Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.8, 2023
ISSN 2178-6925

REFLEXÕES SOBRE O COMPROMISSO ÉTICO-POLÍTICO DA PSICOLOGIA CLÍNICA COM A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

REFLECTIONS ON THE ETHICAL-POLITICAL COMMITMENT OF CLINICAL PSYCHOLOGY PRACTISE TO SOCIAL TRANSFORMATION

Luiza Eridan Elmiro Martins de Sousa

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Mestra em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil

E-mail: luizaeridan@gmail.com

Zulmira Aurea Cruz Bomfim

Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Mestra em Psicologia pela Universidade de Brasília e Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e coordenadora do Laboratório de Psicologia Ambiental da Universidade Federal do Ceará, Brasil

E-mail: zulaurea@gmail.com

Resumo

Este artigo, de caráter teórico-conceitual, objetiva refletir sobre a práxis clínica do psicólogo como instrumento de transformação social. Lança um olhar sobre o fazer do psicólogo clínico em diálogo com a Psicologia Social sócio-histórica, a Psicologia da Libertação e os estudos decoloniais. Sua justificativa se dá no sentido de suprir a escassez de articulações e reflexões sobre as dimensões clínica e social. Para tanto, apresenta-se um breve percurso na história da psicologia que, buscando sua validação científica, adotou teorias e métodos focados no indivíduo, desconsiderando as questões sociais que o atravessam. A partir do método histórico-dialético, em que se baseiam os referenciais teóricos estudados, a práxis clínica surge como possibilidade de mediação entre o sujeito e a sociedade, na qual o psicólogo assume o papel de mediador de uma transformação que é singular e, ao mesmo tempo, coletiva. O compromisso ético-político do psicólogo no combate às injustiças que oprimem e adoecem os sujeitos, aparece como caminho para a superação do modelo biomédico-positivista, orientando para uma práxis clínica crítica e consciente da força dos atravessamentos sociais nas singularidades das pessoas. Bem como do impacto de sua atuação para a transformação da realidade.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Questões sociais; Transformação social.

Abstract

This theoretical-conceptual article aims to reflect on the psychologist's clinical practice as an instrument of social transformation. It takes a look at the work of the clinical psychologist in dialogue with socio-historical Social Psychology, Liberation Psychology and decolonial studies. Its justification is given in the sense of supplying the lack of articulations and reflections on the clinical and social dimensions. To this end, a brief journey through the history of psychology is presented, which, seeking its scientific validation, adopted theories and methods focused on the individual, disregarding the social issues that cross him. From the historical-dialectical method, on which the studied theoretical frameworks are based, clinical praxis emerges as a possibility of mediation between the subject and society, in which the psychologist assumes the role of mediator of a transformation that is singular and, at the same time, collective. The ethical-political commitment of the psychologist in combating the injustices that oppress and make the subjects sick, appears as a way to overcome the biomedical-positivist model, guiding towards a critical clinical praxis and aware of the strength of social crossings in people's singularities. As well as the impact of its work on the transformation of reality.

Keywords: Clinical psychology; Social questions; Social transformation.

1. Introdução

O *clínico* é tido como aquele que se debruça, que se inclina sobre a criatura que sofre. O cliente – *cliens* em latim - é aquele que encontra amparo, aquele que se apóia (SILVA, 2001). Etimologicamente, a palavra clínica (do grego *klinê*) significa leito e se refere à atividade do médico que, à cabeceira do doente, examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento. O termo 'clínico' (do grego *Klinikós*), tem como elemento de composição *klino*, que significa inclinar, ou *kliné*, significando leito. Por extensão, é possível entender que "Clínica" designa a prática da medicina à beira do leito (BEDRIKOW & CAMPOS, 2011).

Foi por volta de 400 a.C. que Hipócrates inaugurou a observação clínica e criou a anamnese, influenciando o paradigma clássico sobre o tratamento das doenças: o de que alguém detém o saber e a chave para saúde e a doença que trata alguém que não tem nem a saúde nem o conhecimento. Em suma, referia-se ao método do médico (sujeito do saber-ativo) de inclinar-se sobre o leito do doente (objeto do saber-paciente) para realizar um exame e avaliação (MOREIRA *et al*, 2007).

De acordo com Foucault, a Clínica nasceu no século XVIII, acompanhando o surgimento da Ciência Moderna, quando a metafísica e a filosofia foram substituídas pelo empirismo. No método empírico, o fato observado passava a

ser mais importante que a explicação da doença. Ele destinava-se a descobrir a doença localizada no corpo do doente e conceitualmente separada da pessoa. Nesse modelo, a Clínica prevê uma doença que “habita” um indivíduo. E sua análise deve ser “neutralizada” e “livre” de tudo aquilo que não se relacione diretamente a ela. Pois, acreditava-seque se o curso da doença não fosse interrompido ou perturbado pelo doente, as leis imutáveis que o determinam poderiam ser descobertas (BEDRIKOW & CAMPOS, 2011).

Ou seja, a Clínica se fundamenta na formação de um campo perceptivo, que se constrói através do exercício de um olhar, capaz de chegar a uma constatação científica. Como se observa uma experiência de laboratório, dirige-se ao que há de visível na doença, a partir de um discurso anteriormente produzido sobre ela. Utiliza-se da linguagem de uma “ciência positiva” e da racionalidade para afastar-se do campo teórico-especulativo. Logo, a ferramenta da Clínica é o empirismo, que buscou suplantar a postura filosófica e a metafísica da Idade Média. E que, junto com o surgimento da Ciência Moderna, fundamentou-se na capacidade de observar as evidências. “A ciência moderna, positiva, constitui o paradigma da clínica, pois define seus problemas, métodos legítimos e modelos [...] no qual se busca forçar a natureza a encaixar-se dentro dos limites preestabelecidos e relativamente inflexíveis fornecidos pelo paradigma” (BEDRIKOW & CAMPOS, 2011, p. 610).

Ao realizar um resgate da história da Psicologia Clínica, Teixeira (1997) afirma que foi no século XIX que se deu a gestação do “espaço psicológico”. Neste mesmo século, o termo “clínica” foi usado pela primeira vez na psicologia por Witmer, em 1896, para referir-se aos procedimentos de avaliação com crianças retardadas e fisicamente deficientes. No início do século XX, assiste-se a um processo de mudança neste modelo de clínica médica. Com as novas tecnologias, aliadas aos conhecimentos acumulados, ela sofreu inúmeras fragmentações. Além disso, houve um deslocamento do lugar do médico, que não visitava mais o leito e o contexto do paciente, mas era este quem deveria ir em busca do profissional “especializado” (MOREIRA *et al*, 2007).

A emergência do capitalismo ante a ruptura com o mundo feudal, ensejou o nascimento de uma subjetividade individualizada e conflitiva, associada à ideia de

natureza humana como fenômeno abstrato e universal. E é neste contexto que nasce a ciência psicológica, junto com a ascensão da burguesia, expressando as ideologias desta classe. Surge como consequência da fratura indivíduo-sociedade produzida pelo capitalismo e pela busca de garantir à Psicologia o *status* de ciência (CANIATO, 2008). Assim, o que se revela é uma psicologia nascida em diretrizes que pouco contribuíram para uma ruptura com o modelo clínico tradicional e para uma formação comprometida com a transformação das condições de vida da população (RIBEIRO e LUZIO, 2008).

Logo, revisitar as lógicas que orientam a práxis clínica, a partir de dos estudos em Psicologia Social sócio-histórica, da Libertação e decoloniais, com base no materialismo histórico e dialético, é reconhecer a realidade como uma totalidade carregada de contradições e que, para entendê-la, é necessário compreender sua historicidade. À luz destes referenciais, este trabalho tem como objetivo refletir acerca da clínica como práxis psicológica, na qual o psicólogo é o mediador de transformação, ao mesmo tempo, individual e coletiva. As reflexões aqui elaboradas se propõem a colaborar com o engajamento ético-político dos profissionais dessa área, analisando suas possíveis contribuições para a transformação da sociedade.

A partir do exposto, este trabalho tenta responder à convocação ética e política de questionar os panoramas teórico-prático e conceituais que, historicamente, têm ligado a práxis clínica a processos de subalternização, controle e dominação. Pois, não há clínica que não seja social, esteja a favor da transformação da realidade ou contrária a ela, nem política que não diga respeito à vida subjetiva de cada indivíduo (ROMAGNOLI, 2006). Ainda mais quando o trabalho sobre si (o autocuidado) tem sido visto como uma das estratégias para se resistir com saúde mental num mundo que a muitos quer exterminar (VEIGA, 2019); exigindo uma atuação voltada ao fortalecimento para o confronto permanente com esta realidade.

2. Revisão da Literatura

2.1 A psicologia clínica e as questões sociais: entre a alienação e a transformação.

Ao tomarmos o contexto da psicologia brasileira, foi ao final da década de 70 que se viu crescer a crítica ao modelo clínico liberal-privatista, arraigado no parâmetro biomédico hegemônico. Nesse período, buscou-se construir uma concepção de clínica preocupada com o social e as dimensões ético-políticas do saber-fazer do psicólogo. Este tomou força na década de 80, no momento em que o acirramento das desigualdades sociais impulsionaram diversos setores na luta por direitos, dentre eles, o movimento de saúde mental. Neste contexto, a dimensão social passou a exigir alguma forma de atenção e cuidado, iniciando um processo de desconstrução da concepção tradicional de clínica (MOREIRA *et al*, 2007).

Este período foi marcado pela passagem de um sujeito compreendido apenas em sua realidade intrapsíquica para um "sujeito em sociedade". A crítica aos métodos terapêuticos ainda arraigados numa postura biomédica e a busca por novas formas de atuação, direcionaram para uma prática psicológica mais comprometida com a realidade social (LIMA *et al*, 2015). A escuta do indivíduo em sua interconstituição com o social, passou a demandar do psicólogo a capacidade de ouvir as preocupações de seu tempo, além de uma postura profissional e ética que não se reduz a um determinado *setting* de atuação ou a determinados sistemas classificatórios de patologias (MOREIRA *et al*, 2007).

As intervenções psicológicas passam a considerar a dialética indivíduo-sociedade, o sujeito psicossocial. Priorizam-se as questões interpessoais em detrimento do tradicional olhar para o indivíduo e para as questões intrapsíquicas (CODO & LANE, 1984). O desenvolvimento humano passa a ser entendido como o desenvolvimento de um indivíduo que, progressivamente, se socializa e, concomitantemente, de um ser social que, dialeticamente, se singulariza. Logo, longe de ser uma série de processos que ocorrem em algum lugar acima e à parte dos processos cerebrais, se trata da própria expressão subjetiva destes processos. Ou seja, as funções psicológicas não existem sem a realidade objetiva (SABEL, 2006).

Para a Psicologia Social sócio-histórica, o mundo psicológico se constitui a partir da relação do homem com o mundo objetivo e coletivo. O materialismo

histórico-dialético relaciona subjetividade e objetividade como elementos constituintes do ser social. Estes são permeados por estruturas ideológicas da qual derivam os elementos de significação e de sentido constituintes do sujeito que procura a clínica. Deste modo, as funções psicológicas são produtos da atividade humana em movimento dialético com a realidade social. Em um processo de construção - recíproco e alternante - entre o indivíduo e o meio sociocultural do qual o sofrimento psíquico emerge como um produto e um processo social, complexo e multifacetado, que se corporifica nos sujeitos históricos em forma de adoecimento (AGUIAR, 2001; CASTRO e MENEZES, 2020).

Nesta perspectiva, o fazer clínico como práxis psicológica orientada para a denúncia à opressão, apresenta-se como resistência histórica ao modo hegemônico de pensar a ciência psicológica, buscando produzir saberes e fazeres capazes de construir condições transformadoras. A ética possível, nesse sentido, é uma ética que se debruce sobre os paradoxos dos sujeitos em sociedade, opondo-se à perspectiva da ordem, do determinismo, da linearidade e do reducionismo, caminhando em direção a complexidade e a emergência criativa de novos significados resistentes à aparente ordem imposta (CASTRO e MAYORGA, 2019).

Uma visão ampliada do sofrimento humano, com a valorização de uma subjetividade constituída em um contexto social, tem orientado para uma atuação mais ampla e contextualizada, possibilitando a compreensão das implicações sociais e de uma práxis psicológica eficaz. Não se trata de se pôr “adjetivos” nas diversas formas de se “fazer clínica”, mas de estremecer as bases de uma práxis moldada na ideologia médica hegemônica, de caráter liberal-individualista-privatista, que não encontra mais terreno na realidade. Que reconheça os impactos das questões raciais, de gênero, sócio-históricas e a força do pensamento colonizador na produção das subjetividades, do sofrimento psíquico e das práticas de atendimento (CASTRO e MENEZES, 2020).

O trabalho clínico que se pretende, encontra seu alicerce nas discussões sobre as práticas clínicas dentro de uma psicologia crítica. Capaz de se reinventar para, assim, auxiliar na transformação social e na diminuição das desigualdades.

Não se trata de trocar a doença pelo doente, mas de ampliar o objeto de saber e de intervenção da Clínica, abrangendo a história e os recursos subjetivos e materiais de cada sujeito enfermo. Pondo em xeque o paradigma da ciência positiva que, partindo das regularidades das doenças, têm dificuldade de abordar a singularidade dos casos e das histórias de vida de cada pessoa. É sacudir as posturas tradicionalmente arraigadas que fizeram (e ainda fazem) com que suas teorias e práticas se tornem, além de ineficazes, imobilizantes e imobilizadoras dos sujeitos. Reprodutoras de relações de dominação que, por muito tempo, validaram e sustentaram o *status* da psicologia enquanto ciência, e enquanto serviço à ser ofertado no mercado capitalista.

Aqui cabe trazer o alerta de Lacerda (2013), para o fato de que a raiz do conflito entre indivíduo-sociedade que leva o sujeito a buscar a clínica é muito mais ampla do que a clínica é capaz de dar conta. Então, é preciso reconhecer que a Clínica em si, não é capaz de resolver esse problema. Sozinha, ela se resume apenas ao trabalho de tornar o sujeito consciente de alguns conflitos que perpassam sua relação com a sociedade, garantindo uma relação menos ruim, ou um pouco melhor, com o mundo. Essa clínica com a função de produzir saúde mental apenas para sobreviver neste mundo miserável, pode até reduzir sofrimento, mas não produz transformação de fato.

No entanto, tem-se que, ao mesmo tempo em que os sujeitos se constituem nas relações de alienação, antagonismo e exploração capitalistas de produção; eles não se reduzem a um mero reflexo dessa realidade. São capazes de mudá-la por meio de suas diferentes formas de objetivação histórica. Segundo Sawaia (2014), o fato de a essência da subjetividade ser o conjunto das relações sociais não lhe tira o poder de atuar sobre essas relações. E apesar de a determinação social bloquear, canalizar e alienar a ação criativa e singular da pessoa; ela não a elimina do processo histórico da humanização do homem. “Em síntese, transformar o mundo não é só compatível com uma reflexão da dimensão subjetiva, como é impossível sem ela” (2014, p. 14).

Pois, o que está em jogo na clínica não são apenas as mudanças individuais, mas a procura por mudanças coletivas e que exigem outro modelo de ação, que não aponte exclusivamente para o sujeito nem tampouco para a

estrutura social, mas para um sujeito historicamente constituído na sua relação dialética com o social. O que torna possível ao psicólogo clínico, que tem como principal tecnologia terapêutica ouvir o sintoma que adoece o sujeito: ouvir o sintoma para ouvir o mundo que o produz (VEIGA, 2019).

2.2 O sofrimento psíquico, ético-político, social e colonial.

A desigualdade social perpetuada pela lógica dominante é produtora de sofrimentos que atravessam o contexto clínico, com os quais o psicólogo se defronta cotidianamente. Isto tem exigido à ciência psicológica uma postura dialética ante os reducionismos que, historicamente, separaram indivíduo e sociedade. Neste sentido, a Psicologia Clínica encontra como desafio integrar suas práticas às necessidades reais da população, superando a segregação entre clínica e social. Repensando seu papel no manejo das condições simbólicas e ideológicas que sustentam as relações entre sujeitos e coletividades em situação de alta vulnerabilidade.

A dor das dinâmicas sociais, que depreciam e invalidam determinados códigos sociais, culturais e experiências de vida, raramente são compartilhadas. Sua expressão sofre censura tanto pelo próprio sujeito quanto pela sociedade, que dispõe de poucos suportes para auxiliá-lo a expressá-los. Nesta ótica, os afetos são relegados a um processo de apagamento e silenciamento, revelando uma lógica de produção da invisibilidade do sofrimento. E o que se observa é o desamparo social promovendo os mais diferentes efeitos, desde o sofrimento humano até a produção em série de vidas desperdiçadas, constatadas em muitas situações experimentadas na clínica (TEIXEIRA, 1997).

De acordo com Werlang e Mendes (2013), o sofrimento social, enquanto patologia das sociedades contemporâneas, refere-se às violências inertes das estruturas econômicas e do choque de interesses, de disposições, de estilos de vida diferentes que apartam classes sócioeconômicas. O sofrimento psíquico emerge deste campo social, sendo um indicador de como as diferenças sociais se inscrevem nas subjetividades das pessoas excluídas. Na total ausência de reconhecimento, o sofrimento vincula-se a uma precariedade e vulnerabilidade

psíquicas que dificultam o reconhecimento de si e do outro como digno da existência dentro de um grupo, produzindo uma resposta psicológica subjetiva à dor de origem social.

O estado de exclusão social se reflete em uma autoexclusão psíquica, acarretando uma alienação e uma dessubjetivação de si. No plano psíquico, o sentido de sentir-se excluído faz com que o sujeito perca a capacidade de exercer sobre si mesmo uma atividade psíquica que mude sua situação de sofrimento. Alienado, o indivíduo não só não reconhece o poder externo que o domina, mas o deseja e se identifica com ele, tornando cada um contrário aos outros, cada qual imaginando satisfazer seu desejo com a destruição do outro, percebido como obstáculo ou um concorrente (CARRETEIRO, 2003).

Para Sawaia (2009, 2014), a desigualdade social caracteriza uma ameaça permanente à existência que produz intenso sofrimento. Ela rompe os nexos entre mente e corpo, entre as funções psicológicas e a sociedade, entre o subjetivo e o objetivo. A relação entre as ameaças provenientes da desigualdade social e as respostas dos sujeitos a elas compõem um "processo psicológico político" poderoso à reprodução da desigualdade: o *sofrimento ético-político.*

Sustentando-se em Espinosa, a citada estudiosa aponta que a força de existência (*conatus*), quando bloqueada, diminui a potência de agir, promovendo uma passagem de uma maior autonomia para uma maior heteronomia. A autonomia é o sentimento de que sou causa interna do que se passa em mim. Sua diminuição produz uma re-ação motivada pelo sofrimento *ético-político*, pondo os homens contrários uns aos outros, o que repercute socialmente na quebra da potência que os unifica.

Acerca deste aspecto, Fanon (2008), em sua obra *Pele Negra, Máscaras Brancas*, ao discutir sobre a economia de trocas na relação dominador-dominado, afirma que, do lado do dominador, existe uma superioridade que precisa sempre ser demonstrada. Seja pela violência, seja pelo demérito do outro; reduzindo-o a objeto sobre o qual se quer ter controle. Essa dinâmica, denominada de "dominação colonial", cria um "inimigo interno" e se processa através de uma operação na economia psíquica que promove uma identificação com o inimigo. No caso, com o branco europeu. A inferioridade e o sofrimento ante o fato de "não ser

um branco" se torna interno ao *self*, agindo como forma de controle.

A relação de dependência dominador-dominado porta um complexo de trocas identificatórias nas quais dominação e resistência se imbricam inexoravelmente. O sofrimento psíquico, enquanto expressão de uma exclusão social profunda, também carrega as marcas da revolta contra a naturalização da experiência de alienação social. No livro *Alienação e liberdade* (2020), Fanon define a loucura como uma "patologia da liberdade", na qual regimes de conflitos impedem a realização do exercício da liberdade e da emancipação. Em seus estudos, observou como dado constante no problema da doença mental: "a incerteza do amanhã e a incúria material favorecem a eclosão dos transtornos do equilíbrio individual e, por decorrência, da inserção harmoniosa no grupo" (l. 829).

Para o pensador argelino, a partir do trauma colonial e do processo de interiorização desse trauma se constrói um complexo de inferioridade, denominado de "falsos complexos". Falsos, pois impostos a um *self* alienado. Deste modo, o tratamento deste sofrimento só pode ser feito se mobilizarmos os horizontes de luta contra o modelo colonial que tem nos discursos médicos os processos de sujeição social promotores de alienação mental (FANON, 2008).

Aproximando-se à ideia dos "falsos complexos" há o conceito de "fatalismo" de Martín-Baró (2017). De acordo com este, os enunciados ideológicos das classes dominantes propalam a paralisação do tempo histórico, a estagnação da sociedade e a inevitabilidade do destino. Em função do processo de ideologização, as pessoas se sentem incapazes de conduzir a própria vida e controlar o próprio destino, restando-lhes a aceitação das determinações externas. Disso resulta a condição de "fatalismo", originada das estruturas sócio-políticas, posteriormente interiorizado e convertido em componente do psiquismo humano. Esta condição é continuamente reforçada pelos sistemas estruturais e ideológicos que condenam as pessoas ao imobilismo e à inércia, fazendo-lhes crer que seus esforços são inúteis, restando apenas conformarem-se (MARTÍN-BARÓ, 2017).

É por meio de um processo de ideologização maciço do sentimento de inferioridade e da condição de fatalismo que as sociedades atuais sustentam seu caráter excludente. Integrando a ideologia das classes dominantes aos processos psíquicos dos indivíduos, obtêm-se uma falência do pensamento, bem como se

molda e se padroniza as expressões cognitivo-racionais do psiquismo (VAISBERG, 2001). Essa “psicologização do fatalismo” converte a estrutura fatalista em traço de caráter e forma de pensamento, responsabilizando os próprios indivíduos pela situação de segregação social na qual se encontram (MARTÍN-BARÓ, 2017).

O fazer clínico do psicólogo não pode continuar se orientando pelo uso tradicional da ciência psicológica, fundamentada e historicamente utilizada, como instrumento de controle social. Controle este que tem servido a quem? Aos interesses de quem? Reproduzir modelos e práticas sem considerar o contexto social é reproduzir uma prática que, além de alienada, é alienadora do sujeito. Ao não olhar para a dimensão conflitiva da dialética indivíduo-sociedade, mais busca uma mudança pontual para que a pessoa se adéque, ou melhor suporte, o conflito inerente a esta dialética, do que transformar a realidade em si. É preciso à Psicologia desalienar e reformular suas intervenções práticas, em especial na Clínica, no sentido de uma atuação que potencialize o sujeito para uma posição ativa. Desmanchar as práticas e estruturas de cuidado em sociedade capitalista que nos torna passivos e, propositalmente, impotentes para transformar as relações de poder estabelecidas.

2.3 A potência transformadora e libertária da práxis clínica.

Segundo Sawaia (2009, 2014) é papel do psicólogo social, e neste fazer incluímos a práxis clínica, atuar no *sofrimento ético-político*. Seu objeto de trabalho é a atividade cotidiana do indivíduo, seus desejos e afetos. Tomando-os como fenômenos sociais e lugar de transformação para o conjunto da sociedade, tendo em vista que o social e o individual são uma única substância. Para a autora, o “trabalho cinzento” do psicólogo social é um processo de libertação individual e, ao mesmo tempo, de libertação coletiva, na medida em que, traduzindo as ações coletivas e individuais, desbloqueia o sentimento que transforma cada indivíduo em parte de um todo maior.

Com a utilização das técnicas psicológicas, sua intervenção possibilita uma atuação objetiva na realidade, a ressignificação da consciência crítica, que se

reflete na ação do indivíduo no meio social. Seja no consultório, na escola ou em qualquer instituição, ele realiza uma intervenção direcionada para produzir transformações no outro e no meio social no qual este se insere (MARANGONI & AIRES, 2006). Com esta ideia corroboram Oliveira *et al.* (2011), para os quais os psicólogos são fazedores de cuidados que se utilizam de relações para produzir efeitos subjetivos nas pessoas.

A partir desta compreensão, a psicoterapia - como a forma recorrente de relação social que se dá nos espaços psicológicos - é um processo dialógico; no qual o psicoterapeuta é um facilitador. Ele tem um papel de mediador, auxiliando na identificação de sentidos subjetivados e na construção de novas produções subjetivas alternativas, que permitam novos processos de subjetivação e novas possibilidades de ação pelas quais o sujeito se torna responsável (GONZÁLEZ-REY, 2001).

Ignácio Martín-Baró (2011) em sua Psicologia da Libertação, critica posições de uma psicologia baseada na crença de que os indivíduos são livres para escolher a qualidade de sua moradia, de seu trabalho, seus comportamentos e as situações de maior ou menor risco para a saúde. Tais posições, além de não dar importância à percepção da desvantagem social como fonte de estresse e desencadeador de doenças, excluem de suas análises as consequências devastadoras que a força social inflinge às pessoas e ao modo como estas respondem aos problemas sociais. Ao psicólogo cabe, no curto prazo, atender os traumas e os conflitos da desintegração social e, a médio e longo prazo, colaborar na edificação social de um homem novo, baseado em necessidades menos individualistas e em objetivos que partam da justa solidariedade (MARTÍN-BARÓ, 2017).

Estando a distribuição da saúde mental vinculada à distribuição de riqueza, o desenvolvimento e a liberdade das pessoas só é possível com o desenvolvimento e a liberdade da sociedade. Para Fanon (2020), “o verdadeiro ambiente socioterápico é, e continuará a ser, a sociedade propriamente dita” (l. 1023). Assim, considera-se possível construir uma práxis clínica que seja efetivamente capaz de, combatendo a massificação de subjetividades capitalizadas, ouvir e atender as demandas dos historicamente excluídos da sociedade e da própria

ciência psicológica.

Ainda segundo o referido autor, cada encontro terapêutico expressa as tensões do mundo. Tensão que provoca uma transformação na construção, pelo cliente, de uma outra forma de objetivar-subjetivar sua realidade. Para além da busca do equilíbrio anterior perdido, o terapeuta deve conduzir o cliente para que retome sua capacidade de construir algo novo e se libertar dos "falsos complexos" que o aprisionam. Ao conduzir o cliente para além dele mesmo, colabora para que retome sua capacidade humana de criar e de transformar a si e a realidade.

De acordo com Sawaia (2014), a transformação social requer agir no *sofrimento ético-político.* Trabalho que se dá pela possibilidade de agir no particular para transformar a sociedade, a partir do método dialético, atuando nos processos de *transformação interna*, mas que têm caráter social. E o processo terapêutico, na sua função premente de mediação na construção de novas simbolizações dos sofrimentos sociais, traz em seu bojo um poder transformador advindo da vivência de igualdade de direitos na prática relacional terapeuta-cliente.

A dialética do singular-universal, sintetizada no *sofrimento ético-político,* admite o ponto de vista do indivíduo singular como expressão, também, do ponto de vista do coletivo. Para Sawaia (2014), este é o espaço ontológico da ação da Psicologia, onde transformações "internas" e "externas" encontram-se representadas, tornando possível que psicólogo e cliente aprendam a criar novos sentidos para suas próprias ações e, ambos, transformem a si mesmos, bem como seus contextos de vida.

Segundo Benevides de Barros & Passos (2004), quando desestabilizamos uma realidade que se apresenta como um campo de forças em aparente estabilidade, inclusive o próprio campo da clínica, o que vemos emergir são processos de produção. A operação analítica freqüente nas intervenções clínicas não é outra coisa senão a desestabilização das formas aparentemente estáveis e heteronomas, permitindo o aparecimento do plano de forças de produção a partir do qual tal realidade se constituiu como movimento. A experiência clínica é a devolução do sujeito ao plano da subjetivação, ao plano da produção, da ação, que é plano do coletivo. "É aí que entendemos se dar a experiência da clínica:

experimentação no plano coletivo, experimentação pública" (BENEVIDES DE BARROS & PASSOS, 2004, p. 160).

Os supracitados autores defendem uma "clínica-política", na qual a direção da clínica é a de devolver o produto ao seu processo de produção. E se o capitalismo se caracteriza por uma forma de assujeitamento da vida, há que se apostar nas formas de resistência experimentadas nos processos de subjetivação, minorando a vulnerabilidade social e o sofrimento psíquico em direção à ampliação da rede de suporte e da autonomia do sujeito.

De acordo com Fanon (2020), a terapia tem um valor curativo e desalienante, porém limitado. Acredita na eficácia das psicoterapias, particularmente, as de grupo ou individuais que, na medida em que, valendo-se das situações sempre concretas e vividas da vida dos sujeitos, permite ao paciente reter ou levar a sua "consciência de enfermidade" ao máximo. E nesse processo, desvelar e desmistificar as "concepções aproximativas" que ele produz sobre seu adoecimento e sobre si mesmo, numa prática desalienante. "Um cérebro doente não pode se tornar são negando a realidade … é no coração do sincopado diálogo estabelecido entre a personalidade global e o seu ambiente que se deve operar a cura, o questionamento ordenado das estruturas patológicas estabelecidas" (2020, l.1903).

Toma como princípio condutor das intervenções psicoterapêuticas o de que a consciência deve ser afetada o menos possível (aqui referia-se às narcoanálise e aos choques anfetamínicos comuns a sua época), visto que não há valor terapêutico na dissolução da consciência, ao contrário, "o serviço clínico está voltado à tomada de consciência, à verbalização, à explicação, ao reforço do ego" (FANON, 2020, l. 930). A psicoterapia aparece como um processo ao longo do qual o paciente mostra, comenta e confronta as próprias respostas aos conflitos. No exercício de tentar se justificar por meio de suas condutas, o sujeito reintroduz a prioridade da razão em detrimento das atitudes fantasmáticas e imaginárias, bem como dos falsos complexos e traumas coloniais. Em consequência, as experiências vividas como perigosas e ansiosas vão perdendo progressivamente seu caráter traumatizante e alienante. E o ambiente de vida não se torna mais "a arena em que a liberdade se vê perpetuamente violada, mas o lugar de exercício

e aprofundamento da liberdade" (FANON, 2020, l. 1031).

A práxis clínica, no encontro terapêutico, ao abrir possibilidades do sujeito para expressar, questionar e criticizar seu sofrimento, produz um choque entre as contradições de uma realidade, muitas vezes, aparentemente imutável, e as possibilidades de transformá-la. Isto se dá por meio de uma relação na qual seja possível ao sujeito tomar sua história (que contém a história de seu adoecimento) nas próprias mãos; delineando um plano ideal de ação diferente do que lhe está imposto e acarretando em sofrimento.

O conceito de práxis, segundo Vázquez (2007), expressa esta unidade entre subjetividade e objetividade, pensamento e realidade, reflexão e ação. Para o autor, o que caracteriza especificamente uma atividade humana, é quando os são atos dirigidos a um objeto determinado, visando transformá-lo, e se realiza como um "resultado ideal" (ou uma finalidade), do qual resulta em um "produto efetivo". Essa capacidade humana de idealizar o resultado real é o que diferencia a atividade do homem de qualquer outra atividade animal. E toda atividade prática está radicada no caráter real e objetivo da materialidade da natureza e da realidade do mundo social, sobre os quais os indivíduos agem, valendo-se dos meios e instrumentos necessários para a execução de sua ação orientada.

A partir dela, abre-se a possibilidade de o sujeito construir um plano ideal diferente - e para além - do que lhe está dado como *a priori*. Sua atuação se dá no espaço entre a situação imediata (geradora de sofrimento), à qual a relação terapêutica mobiliza a conhecer, e a operação ou ação pela qual o sujeito modifica o mundo (superação da situação de sofrimento). A mobilização da capacidade humana de construir um plano ideal mediador da criação de novos mundos possíveis, liberta a ação da dependência da situação imediata que parece imutável. De tal modo que suas ações possam ser determinadas não apenas pela situação na qual se sente aprisionado, mas também por metas e objetivos que estavam fora dela, ampliando o mundo psicológico e o espaço de ação do sujeito.

No entanto, mudanças ditas "internas" são obstaculizadas pelas condições materiais de vida do sujeito. O que torna a clínica, sozinha, incapaz de mediar a construção de planos ideais mediadores de transformações nas realidades concretas. Mesmo a experiência de uma clínica fundada nos princípios de uma

prática engajada, coletiva e transformadora, não é suficiente para a produção da crítica e da mudança social. A construção de novas subjetivações só se faz possível a partir da existência concreta de meios objetivos para realizá-las.

Em suma, os estudos demonstram que a transformação social operada na Clínica não pode ser alicerçada em mudanças pessoais, individualizando a responsabilização pelo sucesso ou fracasso de uma empreitada. Desse modo, é preciso compreender o meio em que se desenvolvem os traumas que ainda persistem nas formas como organizamos os nossos espaços. Um fazer que olha para fenômenos complexos e recorrentes da sociedade brasileira como questões individuais, ou "escolhas" descoladas da realidade social, acaba por orientar suas intervenções, muitas vezes, para a problematização de comportamentos pessoais ou relacionais, reduzindo o foco da atuação (e a própria pessoa) aos sintomas "nervosos" que surgem de uma relação imediatamente dada, ou interpretando relações opressoras e violentas como "crises" passíveis de superação das quais só o sujeito é o responsável.

Logo, dialetizar e problematizar, na clínica, com esta e tantas outras pessoas sobre as questões estruturais que envolvem a relação de opressão e adoecimento que vivenciam em seu cotidiano e construir uma possibilidade de vida para além do que lhe imposto, só é possível com a existência de políticas públicas, de leis e de instituições que tornem viáveis, no plano da concretude, estas problematizações. Como afirmam Kahhale *et al* (2020), para quem uma clínica emancipadora é aquela capaz de conscientizar o sujeito para além do lugar que o sistema capitalista o coloca, e que, a partir deste mesmo lugar, se torne responsável pelas conquistas e transformações de seu contexto de vida. Igualmente, a práxis clínica não pode continuar se guiando por pressupostos que atendam aos ideais da ideologia dominante, que produzem uma ciência descompromissada e alienada das questões sociais e impedem ao fazer clínico atuar como um dispositivo político de emancipação.

3. Considerações Finais

Desconstruir o modelo tradicional de clínica significa lançar um olhar mais

amplo, fundamentado no posicionamento ético e político sobre o mundo social e psicológico dos sujeitos. Longe do positivismo cartesiano que separa indivíduo e sociedade, e que refletem ideologias de dominação e opressão, o método histórico-dialético presente na psicologia social sócio-histórica, da libertação e nos estudos decoloniais apontam para um sujeito constituído na interação com uma realidade atravessada pelas questões sociais, culturais e históricas. Questões essas que, trazidas à clínica, através de queixas, demandas e sintomas, precisam ser consideradas. Não apenas como mero objeto de intervenção, mas como parte de um contexto social que, ao mesmo tempo em que produz sofrimento, é nele que também se encontra sua terapêutica.

Nesta perspectiva, é possível à práxis clínica agir como mediação entre o sujeito e a sociedade, na qual o psicólogo assume um papel de mediador de transformação, ao mesmo tempo, individual e social. A partir disso, a práxis clínica abriga o potencial da transformação social. E a clínica se apresenta como espaço político de transformação social, na qual o profissional de psicologia tem um importante papel de facilitador de novas produções subjetivas, mediando a construção de sentidos que ampliem a consciência do sujeito sobre sua enfermidade e, ao mesmo tempo, sobre a realidade da qual esta emerge.

Consciente da força dos atravessamentos sociais nas singularidades dos sujeitos atendidos e do impacto de sua atuação para a transformação da realidade, a ciência psicológica, em seus mais diversos espaços de atuação, deve ter seus princípios ancorados na dimensão social, ou seja, na concretude da realidade incidindo nos processos de subjetivação. Além de uma postura, uma ética e um olhar para o fenômeno psicológico a partir de um enfoque dialético e não neutro, considerando que as narrativas produzidas pelos sujeitos resultam das vivências que as condições permitem, mas não os determinam.

Referências

AGUIAR, W. M. J. Consciência e Atividade, categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. In: BOCK, A., M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO. O. **Psicologia Sócio-histórica**: uma perspectiva crítica em psicologia. 2a. Ed. São

Paulo: Cortez, 2002, p. 95 -110.

BEDRIKOW, R. e CAMPOS, G. W. de S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2011, v. 57, n. 6 [Acessado 25 Julho 2022], pp. 610-613. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000600003>.

BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar comum**, Rio de Janeiro: n.19-20, p.159 - 171, 2004. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/texto28.pdf

CANIATO, A. Reflexões sobre as implicações ideológicas na psicologia clínica: os interesses em questão e o efetivo atendimento à saúde/doença mental. In: A. V. ZANELLA, M. J. T. SIQUEIRA, L. A. LHULLIER, S. I. MOLON (Orgs.). **Psicologia e práticas sociais**. Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 193-221, 2008.

CARRETEIRO, T. C. (2003). Sofrimentos Sociais em Debate. **Psicologia USP**, v. 14, n. 3, p. 57-72, 2003. doi.org/10.1590/S0103-65642003000300006

CASTRO, L. R. de e MENEZES, J. de A. A economia 'psíquica' importa? Descolonização e elementos subjetivos de re-inscrição social. **Rev. Polis Psique,** v. 10, n. 1, p. 107-122, 2020. dx.doi.org/10.22456/2238-152X.91087

CASTRO, R. D. de. e MAYORGA, C. Decolonialidade e pesquisas narrativas: contribuições para a Psicologia Comunitária. **Pesqui. prát. psicossociais**, v. 14, n. 3, p. 1-18, 2019.

CODO, W. e LANE, S. **Psicologia Social**: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas.** Salvador: EDUFBA, 2008.

FANON, F. **Alienação e liberdade** - Escritos psiquiátricos. São Paulo, SP: UBU Editora, 2020. (e-book kindle)

GONZÁLEZ REY, F. O enfoque histórico-cultural e seu sentido para a psicologia clínica: uma reflexão. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia Sócio-histórica**: uma perspectiva crítica em psicologia. 2a. Ed. São Paulo: Cortez, 2001, p. 193-221.

KAHHALE, E. M. S. P., COSTA, C. M. A. da; MONTREOZOL, J. R. A clínica psicológica: da tradição alienante à potência sócio-histórica do sujeito. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 49, p. 702-718, 2020.

LACERDA Jr, F. Capitalismo dependente e a psicologia no Brasil: das alternativas à psicologia crítica. **Revista Teoría y crítica de la psicología**, v. 3, p. 216-263, 2013. Disponível em: https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/20502

LIMA, M. J., MACEDO, R. M. S de. e CERVENY, C. M. de O. Novas demandas para o fazer do psicólogo clínico no encontro com o social. **Bol. psicol**, v. 65, n. 142, p. 45-58, 2015.

MARANGONI, S. e AIRES, J. M. Q. A psicologia sócio-histórica na formação de psicoterapeutas. **Psicol. Am. Lat**., n. 6, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200014

MARTÍN-BARÓ, I. A desideologização como contribuição da psicologia social para o desenvolvimento da democracia na América Latina. In: F. LACERDA Jr. (Org.), **Crítica e libertação na psicologia**: estudos psicossociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017, p. 81-84.

MARTÍN-BARÓ, I. Para uma Psicología da Libertação. *In*: R. S. L. GUZZO e F. LACERDA Jr. (Orgs.), **Psicologia Social para a América Latina**: o resgate da Psicologia da Libertação. Campinas: Editora Alínea, 2011, p. 101-120.

MOREIRA, J. de O., ROMAGNOLI, R. C. & NEVES, E. de O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 608- 621, 2007. doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004

OLIVEIRA, M. V. de., FILHO, M. G. V. e DIMENSTEIN, M. A ação clínica e os espaços institucionais das políticas públicas: desafios éticos e técnicos. *In*: **V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas - Subjetividade, Cidadania e Políticas Públicas** / **Conselho Federal de Psicologia.** Brasília: CFP, 2011.

RIBEIRO, S. L.; LUZIO, C. A. As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental. **Psicol. Rev.**, v.14, n. 2, p. 203-20, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v14n2/v14n2a13.pdf

ROMAGNOLI, R. C. Algumas reflexões acerca da clínica social. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v. 18, n. (2), p. 47-56, 2006. doi.org/10.1590/S0104-80232006000200004

SABEL, C. S. **A psicologia de Vigotski e o materialismo histórico dialético de Marx e Engels**: relações arqueológicas. *Dissertação de Mestrado.* Florianópolis: UFSC, 2006.

SAWAIA, B. B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 364-372, 2009.

SAWAIA, B. B. Transformação social: um objeto pertinente à Psicologia Social? **Psicologia & Sociedade**, v. 26 (núm. esp. 2), p. 4-17, 2014. doi.org/10.1590/S0102-71822014000600002

SILVA, É. R. da. Psicologia clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas. **Psicol. cienc. prof.**, v. 21, n. 4, p. 78-87, 2001. doi.org/10.1590/S1414-98932001000400009

TEIXEIRA, R. P. Repensando a psicologia clínica. **Paidéia***,* Ribeirão Preto, n. 12-13, p. 51-62, 1997. doi.org/10.1590/S0103-863X1997000100005

VAISBERG, T. M. J. A. A Função Social da Psicologia Clínica na Contemporaneidade. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 3, n. 1, p. 93-99, 2001. Disponível em: http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1103

VÁSQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis.** São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VEIGA, L. M. Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta. **Fractal: Revista de Psicologia** - Dossiê Psicologia e epistemologias contra-hegemônicas, v. 31, n. esp., p. 244-248, 2019. doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29000

WERLANG, R. e MENDES, J. M. R. Sofrimento social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 116, p. 743-768, 2013. doi.org/10.1590/S0101-66282013000400009.