. Assim, em uma pessoa que exerce os DS, diferentes dimensões se apresentariam concernentes, respectivamente, à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança e, se condizente à sua vida, à dimensão da previdência social, da assistência, da proteção à maternidade e à infância. Em uma perspectiva da complexidade, todas essas dimensões se transversalizam e incidem, de algum modo, na sua existência, causando efeitos em como a pessoa produz e conduz a si no mundo como ser subjetivo.

Nos dados de pesquisa da narrativa 2, é possível verificar o modo como os DS se relacionam enquanto distintas dimensões de um mesmo sujeito, com a dimensão do seu sofrimento e a proposta de resolução; a dimensão do trabalho noturno (DS ao trabalho) e o sentir-se cansado e com o sono afetado; a dimensão da casa na qual ele residia (DS à moradia) e as situações de violência e agressão; a dimensão da equipe de saúde que lhe atendia (DS à saúde) e a proposta de mudança de casa para amenização dos conflitos e construção de outras possibilidades de vida. Assim, compreender o exercício dos DS como diferentes dimensões (únicas) do sujeito que atuam de modo transversalizado (plural) em sua existência é situar os diversos aspectos de uma mesma pessoa que produzem efeitos nela própria como algo plural e único, simultaneamente.

19 A proposta clínica dos *Cadernos de atenção básica n.º 34 – saúde mental* do Ministério da Saúde se baseia na abordagem da clínica ampliada. Essa abordagem pressupõe a utilização de dispositivos como o PTS, deslocando do sintoma e da doença para o sofrimento e o contexto social em que esses aparecem. A operacionalidade da clínica ampliada prevê a utilização do PTS na dimensão do trabalho vivo e criativo em saúde (Merhy, 2002) que não exclui, mas tenta superar, terapêuticas baseadas em ações programadas, protocolares, centralizadas em diagnósticos, na figura do médico(a), da medicação ou estereotipadas em especialismos (Ministério da Saúde, 2013).

A ideia de multidimensionalidade e o exercício dos DS como algo plural e único também pode ser relacionada ao argumento de Piovesan (2004) quando a autora afirma a impossibilidade de fragmentação dos direitos entre diferentes gerações.²⁰ Para ela, é impossível a realização dos direitos civis e políticos sem o usufruto dos direitos econômicos, sociais e culturais. Desse modo, compreende-se que, em seus exercícios, os DS são interdependentes, únicos e plurais, pois se transversalizam. Essa unicidade plural será expressa em diferentes moldes situados na singularidade dos fatores materiais e subjetivos que vive cada pessoa, nos corpos que adoecem e nos corpos que buscam a clínica em psicologia. Nesse sentido, os materiais da pesquisa como a Figura 1 e Figura 2, mesmo que não diretamente relacionados com as cenas clínicas dos gráficos e narrativas, expressam a realidade de um contexto social em que usuários e usuárias atendidos por serviços de saúde mental no Brasil estão imersos. Assim, em um contexto de precarização dos DS (Figura 1) ou em locais em que há violências, opressões, rótulos, estigmas sociais, marginalização e discriminações (Figura 2), a produção de subjetividade e dos processos terapêuticos das pessoas atendidas serão compostos e influenciados por esses elementos que impactam na produção de saúde.

O todo sistêmico dos direitos (Ibanhes, 2010) e a multidimensionalidade aqui proposta para pensar a incidência dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos produziriam diferentes moldes de existências, manifestadas como um todo indissolúvel de direitos e suas possibilidades de cidadania. Por meio do raciocínio da existência de 12 DS, sendo cada um único (DS à saúde, trabalho, lazer, educação etc.), e da composição plural, multidimensional entre eles, propõe-se o pensamento de que, quanto mais direitos relacionados à sua singularidade e demanda a pessoa exerce, mais plural se torna sua possibilidade de existência. Essa pluralidade, ampliada pela conexão com outras unidades de direitos – civis, políticos, econômicos, ambientais etc. –, expandiria as probabilidades de vida, níveis de cidadania, expressando, então,

20 Segundo Santos Junior (2019), existem três gerações de direitos que representam “patamares de consciência da evolução do conceito de direitos humanos” (s/p.) e ressaltam atributos vinculados como concepções básicas. Assim, a ideia de “liberdade” estaria presente como concepção básica na primeira geração de direitos – civis e políticos; a ideia de “igualdade” representaria a segunda geração de direitos – econômicos, sociais e culturais; e, por fim, a ideia de “solidariedade” seria o valor da terceira geração de direitos – relacionado com a convivência dos povos, o direito ao meio ambiente, o direito sobre o patrimônio comum da humanidade, o direito à comunicação e, por fim, o direito à paz. Para o autor, as diferentes gerações de direitos relacionam-se com o conceito central de vida: vida livre, digna e solidária.

planos de intensidade²¹ do que se nomearia de direitos humanos. Esse argumento se inspira na ideia de Ibanhes (2010), quando esse afirma que os direitos humanos evidenciam uma pluralidade que é una, ou seja, é impossível que esses direitos sejam exercidos separadamente.

Na complexidade que envolve o exercício dos DS, no caso referido à Narrativa 2, por ser uma família que vive em uma região considerada de vulnerabilidade social, é necessário relacionar a multidimensionalidade dos direitos também aos condicionantes sócio-históricos do Brasil (Ecker, Guareschi e Torres, 2020) — a criminalização do uso de drogas, as ações violentas por parte do Estado contra o tráfico, a extrema polarização da riqueza, as iniquidades no acesso a direitos e os estigmas de uma sociedade construída desigualmente (Sousa Santos, 2001), que transversalizam a vida de Pedro e de seus familiares. Elementos semelhantes aparecem na Figura 2, que evidenciam discursos de quem vive no Brasil e está próximo das ou imerso nas práticas em saúde mental: (desejo de) mais amor e respeito, arte e cultura, aceitação, mobilização social, diálogos, apoio familiar, visibilidade, resistência, Estado, autonomia, resiliência; responsabilizar o agressor (prudência com) mídia, denúncia, machismo, corrupção, medicalização, internação compulsória, golpe de Estado, fome, morte, exclusão social, agressão ao intelecto, rótulos, estigma e gênero. A ideia de multidimensionalidade, relacionada com a incidência dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos, também pode ser pensada por uma múltipla dimensão que opera não apenas em um corpo isolado, mas simultaneamente, afetando outros corpos pelos discursos que se articulam a ela. Nesse sentido, analisar a complexidade da incidência dos DS em uma perspectiva da multidimensionalidade é considerar as várias dimensões de um mesmo sujeito e como essas podem extrapolar seu corpo singular pelos discursos que esse corpo sustenta, fabrica ou dissemina.

Conclusões

O presente artigo partiu da pesquisa de doutorado que teve como objetivo analisar como o exercício dos DS incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso na clínica em psicologia articulada às políticas públicas brasileiras. Com foco de discussão sobre a complexidade dos DS na clínica em psicologia e por meio de

21 A ideia aqui proposta de "planos de intensidade" no exercício dos direitos humanos contribui para pensar a amplitude com que uma pessoa exercita seus direitos, com mais ou menos acesso a diferentes unidades de direitos. O conjunto dos direitos exercidos, nesse caso, expressariam o plano de intensidade do sujeito, sugerindo que, quanto mais direitos se exerce, mais plural e intensa pode se tornar sua possibilidade de existência.

uma abordagem qualitativa, da epistemologia e do método inspirado no pós-estruturalismo, os materiais de pesquisa derivados de registros de experiências — casos clínicos, narrativas, ecomapas, genogramas, imagens, entre outros — auxiliaram na explicitação de elementos que envolvem o exercício dos DS e sua relação com os processos subjetivos e terapêuticos. Por materiais advindos do contexto da clínica do acompanhamento terapêutico e da atenção psicossocial, foi possível analisar a complexidade dos DS na clínica em psicologia, contribuindo para todas as abordagens teóricas da clínica que se preocupam em situar os DS no campo da subjetividade, considerando princípios e valores da reforma psiquiátrica e sanitária brasileira.

Evidenciando a complexidade da relação entre DS e clínica enquanto produtora de efeitos terapêuticos e subjetivos, os dados de pesquisa subsidiaram a discussão que propôs pensar fatores materiais, singulares e multidimensionais que transversalizam os corpos que habitam a clínica em psicologia. Nessa esfera, as discussões situaram que a produção subjetiva, aliada ao exercício de DS no Brasil, ultrapassa o campo das políticas públicas, universais e gratuitas para incidir sobre os corpos em um contexto híbrido: pela via do Estado, do mercado e pelas relações sociais e comunitárias, em que o(a) usuário(a) acessa direitos ao lhe serem concedidos alimentação, moradia, transporte, entre outros, por meio de familiares e/ou terceiros. Junto a isso, os dados de pesquisa evidenciam a importância das políticas públicas como suporte para mitigar limitações e vulnerabilidades que a própria condição de ser um humano impõe, seja por fatores fisiológicos, psicológicos e sócio-históricos, seja pelo resultado complexo da articulação entre esses e outros elementos.

Por fim, os dados explicitam as vulnerabilidades sociais e econômicas que aparecem na relação entre subjetividade e o exercício dos DS na vida daqueles usuários(as) que, sem suporte do Estado, não teriam capacidade econômica de arcar com os custos dos serviços sozinhas. Essa questão se relaciona com o contexto sócio-histórico dos DS no Brasil a respeito dos quais se demonstrou, nos materiais de pesquisa, que contextos precários de DS podem ter efeitos restritivos à liberdade e à dignidade, com produção de violência, abuso de poder e censuras. Esses efeitos afetam a qualidade de vida das pessoas atendidas, interferindo ou dificultando a construção de processos subjetivos emancipatórios, de autonomia, consciência de si, amor-próprio e condições dignas de vida. Assim, os resultados apontam elementos úteis para a prática da clínica em psicologia e fornecem pontos importantes para futuras investigações que considerem a integridade dos sujeitos no estudo das demandas clínicas, das intervenções terapêuticas e das produções subjetivas.

Referências

- Bahia, L. (2018). Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7), e00067218. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00067218>
- Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2019a). *Comissão de Direitos Humanos*. Brasília, DF. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/cfp/comissao-de-direitos-humanos/>
- Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2019b). *CREPOP*. Brasília: CFP. Recuperado de <https://crepop.pol.org.br/>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Ecker, D. D. (2016). *A educação e a Política Nacional da Assistência Social: uma análise sobre o direito à educação no Brasil* (dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10183/140998>
- Ecker, D. D. (2018). Direitos Sociais e Acompanhamento Terapêutico: problematizações através de desenhos. *Aurora: revista de arte, mídia e política*, 11(32), 95-109. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/aurora/article/view/31984>
- Ecker, D. D. (2020). *O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos: políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial* (tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10183/213918>
- Ecker, D. D., Guareschi, N. M. de F. e Torres, S. (2020). Direito social à Educação no Brasil pós-1988: Programa Mais Educação e a PNAS na gestão da pobreza. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2), 1-18. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200014&lng=pt&tlng=pt.
- Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de campo: um instrumento de reflexão. *Contexto e educação, ljuí*, 2(7), 19-24.
- Ferreira Neto, J. L. (2010). Uma genealogia da formação do psicólogo brasileiro. *Memorandum*, 18, 130-142. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6645/4219>

Filizola, C. L. A., Ribeiro, M. C. e Pavarini S. C. I. (2003). A história da família de Rubi e seu filho Leão: trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave através do modelo Calgary de avaliação e de intervenção na família. *Texto Contexto Enferm*, 12(2), 182-190.

Foucault, M. (2010). *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.

Hüning, S. M. e Guareschi, N. M. F. (2009). Efeito Foucault: desacomodar a psicologia. Em N. M. F. Guareschi. e S.Hüning (eds.), *Michel Foucault e a Psicologia* (pp. 159-182). Porto Alegre: Edipucrs.

Hüning, S. M. e Scisleski, A. C. C. (2018). Ressonâncias de uma epistemologia foucaultiana em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*,30. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30170632>

Ibanhes, L. C. (2010). A constitucionalização dos direitos sociais no Brasil: difusos e coletivos ou confusos e seletivos? *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, 12(3), 213-219. Recuperado de https://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300002&lng=pt&tlng=pt

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1962. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Mazzuoli, V. de O. (2015). *Curso de Direitos Humanos* (2a ed. rev.). São Paulo: Editora Método.

Mello, D. F., Viera, C. S., Simpionato, E., Biasoli-Alves, Z. M. M. e Nascimento, L. C. (2005). Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1), 78-88. Recuperado de <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n1/09.pdf>

Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (10a ed.). São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (Série B — Textos Básicos de Saúde, 4a ed., 4a reimp.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2013). *Cadernos de atenção básica n.º 34 — saúde mental*. Brasília: DF. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Noto, C. de S. (2009). *A ontologia do sujeito em Michel Foucault* (dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, Brasil). Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-02122009-094513/en.php>
- Oliveira, C. R. de e Oliveira, R. C. de. (2011). Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. *Serviço Social & Sociedade*, (105), 5-29. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282011000100002>
- Piovesan, F. (2004). Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos. *Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos*, 1(1), 20-47. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452004000100003>
- Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014. (2014). Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
- Rocha, L. P. e Palombini, A. L. (2017). A clínica do Acompanhamento Terapêutico como pesquisa psicanalítica: uma escrita compartilhada entre vários. *ÁGORA* (PPGTP/UFRJ), v.20, p.732-742. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1809-44142017003012>
- Sales, J. M. A. de e Pachú, C. O. (2015). Direitos sociais e as políticas públicas como mecanismo de efetivação. Em C. L. Pacheco(ed.), *Direitos sociais: o artigo 6º da Constituição Federal e sua efetividade*. Campina Grande: EDUEPB.
- Santos Junior, B. dos. (2019). *Direitos humanos priorizados pela justiça*. Natal: DHnet Rede Direitos Humanos e Cultura. Recuperado de <https://www.dhnet.org.br/direitos/dhesc/belisar.html>
- Sousa Santos, B. (2001, maio 21). Democracia convive com fascismo social. *Folha de S. Paulo*. Recuperado de <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc2105200102.htm>
- Terra, E. (2014). *Dicionário da língua portuguesa Ernani Terra* (2a ed.). São Paulo: Rideel.
- Viana, A. L. D., Fonseca, A. M. M. da e Silva, H. P. da. (2017). Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(suppl. 2), e00216516. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00216516>

Wolff, M. P. (2015). *Direitos sociais: fundamentos e política de implementação* (Col. para entender direito). São Paulo: Estúdio Editores.com. (Organizadores: Marcelo Semer, Márcio Sotello Felipe).

Yamamoto, O. H. e Oliveira, I. F. (2010). Política social e psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(número especial), 9-24. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000500002>

Fonte de financiamento: pesquisa financiada com bolsa de Doutorado pelo Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).