

Clínica ampliada: a atuação da psicologia na atenção psicossocial à população em situação de rua

Henrique F. Alvarez
Kamila S. Patrocínio
Maria Laura S. dos Santos

Resumo

Busca-se, no presente ensaio, estabelecer reflexões acerca do papel da psicologia diante da ruptura existente na relação entre a população que se encontra em situação de rua e as outras camadas da sociedade. Com tal objetivo, inicialmente é descrita parte da trajetória do país no âmbito da saúde mental, sendo apresentado o embate entre o modelo manicomial e a atenção psicossocial. Em seguida, destaca-se esse segundo campo como uma possibilidade de atuação dos psicólogos na construção de outras configurações relacionais para o público em questão, através da definição da clínica ampliada como um cuidado integral, pautado na compreensão da saúde mental como elemento indissociável da realidade material e simbólica em que os sujeitos estão inseridos. A partir dessa noção, são levantadas problemáticas no acesso dessas pessoas aos direitos sociais e às políticas públicas que deveriam garanti-los, apontando obstáculos para a atuação política da psicologia no atual contexto brasileiro. São discutidas também questões acerca do impacto da Covid-19 na população em situação de rua. Por fim, defende-se que a psicologia e os outros saberes envolvidos com essa população devem ao máximo buscar a potencialização desses sujeitos, questionando práticas que se desviem desse objetivo.

Introdução

A lógica capitalista, em que impera a meritocracia e vende-se a ideia de que somos todos iguais, dispomos das mesmas oportunidades e estamos submetidos às mesmas condições enquanto sujeitos livres, paradoxalmente oculta e escancara a realidade de que há uma parcela da população composta por pessoas que, constantemente, sequer são concebidas enquanto sujeitos de direitos, que não possuem acesso adequado aos serviços públicos e vivenciam, no território da rua, uma lógica completamente distinta do cotidiano ‘oficial’ da sociedade, demarcando o que Macerata (2013, p.213) define como “distâncias entre cidades em uma mesma cidade”.

É essencial refletirmos sobre como se torna possível promover uma atuação da psicologia que seja política e vá no sentido contrário do fluxo tradicional do sistema, que conecte as vivências da população em situação de rua ao cotidiano social, criando caminhos entre essas distâncias que não culminem na eliminação das expressões divergentes do que é determinado como normal e adequado. Nesse contexto, a clínica ampliada constitui uma base importante para a construção desses novos paradigmas, desprendendo-se dos espaços tradicionais de atuação e buscando estar em conjunto com os sujeitos em seus cotidianos e nos contextos que os envolvem, em suas diversas e singulares maneiras de vivenciar o ambiente social e a lógica espaço-temporal. Para estabelecer o que seria um acolhimento real das

demandas das pessoas em situação de rua, é necessário ressignificar as próprias noções do que seria o cuidado e de como ele pode ser construído.

A transição de um modelo de atenção à saúde pautado em lógicas individualizantes e normatizadoras, utilizadas com fins de controle e repressão social, para uma atenção que busca destacar os sujeitos em suas vivências é marcada por muita luta no cenário brasileiro. Tais questões permanecem em embate até hoje, uma vez que as conquistas alcançadas pelos profissionais dessa área aliados às camadas populares sofrem constante ameaça daqueles que buscam retomar os interesses das classes dominantes. É o que tem ocorrido em escala nacional desde o impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016, com o projeto de desmonte das políticas públicas de saúde mental incorporado pela “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Cruz, Gonçalves, & Delgado, 2020) – que, na verdade, traz de volta à tona velhos mecanismos que segregam, estigmatizam e ferem diversas vidas.

Para retomar a trajetória construída até o momento anterior a essa mudança no poder, há dois principais pontos a serem destacados. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ocorrido a partir do final dos anos 70, reivindicou o direito à saúde como universal e ressignificou a própria definição do que seria essa concepção, tendo como principal resultado a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição de 1988. Simultaneamente, a Reforma Psiquiátrica passou a fundamentar uma importante reviravolta no campo específico da saúde mental, levantando como pauta a necessidade de uma prática clínica ampliada que fosse voltada para o sujeito ativo dentro de seu contexto e que abdicasse do modelo manicomial (Curvo, Matos, Souza, & Paz, 2018).

Uma atuação política através da clínica ampliada

Ampliar a clínica significa mais do que apenas questionar a prática restrita a um hospital ou a quatro paredes dentro de um bairro de classe média alta. Esse processo implica construir outros olhares, novas práticas e questionar o sistema como está posto. A atuação nessa lógica parte da concepção de que as condições psíquicas dos sujeitos só podem ser consideradas em conjunto com os atravessamentos da realidade material e simbólica que os envolvem. Assim, elementos como as conjunturas econômicas, sociais e culturais dos sujeitos são fatores indissociáveis da compreensão e da ação em saúde.

O cuidado integral considerado sob essa ótica requer o comprometimento ético-político do profissional com o reconhecimento do modo singular através do qual cada vida é vivenciada e a busca pela construção de um sistema que amplie as possibilidades dessa pluralidade de

modos de existir. Isso significa que o planejamento de qualquer intervenção deve partir de um local não hierarquizado do saber, de uma relação em que as próprias demandas são construídas no viver entre os profissionais, os serviços e a população atendida.

A atuação em equipes multiprofissionais também é um elemento importante dessa prática, uma vez que a interdisciplinaridade permite abordar e compreender os múltiplos determinantes de saúde sob diferentes perspectivas. Além disso, como colocam Ribeiro e Goto (2012, p.190) “a finalidade do trabalho também deve ser ampliada para além da cura”. Desse modo, o objetivo da clínica deve ser constituir panoramas e ações que potencializem as vidas em suas diferentes expressões, e que possibilitem novas configurações relacionais para a sociedade justamente a partir do reconhecimento das distintas subjetividades que nela habitam.

Partindo do pressuposto de que não é possível dissociar saúde física e saúde mental, e de que tal conjunto está associado às condições materiais que se apresentam nas realidades dos sujeitos, podemos compreender a atenção à saúde e a assistência social como dois membros de um mesmo corpo. Assim, seja no Sistema Único de Saúde (SUS), no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ou, ainda, em todo o processo de articulação em rede que os une na prática, os fundamentos da clínica ampliada são essenciais como norteadores para a formulação das intervenções realizadas nesses sistemas e para a avaliação constante dos efeitos práticos que tais ações estão desenvolvendo.

Considerando a perspectiva de saúde como “uma via de construção de modos de vida outros” (Macerata, 2013, p.214), tanto para os sujeitos sendo atendidos quanto para a ampliação dos significados compartilhados pela sociedade como um todo, podemos pensar na atuação dos psicólogos junto à população de rua e as especificidades inerentes a ela.

Intervenções com a População em situação de rua: avanços e velhos obstáculos

A população em situação de rua é um fenômeno que ocorre mundialmente, fruto das políticas perversas e exclusivas que gerem a sociedade capitalista. Segundo o artigo 1º, do decreto que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), considera-se como população em situação de rua:

o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto n.7.053, 2009).

Esse decreto instituiu a PNPR e possibilitou o advento de novos serviços na rede de atenção a essa população, como o consultório na rua e o Centro de Referência Especializado

para População em Situação de Rua (Centro POP), aumentando a participação da psicologia nas políticas de atendimento a PSR (Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2015). Ao pensar a atuação da psicologia com a população em situação de rua, é necessário compreender a complexidade que compõe essa prática, os desafios tanto procedimentais quanto éticos-políticos enfrentados pelos profissionais, que se inserem em uma estrutura que baliza sua práxis em estigmas há muito instituídos e diversas vezes não fornece os aparatos necessários para uma potencialização e fortalecimento da subjetividade dos sujeitos.

Os dispositivos supracitados e outros semelhantes surgem voltados à pop rua buscando suprir uma lacuna que há entre essa população e os serviços da rede de saúde e assistência. Mas eles não vêm como uma especialização, um serviço separado a PSR desligado de outros dispositivos, eles emergem como uma ponte, para lidar com a dificuldade dessa população de acessar os serviços, empenhando-se em integrá-la na rede (Macerata, 2013). Mas por que é tão importante a existência de dispositivos que atuem nessa brecha? Para além de sua presença entre os serviços representar um espaço voltado para uma população por muito tempo invisibilizada, há uma atenção às especificidades que envolvem a pop rua, o processo de construção da ponte. Um serviço que se propõe a integrar a população em situação de rua está lidando com um público que enfrenta muitas dificuldades de acesso à rede e precisa:

ao mesmo tempo de uma capacidade de entender e manejar com a fluidez e a velocidade da rua, trabalhar com uma dinâmica própria da rua, e dar conta de construir metodologias e estratégias que permitam que a lógica do serviço possa se conectar com lógica da rua: se os serviços têm um horário de funcionamento, com agenciamentos, horário de acolhimento, muitos moradores de rua não funcionam na ordem deste tempo institucional (Macerata, 2013, p.210).

Esses são desafios práticos que precisam sempre ser considerados nos atendimentos, uma vez que influenciam muito em processos como acompanhamento dos usuários, acesso a tratamentos contínuos nos serviços, entre outros. O território, o endereço da pop rua é a rua, a cidade e isso muito influi na dificuldade de acesso aos dispositivos, principalmente na saúde. Por isso a importância de serviços como o Consultório na rua, que busca trabalhar considerando essas especificidades e promovendo o acesso à rede.

Um grande diferencial se faz no vínculo estabelecido entre as equipes e a PSR, visto que se constrói uma relação mais longa e duradoura, de confiança, possibilitada por esse acompanhamento, que vai além de ações pontuais e considera o contexto, a pessoa e sua subjetividade, um atendimento integral na lógica promoção de saúde como “modo de produzir cidadania: não a cidadania como um modelo do indivíduo moderno, mas cidadania se

aproximando da produção de subjetividade: ampliar os modos de habitar a cidade e os modos de fazer parte da sociedade” (Macerata, 2013, p.214).

As intervenções aplicadas à população em situação de rua ainda hoje predominantemente estão ligadas a padrões que refletem práticas há muito instituídas a essa população. Para esse olhar permeado de estigmas, os caminhos existentes são: uma inclusão que busca moldar modos de vida dessa população ao considerado normal, ou a violência, ligada ao extermínio ou isolamento (Macerata, 2013). Essa inclusão perversa se dá invalidando ou atribuindo como algo ruim os modos de vida desses sujeitos, culpabilizando-os pelas carências que os atingem, de maneira descontextualizada, e buscando uma adaptação, enquadramento da subjetividade e dos seus desejos, ao que é considerado normal ou saudável, pelo moralismo vigente na sociedade, ou seja, basicamente moldá-los ao que quem oferece essa inclusão entende como correto e melhor para sociedade.

São diversas as práticas que podemos pensar sobre esse prisma, como as práticas assistencialistas (muitas delas ligadas a entidades religiosas), que estabelecem uma relação de poder vertical, fazendo julgamentos da situação em que se encontra o sujeito e prestando sua caridade cobrando “força de vontade” para que mudem seus comportamentos. Podemos pensar também que há muita autopromoção e questões de ego nesse campo, estando essas ações de caridade permeadas por interesses dessas entidades muito mais do que por promover a independência e fortalecimentos desses sujeitos. Apesar disso, não podemos deixar de reconhecer o grande espaço ocupado pelo assistencialismo na rede rua, e para além, como sua lógica de trabalho está presente inclusive nos dispositivos públicos, nos profissionais que neles atendem.

Ainda mais específico no campo da saúde mental, podemos pensar nas comunidades terapêuticas como dispositivos permeados pela racionalidade da inclusão perversa. Apesar de fazer parte dos recursos da rede de saúde mental para toda população, é uma ferramenta que muito se utiliza para a retirada de pessoas da rua - devido a muitos terem problemas relacionados a álcool e outras drogas - internando-as em um espaço que preconiza acima de tudo a abstinência mandatória (inclusive de cigarros), o isolamento, além da subordinação a alguma religião. Ao dialogar com a população de rua é possível encontrar pessoas que passaram por diversas internações nesses espaços, e que atribuem memórias muito negativas a eles, mas que na ânsia por cessar o uso de substâncias ou mesmo de um lar temporário, acabam aceitando novas internações.

Outro prejuízo é pensar que políticas como essas são adotadas pelo próprio Governo sem estar em consonância com as diretrizes nacionais, que entendem a pop rua como

integrantes do espaço da cidade, predominando a lógica higienista de reduzir essas pessoas a um problema social que precisa ser afastado e encoberto, colocando-as em comunidades terapêuticas sem se preocupar com o trabalho que de fato será realizado com eles, ou o pós-internação. Ademais, o fato de privilegiar parcerias com a sociedade civil organizada para a execução desse tipo de serviço sugere a descontinuidade de ações promovidas pelo Estado (Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2015), o que pode ser ampliado para se pensar a precarização dos serviços em detrimento não apenas de ações das OSs, mas também das práticas de entidades assistencialistas.

Covid-19 e população em situação de rua: o isolamento dos socialmente isolados

Além destas problemáticas já existentes, este processo se complexificou ainda mais com o escancaramento das desigualdades sociais provocado pelo surto da Covid-19 no ano de 2020. Pouco tempo após o início da crise sanitária, se tornou sabido que o isolamento social é a ferramenta mais poderosa no combate contra o vírus, dessa forma, diversas campanhas acompanhadas do *slogan* “fique em casa, salve vidas” se espalharam por todo o mundo, todavia de qual maneira deve-se indicar o isolamento domiciliar para pessoas cujas residências é a própria rua?

Um estudo realizado por De Paula et al. (2020) descreve, através do método etnográfico acompanhado de entrevistas com PSR, como as vulnerabilidades que perpassam esta população se agravaram com as medidas sanitárias de isolamento. De acordo os autores “o viver na rua depende de “oportunidades” que a própria rua traz, como alimento e dinheiro” (p.02), nesse sentido o esvaziamento das ruas e o fechamento de comércio reverberam na PSR no aumento da dificuldade de obtenção dos insumos mínimos para a manutenção da vida. Ainda nessa linha, outro ponto de suma importância é a estigmatização sofrida pela PSR como transmissores da doença, seja pela sociedade civil, acarretando um aumento exponencial na exclusão desta população da malha social, como pelos próprios profissionais da área da saúde, de maneira a colocar ainda mais barreiras ao acesso à rede de saúde (De Paula et al., 2020).

Seguindo este raciocínio, podemos afirmar que o mito social de que a doença é democrática e que afeta a todos de maneira igual é uma falácia, dados comprovam que as estruturas desiguais de nossa sociedade se manifestam nos números de mortos pelo vírus. De acordo com estudos pessoas em situação de rua com menos de 65 têm de 5 a 10 vezes mais chance de mortalidade por todas as causas que a população em geral (Begget et al., 2013, como citado por Honorato, 2020), no tangente a Covid-19 essa desigualdade dispara saltando de um

índice de 1,9 caso por mil pessoas no contexto da população geral para 46,3 casos por mil pessoas no cenário da população de rua (Honorato, 2020). Esses números, por mais que pareçam distantes, refletem integralmente na subjetividade da PSR. A perda de amigos queridos e de seus pares sociais em decorrência do descaso das políticas públicas de enfrentamento da Covid-19 se cristaliza em um agravamento do sofrimento ético-político já presente nestas vidas. As falas do presidente Jair Messias Bolsonaro de que “é só uma gripezinha” (Sakamoto, 2020) legitimam e representam a política de precarização e invisibilização das vidas periféricas já em vigor no Brasil há anos.

De acordo com Fontes (2010), desde o final da década de 60 o estudo de classes no mundo é substituído por uma ‘pobretologia’, que funciona de maneira a diluir os determinantes estruturais da pobreza e escondê-los atrás de mensurações puramente econômicas. Neste sentido, o que ocorre ao redor do mundo, e principalmente no Brasil, é a criação de uma narrativa política que reduz o problema da pobreza a uma problemática financeira, tirando o foco de que a condição de miséria é, primeiramente, uma violação grave dos direitos humanos. Desta forma, não podemos pensar em uma atuação da Psicologia no contexto de SUAS e SUS alienada desta realidade, a prestação de serviços à PSR deve manter em mente as faltas materiais que corroboram ou originam seu sofrimento psíquico, o histórico da psicologia no Brasil tende para o lado da patologização destes sofrimentos, individualizando questões da saúde coletiva.

Nesta perspectiva, as políticas públicas direcionadas a PSR devem ser concebidas como dispositivos clínico-políticos. Clínico em razão da promoção de uma escuta acolhedora, que viabilize o aparecimento do sujeito de desejos perdido nas necessidades advindas da vulnerabilidade. E político “por questionar e tornar visíveis os regimes de verdade que atravessam determinadas relações de saber-poder que por sua vez produzem assujeitamentos, opressão e sofrimentos” (Gomes et al., 2019, p.55). Assim sendo, o psicólogo deve direcionar sua prática ao questionamento do *status quo* e das normas sociais, bem como do fortalecimento dos sujeitos históricos capazes de transformá-las. É nesse sentido que a inserção do psicólogo nas políticas públicas se estabelece como possível modificador social, a partir da escuta dos ‘sintomas’ individuais causados por esta inserção na malha da humilhação social e da opressão a psicologia aflora com potencializadora destes corpos.

Considerações finais

Após traçada esta perspectiva histórica do cuidado com a PSR e realizadas as devidas reflexões e questionamentos acerca dos desvelamentos práticos que esta historicidade acarretou, produziu-se um espaço frutífero para problematizações que impulsionem as PNPR no sentido de um melhor acolhimento das idiossincrasias da população em situação de rua, rumo à superação da dicotomia existente na inclusão perversa entre práticas violentas e/ou isolatórias.

Neste sentido, defrontados com a realidade adoecedora a que estes corpos estão inseridos, devemos nos distanciar das práticas que corroborem a manutenção desta dita ‘normalidade’, e devemos nos fazer ainda mais presentes neste momento caótico de pandemia, com o intuito de barrar a aceitação social deste ‘novo normal’ no qual as discriminações, as desigualdades e a violação de direitos são trazidas para a esfera do natural. Nas palavras de Costa e Mendes (2020):

Resta a psicologia a contribuição, mesmo que pequena, para a construção de um novo normal, que signifique uma nova sociedade e um novo ser; um novo normal que é produto das mãos, pés, corpos e mentes dos indivíduos que dele necessitam, e com os quais a psicologia se faz; que não seja um novo-velho, que englobe as infinitas possibilidades de ser e existir, e que extraia do passado os aprendizados necessários para a edificação de uma dinâmica livre de qualquer exploração e opressão (Costa & Mendes, 2020, p.16).

Pensando na perspectiva de clínica ampliada, é essencial que todos os profissionais que atendem a população de rua, não apenas os da psicologia, sejam críticos em relação às práticas adotadas, fazendo o possível para não sustentar a manutenção desse modelo de atenção que violenta as subjetividades. Deve-se, sempre que possível, questioná-las, entender os propósitos por trás delas e lutar por políticas que de fato cumpram as diretrizes propostas, buscando a potencialização e fortalecimento desses sujeitos.

Referências

- Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais. (2015). *A psicologia e a população em situação de rua: novas propostas, velhos desafios. Minas Gerais*. Recuperado de <https://redeassocialpg.files.wordpress.com/2016/01/a-psicologia-e-a-populac3a7c3a3o-de-rua.pdf>
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (No prelo). *Pandemia, questão social e as implicações à psicologia brasileira*. Recuperado de https://www.academia.edu/43246027/Pandemia_questao_social_e_as_implicacoes_a_Psicologia_brasileira
- Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e*

Saúde, 18(3). Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00285117.pdf>

Curvo, D. R., Mattos, A. C. V., Sousa, W. de L., & Paz, A. C. A. (2018). Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 10(25), 58-82. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69614/41688>

Decreto n.7.053, de 23 de dezembro de 2009. *Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências*. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm

De Paula, H. C., Daher, D. V., Koopmans, F. F., Faria, M. G. A., Lemos, P. F. S., & Moniz, M. de A. (2020). Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), Rio de Janeiro, RJ. UFF. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s2/pt_0034-7167-reben-73-s2-e20200489.pdf

Fontes, V. M. (2010). *O Brasil e o capital imperialismo; teoria e história*. UFRJ: Rio de Janeiro, RJ.

Gomes, M. de A., Lima, A., Guerra, A. S., Corrêa, B., Nascimento, V. N. do, & Favaretto, V. (2019). Como lidar com os efeitos psicossociais da violência?: o curso de capacitação como um dispositivo clínico e político. In M. L. Lopedote, D. S. Mayorca, D. Negreiros, M. A. Gomes, & T. Tancredi (Eds.), *Corpos que sofrem - como lidar com os efeitos psicossociais da violência?*. São Paulo: Elefante.

Honorato, B. E. F., & Oliveira, A. C. S. (2020). População em situação de rua e COVID-19. *Revista de Administração Pública*, 54(4), 1064-1078. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rap/v54n4/1982-3134-rap-54-04-1064.pdf>

Macerata, I. M. (2013). Experiência POP RUA: implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um dispositivo clínico/político na rede de saúde do Rio de Janeiro. *Revista Polis e Psique*, 3(2), 207-219. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/46178/28740>

Ribeiro, M. E., & Goto, T. A. (2012). Psicologia no sistema único de assistência social: uma experiência de clínica ampliada e intervenção em crise. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(1), 184-194. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v5n1/v5n1a12.pdf>

Sakamoto, L. (2020). “Gripezinha”: Menosprezo de Bolsonaro por coronavírus o tornou cúmplice. Recuperado de <https://noticias.uol.com.br/colunas/leonardo-sakamoto/2020/03/20/gripezinha-menosprezo-de-bolsonaro-por-coronavirus-o-tornou-cumplice.htm>