

PLANTÃO PSICOLÓGICO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA INTERVENÇÃO POSSÍVEL EM TEMPOS DE CRISE

Celina Maria Aragão Ximenes¹
Geoane Santos Nascimento²
José Passos Gomes Fontes³

RESUMO: Este artigo pretende apresentar alguns recortes de ações clínicas em Psicologia junto a pessoas em situação de rua. Tais ações resultam da participação de estudantes de Psicologia em projeto de extensão desenvolvido a cada 6-seis meses, no município de Aracaju-SE. O projeto surge como proposta de clínica ampliada numa perspectiva fenomenológica existencial ao modo de Heidegger. Por “clínica ampliada”, diferente da proposta apresentada pelas Políticas Públicas de Saúde no Brasil⁴, entendemos aqui como o compromisso ético do psicólogo atento às demandas emergentes na atualidade, de modo criativo, inovador ou diferenciado no modo de abordagem ao sofrimento humano. Acreditamos que ir ao encontro do outro em situação de rua, tende a provocar nele reflexões que lhe permitam pensar a si mesmo, pondo em questão o seu projeto de vida.

Palavras-chave: Psicologia Clínica; Plantão Psicológico; População de Rua; Fenomenologia Existencial.

ON DUTY PSYCHOLOGY IN STREET SITUATIONS: A POSSIBLE INTERVENTION IN TIMES OF CRISIS

ABSTRACT: This article intends to present some fragments of clinical actions in Psychology with the homeless people. These actions result from the participation of Psychology students in an extension project developed every 6-six months, in the city of Aracaju-SE. The project emerges as an extended clinic proposal into an existential-phenomenological perspective in the

¹ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica (UNICAP), Docente Psicologia Clínica do Curso de Psicologia da Faculdade Pio Décimo.

² Discente do Curso de Psicologia da Faculdade Pio Décimo.

³ Discente do Curso de Psicologia da Faculdade Pio Décimo.

⁴ A Política Nacional de Humanização (PNH), implantada pelo Ministério da Saúde, em 2003, como uma nova proposta político-pedagógica de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), previa em seu escopo a criação de uma “clínica ampliada”, ainda em vigor nos dias atuais. Nesse contexto, a “clínica ampliada” opera envolta nos seguintes princípios: na capacidade de conceber o doente de modo singular; no compromisso ético de profissionais e gestores junto aos usuários dos serviços de saúde; na busca de ajuda desses agentes em outras redes de saúde (intersectorialidade); no reconhecimento dos limites do conhecimento dos profissionais da saúde, das suas ações e tecnologias empregadas; e finalmente, na tentativa de equilibrar o combate à doença com a promoção de vida. (Brasil, 2009)

A National Humanization Policy (PNH), implemented by the Health Ministry in 2003, as a new political-pedagogical proposal for the management of the Unified Health System (SUS), predicted in its scope the creation of an "expanded clinic" still used nowadays. In this context, an "extended clinic" works surrounded by the following principles: on the ability of conceiving patients in a singular way; on the ethical commitment of professionals and managers to the health services users; in the search for help of these agents in other health networks (intersectoriality); On the recognition of the limits of knowledge of the health professionals, their actions and technologies applied; and finally, in the attempt to balance the fight against illness with the promotion of life. (Brazil, 2004)

manner of Heidegger. By "extended clinic", different from the proposal presented by Public Health Policies in Brazil¹, we understand it as the ethical commitment of the psychologist attentive to the emerging demands of today, in a creative, innovative or differentiated way in approach to human suffering. We believe that meeting those people in a homeless condition tends to provoke reflections that allow him or her to think of themselves, questioning their life project.

Keywords: Clinical Psychology; On duty Psychology; Street Population; Existential Phenomenology.

INTRODUÇÃO

Há quase duas décadas do novo século, ao lado dos grandes avanços científicos e tecnológicos alcançados em diferentes partes do mundo, vivemos, paradoxalmente, uma expressiva crise social, política, econômica, religiosa, cultural, pondo em risco a qualidade de vida de pessoas e outros organismos vivos. Em meio a essa desconcertante realidade, vivemos uma crise de valores, onde o homem parece ter se tornado cada vez mais refém de si mesmo. Num mundo marcado por intensos e acelerados conflitos de interesses, sobretudo, econômicos, assistimos a quadros de violência e desigualdade em diferentes contextos e segmentos da sociedade. Na família, no trabalho, na religião, nas ruas, nas periferias das grandes e pequenas cidades, nas escolas, nas instituições de saúde pública ou privada, aqui e ali, ouvimos prantos de dor. De um lado, há aqueles que presos ao consumo exacerbado, esbanjam luxúria e indiferença frente àqueles que não têm suas necessidades básicas atendidas. Abastados ou não, todos parecem sofrer, seja pela escassez de recursos materiais, seja por não encontrar em tais recursos, um sentido de vida. Esvaziado de sentido, o homem tende a render-se ao sofrimento, apresentando estados de adoecimento. Nos últimos tempos, o medo, a apatia, a ansiedade, a angústia intensa, a depressão, o transtorno de humor, a síndrome do pânico, a esquizofrenia, e tantos outros comprometidos estados; parecem compor a vida humana.

Dentro e fora do ambiente familiar, cresce a cada dia o número de pessoas que envoltas em problemas financeiros, afetivos, de saúde _ parecem sofrer de intensa angústia. Desesperadas ou desesperanças, essas pessoas transitam pelas ruas, encobrimo ou revelando as suas dificuldades. Muitas delas, não tendo com quem compartilhar ou não se sentindo à vontade para expor os seus dramas diários, parecem transitar perdidas nos espaços públicos. Surge-nos, portanto, uma questão: No nosso cotidiano, quem são essas pessoas? Afinal de

contas, no atual contexto, encontram-se perdidas e desamparadas apenas a “população em situação de rua”?

A população em situação de rua pode ser definida como um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados e interrompidos, a vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento. (Governo Federal, 2008, p.9)

Nesse universo, chama-nos especialmente a atenção a realidade vivida por pessoas que distantes do ambiente familiar, escolhem a rua como principal espaço de sobrevivência no movimento de constituição de seus modos de ser. Muitos são aqueles que se sentindo extremamente desconfortados em suas relações, abandonam o convívio familiar. Ameaçados ou rejeitados por seus familiares, tendem a buscar novos espaços onde se sintam talvez mais seguros e motivados a investir em si mesmos. Apesar dos riscos que envolvem viver provisória ou permanentemente em situação de rua, essas pessoas, de algum modo, parecem se sentir emocionalmente mais seguras e confortáveis.

De acordo com a pesquisa nacional censitária e por amostragem da população em situação de rua, feita em 2007 e promovida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, esta população é predominantemente masculina e os principais motivos que levam essas pessoas a morarem nas ruas são problemas relacionados ao uso de álcool e drogas (Governo Federal, 2008).

Dados mais recentes, fornecidos pela Secretaria Municipal da Família e da Assistência Social do município de Aracaju (SEMFAS), através de pesquisa realizada em 2014 pelo Centro Especializado de Referência para População em Situação de Rua (Centro Pop) _ apontam que cerca de 400-quatrocentas pessoas estão em situação de rua nesse município. Segundo os pesquisadores, essas pessoas passam o dia todo nas vias públicas em busca de dinheiro e comida; muitas delas não têm para onde retornar no final do dia, permanecem na rua, junto às marquises, praças ou em barracos improvisados.⁵ Nos últimos tempos, acreditamos que esse número aumentou consideravelmente em razão da expressiva crise política e econômica por que passa o país.

⁵ Prefeitura Municipal de Aracaju. Secretaria Municipal da Família e da Assistência Social (Semfas) www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=leitura&codigo=57937 Acesso em 14/06/16.

Preocupados com essa realidade, inspirados na “Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua”, de iniciativa do Governo Federal (2008) que prevê a construção e implementação de políticas públicas direcionadas a este segmento da sociedade; apresentamos a nossa proposta, incluindo como público-alvo cidadãos comuns que apesar de não integrarem a “população em situação de rua”, assim como esta, parecem experienciar forte sensação de desamparo e ausência de sentido em virtude dos efeitos da crise do nosso tempo.

Impactados com essa realidade, pensamos a clínica psicológica numa perspectiva que nos permita ir ao encontro de pessoas que transitando nos espaços públicos e que possivelmente não tendo tido acesso a atendimento psicológico em consultório particular, clínica-escola de psicologia ou nas redes públicas de saúde; podem ser acolhidas em seus atuais momentos de vida.

Estando ou não socialmente excluídas, muitas pessoas vivem boa parte do tempo em situação de rua, seja no trajeto para o trabalho, em direção a diferentes instituições (escolar, religiosa, familiar), ou mesmo vivendo em espaços públicos. A rua surge, assim, como espaço comum a todos, onde o público e o privado se misturam. Nesse sentido, entendemos que a rua deve ser vista não apenas como espaço de circulação de pessoas, mas como horizonte que lhes possibilita transitar e fazer o seu existir. Nesse espaço onde as pessoas vão se definindo, permanecendo fixadas em sentidos dados ou em busca de sentidos outros, acreditamos ser possível abordá-las num convite que lhes permita compartilhar seus atuais momentos de vida.

TEORIZANDO O PLANTÃO PSICOLÓGICO EM SITUAÇÃO DE RUA

As supervisões clínicas em psicologia, imersas num modo de pensar objetivante, tendem a privilegiar o conhecimento técnico do futuro profissional em detrimento do conhecimento vivido (Figueiredo, 1992). Apesar das “Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Psicologia” (CNE/CES, 2004) sugerirem o atendimento às demandas emergentes no atual contexto da clínica psicológica, as abordagens clínicas tendem a continuar regidas por um olhar distanciado do que nos revela o humano em sua concretude e historicidade. Diante disso, recorreremos a Löhr e Silvaes (2006) que problematizam a formação acadêmica em psicologia no Brasil, afinal de contas,

o que tem feito a graduação em psicologia para dar conta desse novo cenário? Frente a essas novas demandas, como pode ser concebida a clínica-escola? Terá ela acompanhado tais mudanças? Contribui para a formação dos futuros psicólogos, desenvolvendo as habilidades que esta nova estruturação social requer? Que habilidades são estas? (p. 15)

As referidas autoras (2006) nos convidam a questionar a importância das clínicas-escola face a essa nova configuração dos cursos de psicologia no país. Esses serviços, adaptados ao modelo de clínica-médica apresenta uma infraestrutura semelhante a esta, projetada em espaço ideal para garantir conforto e segurança aos usuários. Nesse espaço, estima-se que seja mantido silêncio e um tipo de conduta que evite a interrupção abrupta das intervenções propostas. “Em alguns serviços de psicologia, a exigência do uso de jaleco durante o atendimento, por vezes, dá-nos a impressão de que se opera em ambiente hospitalar, salvo a ausência de cheiro de éter, do uso de medicamentos ... específicos da área médica”. (Ximenes, 2016, p. 51) Por vezes, nesse contexto, o estagiário é orientado a valer-se de um fazer muito semelhante ao das ciências médicas.

Löhr e Silveiras (2006) sugerem, assim, que nos desvinculemos da clássica noção de clínica-escola como espaço destinado, quase que exclusivamente, ao treinamento em psicoterapia individual, restrito a reprodução de técnicas e aplicação de saberes teóricos. Colados às demandas regionais, sem, no entanto, negligenciarmos o clássico modelo proposto, interessa-nos redimensionar a formação do profissional de psicologia, oferecendo a ele outras perspectivas de intervenção que lhe permitam atuar preventivamente em clínica-escola e na saúde pública. Alertam-nos as autoras (2006):

[...] considerar a clínica como uma das possibilidades de inserção profissional, porém não a única ou a melhor, pode facilitar a abertura para o conhecimento de outros contextos de aplicação do conhecimento psicológico, permitindo ao futuros psicólogos que, utilizando seu potencial criativo e sua capacidade de construção de novas perspectivas, estejam sempre abertos para o que a ciência tem de mais rico e promissor, que é a sua capacidade contínua de construção e atualização, sempre podendo se superar e, com seus conhecimentos, beneficiar cada vez de forma mais efetiva a comunidade que dela necessita. (p. 21)

Nesse sentido, destacamos que, dentro e fora de algumas clínicas-escolas de psicologia no Brasil, esse movimento tem ganho representatividade há algum tempo, à medida que têm apontado outras modalidades de intervenção, atentas às necessidades da população excluída. Dentre as mais inovadoras intervenções nesse campo, Linares (2001) destaca o plantão psicológico. A exemplo disso, traz como referência o plantão psicológico implantado no Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP), do Instituto de Psicologia da USP, no final da década de 60 e o da Clínica-Escola da PUC-Campinas/SP, no ano de 1994, ambos ainda em vigor.

Distanciando-se do modelo tradicional, diferentes clínicas-escola no país vem aderindo a oferta de plantão psicológico. Acolhendo a um outro público, destacamos o plantão psicológico proposto pelo curso de psicologia da Fafich/UFMG junto à comunidade interna da

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Num outro contexto, destacamos ainda o plantão psicológico direcionado a políticas públicas desenvolvido por estagiários do curso de psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), desde 2009. (Vieira e Boris, 2012)

Para Gomes (2008) outros estudos revelam a experiência de plantão psicológico em hospitais psiquiátricos (Cautella, 2004), escolas (Mahfoud, 2004), universidades (Peres; Santos; Coelho, 2004) e clínicas-escola (Cury, 2004a, 2004b; Schmidt, 2004). Afirma Morato (1987) que o plantão psicológico, fundamentado na abordagem centrada na pessoa, propõe uma relação terapêutica baseada na escuta atenta, empática, com ênfase na experiência que o outro apresenta.

Historicamente, o primeiro “Plantão Psicológico” foi implantado pelo Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), no ano de 1969, tendo como coordenadora a Profa. Rachel Rosenberg, que na ocasião pretendia oferecer atendimento diferenciado aos usuários do serviço, submetidos a longas filas de espera. Muitos são aqueles que em virtude da escassez de recursos no âmbito da saúde pública, deixam de ser acolhidos em seu sofrimento.

Na década de 80, em sua primeira exposição a respeito de plantão psicológico, o Prof. Dr. Miguel Mahfoud (1987) teceu a seguinte comentário: “A expressão plantão está associada a certo tipo de serviço, exercido por profissionais que se mantêm à disposição de quaisquer pessoas que deles necessitem, em períodos de tempo previamente determinados e ininterruptos.” (p. 75) Etimologicamente, a palavra “plantão

[...] vem do francês *planton*, cujo significado é um soldado a serviço que permanece fixo ou em pé em um lugar, sempre em estado de alerta. Daí a palavra também designar os serviços noturnos em hospitais, fábricas, jornais, etc. Um outro sentido que vem do verbo plantar originado do latim *plantare* significa introduzir um vegetal na terra para criar raízes, isto é, ficar parado, estacionado. Trazendo para a idéia do plantão psicológico podemos entender como um estar disponível diante de um organismo vivo que cresce e precisa ser cuidado (Tassinari, 1999 citado por Rebouças e Dutra, 2010, p. 23).

O plantão psicológico, não mais restrito ao contexto de clínica-escola, surge como uma modalidade de atendimento psicológico breve destinada a pessoas que se encontrando à margem da sociedade, são atendidas no momento em que estão necessitando, independente da demanda apresentada. (Mahfoud, 1987)

A atitude do plantonista consiste em procurar ajudar a pessoa assistida a apropriar-se de si mesma, destacando aí o seu momento de vida. Interessa, portanto, compreender e acolher a experiência desta no momento do encontro. A proposta do plantão consiste em aceitar manter-se junto ao cliente no momento presente, na problemática que emerge, promovendo

uma melhor avaliação dos recursos disponíveis, ampliando, assim, seu leque de possibilidades. (Mahfoud, 1987 citado por Rebouças e Dutra, 2010).

A eficácia do plantão psicológico não está condicionada à resolução da problemática apresentada, uma vez que o foco não é a queixa, mas o mundo vivido da pessoa assistida; a função do plantonista é oferecer um *continenti* que permita a essa pessoa refletir e buscar novas maneiras de lidar com as suas dificuldades. (Cury, 1999) Apesar do plantão apresentar muitos limites, servindo como espaço de acolhimento e de informações, auxilia a pessoas a ter uma maior autonomia e esclarecimento acerca de sua realidade social e de seus direitos enquanto cidadão. (Rebouças e Dutra, 2010)

Refere Morato (2006) que o plantão psicológico, à medida que foi sendo proposto em outros contextos além da clínica-escola, passou a assumir outras configurações no seu modo de funcionamento. Dependendo cada vez menos de uma estrutura ou *setting* terapêutico, com vistas a uma disponibilidade mais efetiva, os plantonistas abandonaram gradativamente suas concepções prévias do que definiria um atendimento clínico. O plantão tornou-se situacional, configurado como um modo clínico de estar com o sofrente. Assim, “[...] não era mais necessário um pedido explícito, uma "queixa", ou uma "demanda"; era preciso apenas procurar uma escuta.” (Morato, 2006, p. 6)

Nas instituições, os plantonistas, gradativamente, foram firmando-se como a própria sede do Plantão, na medida em que aconteciam em áreas das instituições de grande circulação; aconteciam publicamente: não havia isolamento acústico, muito menos visual, por ocorrerem em meio aberto, sem quaisquer estrutura que definisse o *setting*. Nesses Plantões, os atendimentos sustentavam-se entre fala/escuta tensional do plantonista e do sofrente: uma modalidade da clínica psicológica não estruturada tradicionalmente para atender agilmente demandas com *caráter emergencial*, marcado pela temporalidade estrita, mas sim marcada pela *pro-cura urgencial do sofrente*. (Morato, 2006, p. 6-7)

O plantão psicológico surge, portanto, como uma modalidade de atendimento que parece exigir do psicólogo disposição afetiva para lidar a todo instante com o imprevisto, o não planejado, o que foge à regra; noutros termos, o que difere da tradição em termos de intervenção clínica em psicologia, qualquer que seja a abordagem teórica que a norteie. Lidando com o inusitado, o plantonista deve estar atento à experiência do outro, de modo a encaminhar ações clínicas.

Diante do exposto, entendemos que o plantão psicológico em situação de rua, seja junto a “população de rua” ou a cidadãos comuns que transitam nas vias públicas, surge como mais um possível espaço de acolhimento ao humano.

Enquanto rua, quero ressaltar que se trata de uma intervenção que se dá fora de um local definido enquanto um imóvel, um prédio (seja ele qual for: clínica, hospital, consultório, escola etc.) e dentro de locais de circulação pública (mesmo que o público ainda esteja apenas no desejo do tratamento e mesmo que esse espaço público ainda se restrinja a uma residência) (Caiaffa, 1991, p. 93)

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua estabelece diretrizes que possibilitem a reintegração dessa população ao seu meio familiar e comunitário, bem como o acesso aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros e a promoção de oportunidades de desenvolvimento social pleno, levando em conta as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua. (Governo Federal, 2008).

Um dos grandes desafios a serem enfrentados na construção de uma política nacional para inclusão social da população em situação de rua está na conceituação do próprio termo visto que a diversidade de grupos e suas diferentes localizações, bem como a heterogeneidade desta população e das condições em que se encontram, dificultam uma caracterização homogênea. Um exemplo típico desta situação é a existência de pessoas que não têm endereço fixo e pessoas que têm moradia, porém passam a maior parte do tempo nas ruas (Ferreira, 2005 citado por Governo Federal, 2008).

De acordo com Silva (2006 citado por Governo Federal, 2008) há vários fatores motivadores da existência de pessoas em situação de rua. São eles:

Fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social); fatores biográficos (alcoolicismo, drogadição, rompimento dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens), além de desastres em massa e/ou naturais. (p. 3)

Nesse sentido, comenta Lanceloti (citado por Brasil, 2012) que comumente “vemos o problema como se nele se esgotasse a pessoa” (p. 27). Com isso, resalta que é sempre repetido, por exemplo, que o problema não é o crack, é a vida. Isso sinaliza que geralmente o que se quer é resolver o sintoma, e não a questão fundamental. “As questões fundamentais podem ser entendidas e encaminhadas a partir da vinculação, que, muitas vezes, é a melhor medicação, pelo menos para começar” (p. 27). Tal colocação nos remete a uma reflexão acerca do papel do psicólogo, enquanto profissional que tem no cuidado a pessoas em situação de rua uma possibilidade de atuação.

Quanto a isso, recorremos a Baptista (2000) que nos chama a atenção para a formação universitária de alunos de Psicologia, sustentada em um trabalho de modelagem dos futuros psicólogos em que evidencia-se práticas teórico-técnicas amparadas em modelos de pensamento privatizantes e individualistas. Os alunos aprendem que a subjetividade deve ser

sempre apreendida e referenciada mediante tecnologias que excluem, ou que não priorizam questões e transformações históricas, sociais e políticas. Esse autor salienta que “o dia-a-dia exposto nos jornais é abafado nas salas de aula dos cursos de Psicologia” (p.16). A temática do oprimido, da justiça social são faladas no âmbito acadêmico, porém as práticas cada vez mais compactuam com as formas simbólicas e concretas de violência, nas palavras do autor (2000):

A cada momento, em nossas práticas profissionais, o Brasil é diluído de suas contradições, dando lugar a um liberalismo que prega a liberdade de expressão, de crença de livre iniciativa econômica. Ao mesmo tempo, o oculto de nosso cotidiano, o imperceptível aos olhos, e a existência de uma sociedade de classes cada vez mais dividida continuam esquecidos. Liberdade dentro da Ordem parece ser o lema deste novo momento, embora esta mesma Ordem exclua a complexidade, a contradição, o trágico e o poético do dia-a-dia. Somos profissionais da liberdade, não da Ordem. Este é o discurso que tentam nos fazer acreditar. (p. 16)

METODOLOGIA

No primeiro encontro de supervisão, os alunos interessados em compor o “Projeto de Rua”, foram convidados a participar de uma sensibilização através de exposição do documentário brasileiro “Estamira” (2004); num segundo momento, após a discussão do filme e a apresentação do projeto de extensão, aqueles que aderiram a proposta foram orientados a fazer a leitura de textos sugeridos pela supervisora.

No primeiro mês, a supervisora propôs a discussão de temáticas centrais, tecendo articulações com a realidade vivida da clientela que seria acolhida após o segundo mês. Envoltos em discussões teóricas e de cunho filosófico, supervisora e estagiários refletiram sobre a atitude fenomenológica no modo de abordagem *in loco*. Por “atitude fenomenológica” entendemos a disposição afetiva de acolher, provisória e perspectivamente, sentidos de ser que emergem nas experiências imediatas.

As intervenções foram iniciadas na segunda semana de setembro/16, estendendo-se até a segunda semana de dezembro/16.

Semanalmente, às segundas-feiras, das 16:00 às 17:00 hs., os estagiários encontravam com a supervisora em espaço público previamente acordado, o qual ficou definido como sendo a Praças Olímpio Campos e Fausto Cardoso e Rua do Turista, localizadas no centro da cidade de Aracaju-Se; nesse mesmo dia da semana, momentos após as intervenções, aconteciam os encontros grupais de supervisão na IES aonde estavam vinculados.

Na primeira ida ao espaço público, os participantes foram orientados a não fazer nenhum tipo de intervenção, atendo-se exclusivamente a conhecer o lugar, observando-o. Cada estagiário foi orientado a logo em seguida fazer o seu registro em Diário de Bordo. Aun (2005)

destaca que o Diário de Bordo surge como possibilidade de contemplar, pela escrita, a experiência trazida pela narrativa de um protagonista, permitindo compartilhar uma experiência vivida e sentida. “Um diário é narratividade, o modo próprio de se dizer do homem, lançando-se de seu repouso em direção ao sentido de si mesmo, como ação de dizer” (Aun, 2005, p. 31).

A partir do segundo encontro, a dupla de alunos, uma vez dispersa, deveria estar atenta ao que acontecia no espaço público. Nesse transitar, o estagiário, sentindo-se à vontade para aproximar-se de alguém que a princípio demonstrasse estar disponível para contato, assim o faria. As intervenções breves individuais, de no máximo 01-uma hora, foram inspiradas na abordagem fenomenológica existencial ao modo do pensar heideggeriano (Critelli, 1996; Barreto, 2013; Sapienza, 2007).

No momento da abordagem, de maneira sucinta, o estagiário apresentar-se-ia informalmente e falaria da sua proposta, destacando o sigilo profissional previsto no Código de Ética Profissional do Psicólogo; instante em que procuraria saber se a pessoa abordada teria interesse de abrir-se para um diálogo informal. Estando disponível para tanto, o estagiário iniciava a sua intervenção. Durante a permanência dos estagiários no local, a gestora ficava transitando pelos arredores, acompanhando à distância, as ações clínicas.

Findado o tempo previsto de intervenção, o grupo composto por supervisor e estagiário retornava ao local aonde houve o encontro inicial. Logo em seguida, no horário estimado das 17:00-18:00, cada estagiário se dispunha a fazer o seu Diário de Bordo, que ao final do semestre letivo, deveria compor parte do seu Relatório Final de Estágio. No total, foram confeccionados 14 Diários de Bordo. Logo a seguir, apresentaremos alguns fragmentos de registros feitos em tais Diários.

ALGUNS RECORTES DE AÇÕES CLÍNICAS EM SITUAÇÃO DE RUA⁶

Recorte 1

“A violência na rua é menos assustadora que a violência doméstica”

“Caminhando pela praça, observei uma mulher de boa aparência, porém um pouco desprovida. Chamou-me a atenção o fato dela estar assentada no meio fio da praça, sozinha. Ao me aproximar dela, uma vez tendo me apresentado, perguntei se ela gostaria de conversar um pouco. Com a expressão de olhar vazio, ela aceitou e disse que se chamava Fátima, tem 41 anos e que no dia anterior àquele, tendo vindo do interior do Estado, decidiu sair de casa sem

⁶ De modo a manter o anonimato dos participantes, os nomes aqui expostos são fictícios.

avisar o companheiro. Comenta, com riqueza de detalhes, que sofria de agressões físicas e verbais no ambiente doméstico. Também relatou que na casa dos pais, era muito violentada pelos irmãos que dizia que ela era ‘prostituta’. Diz Fátima: *‘Isso fazia eu sofrer muito, ao ponto de preferir morar na rua’*. Fátima informa que conviveu com esse companheiro há 4 anos, tendo ficado muito decepcionada porque ele a traiu com outra. Disse também que veio a Aracaju para ficar distante de todos da família. Perguntei como ela estava se sentindo naquele momento. Ela respondeu: *‘Apesar das dificuldades da rua, estou bem melhor do que antes. Não quero voltar para casa, porque lá não tenho paz’*. Noutro momento, acrescenta: *‘Tenho medo de morrer estando na rua, mas preciso enfrentar o momento’*. O estagiário solidariza com a atitude de Fátima, questionando se ela tinha certeza da escolha que estava fazendo. Notando clareza e convicção na sua narrativa, encoraja-a a seguir adiante. *‘Uma vez que você parece estar decidida a dar um outro rumo na sua vida, o que pretende fazer a partir de agora?’* *‘Ainda não sei’*, respondeu ela. Aparentemente estava calma e entristecida, revelando que não tinha almoçado ainda naquele dia. Quando terminei, a supervisora veio ao nosso encontro, momento em que expus a situação de Fátima. Informamos que bem próximo dali havia uma ONG destinada ao abrigo temporário de mulheres em situação de vulnerabilidade, que ela poderia estar recorrendo naquele momento. Passamos o endereço e a convidamos para fazer um lanche numa padaria a poucos metros dali, ela aceitou e optando por levar o lanche, nos despedimos desejando a ela felicidades nessa nova fase de vida.

Recorte 2

“A rua como um espaço de distração”

“Avistando um senhor assentado no degrau da calçada da Catedral Metropolitana, fui ao seu encontro, fiz a saudação inicial e me apresentei. Percebi um certo acolhimento no olhar e sentei ao seu lado. Falei do projeto de clínica na rua, ele falou que era interessante. [...] Gedásio, viúvo, diz ter convivido 22 anos com sua esposa falecida há 3 anos. *‘Tenho saudade dela, principalmente à noite quando estou em casa sozinho’*. Toma remédio controlado para pressão arterial, diabetes e depressão. Reside num município próximo à capital. Ele disse que estava gostando da conversa, porque não tem amigos, é um homem solitário. *‘Venho para a praça pra me distrair um pouco’*. Essa intervenção durou cerca de 30 minutos, tempo em que Gedásio pôde falar um pouco do seu luto”.

Recorte 3

“Um homem sem nome”

“Caminhando em direção a um homem que parecendo ter meia idade, comia biscoitos, ao me aproximar dele, identifiquei-me como estagiário de psicologia. Disse que se ele desejasse conversar um pouco, estaria à sua disposição. Não suportando o pouco tempo de silêncio, questionei: Como é seu nome? Ele disse: ‘Não tenho nome’. Qual a sua idade? ‘Não sei’. Tem familiares? ‘Não’. Onde você mora? ‘Na rua’. Pouco tempo depois, para a minha surpresa, disse ser uma ‘pessoa feliz’ vivendo em situação de rua e que poderia ficar mais tempo ali conversando comigo. Foi um brevíssimo diálogo de aproximadamente 10 minutos, o suficiente para me deixar intrigado com aquela história e logo encerrar a intervenção. Daí nos despedimos”.

Recorte 4

“A experiência de desemprego e a forte sensação de desamparo”

“Encontrei um homem com 53 anos, casado com uma mulher que tem dois filhos de outra relação. João trabalhava de carteira assinada numa empresa. Desempregado, agora trabalha de pintor e toma conta de carros estacionados nas proximidades de um clube localizado na zona sul da capital. Afirma sofrer pela grande dificuldade de conseguir um outro emprego. No meio da sua fala, comenta: *‘Tenho muito medo de ficar doente para ser cuidado por outras pessoas’*. Num outro momento de vida, disse que cuidou da sua mãe e de um tio quando ficaram doentes. *‘Fiz uma experiência profunda ao cuidar da minha mãe com muito zelo e amor’*. João diz que desde que a sua mãe faleceu, ela conversa com ele, tranquilizando-o. Ainda assim, João se diz assustado com a violência na cidade e evita amizade que venha a comprometer a vida dele”.

Recorte 5

“Revelando preferências sexuais”

“Caminhando na mesma direção, encontrarei Júnior, um rapaz de 40 anos, solteiro, natural do estado da Bahia, reside em Aracaju há aproximadamente 8 anos. Diz se sentir sozinho em casa e que, boa parte do tempo, dedica-se ao trabalho. Após falar detidamente sobre a sua profissão, pontua que não pretende conviver com mulher alguma e que se considera uma pessoa muito reservada. Já perto de nos despedirmos, Júnior se afastou um pouco num movimento de recuo, momento em que me aproximei dele na intenção de entender o que queria dizer. Prontamente, revelou: *‘Gosto de homem e de mulher’*. Daí, pareceu sentir-se à vontade em dizer que teve uma relação com um amigo quanto tinha 15 anos, que este se casou, e desde então, não mais

se encontraram. Estendendo-se um pouco mais, comenta: *‘Ainda não saio com todo mundo, mas prefiro mais homem’*”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propor ações clínicas em situação de rua, aqui entendida como espaço livre destinado ao uso comum dos cidadãos e à circulação de veículos; representa para nós um grande desafio. Distantes de um espaço relativamente seguro e confortável que tradicionalmente caracteriza o *setting* terapêutico (sala de atendimento reservada, mobília, ausência de ruídos e qualquer tipo de interrupção), comumente sentimo-nos deslocados, caminhando em espaço impróprio. Estando expostos em situação de rua, somos convocados a transitar experiências que, por vezes, impacta-nos no contato com pessoas que ali vivendo ou estando de passagem, compartilharam conosco sofrimento. Aqui e ali ecoavam entristecidas e desesperantes vozes que refletem experiências de perda decorrentes seja da morte de um ente querido, de situação de desemprego em tempos de crise, maus tratos vividos em ambiente doméstico etc. Aquelas vozes, ao revelarem momentos de vida de pessoas comuns, ecoavam em nós como movimento em busca de sentidos outros, momentos em que procurávamos encaminhar as suas narrativas.

Da experiência vivida, acreditamos que a situação de rua muito nos aproxima da condição mais própria de desamparo, devolvendo-nos a possibilidade de refletirmos sobre o nosso lugar no mundo. Acolher pessoas com histórias tão singulares pareceu superar as adversidades que, em momentos, a situação de rua nos impunha. Afinal de contas, fazer acolhimento nesse espaço implica na possibilidade de abertura e desprendimento no modo de lidar com alguns conceitos instituídos na clínica psicológica, dentre os quais destacamos especialmente a ideia de técnica. Acreditamos que uma “clínica ampliada” no âmbito de uma psicologia ao modo de Heidegger pretende acolher de modo singular a experiência humana em seus adoecidos ou mesmo saudáveis modos de ser, em diferentes contextos. Numa proposta de acolhimento ou de cuidado com o outro, as técnicas psicológicas, até então, priorizadas como ferramentas que visam alcançar determinados fins, deram espaço a ações clínicas emergentes no próprio ato da relação. Desse modo, entendemos que a “clínica ampliada” prevê a emergência de modalidades outras de intervenção psicológica (não convencionais), de caráter preventivo ou de tratamento, dentro ou fora de instituições e/ou organizações, junto a pessoa ou grupo.

Acolher anonimamente pessoas em situação de rua em breve período de tempo, instiga-nos a pensar que uma proposta de clínica ampliada é possível e necessária, uma vez que nos convida a tecer reflexões que despertem no graduando e profissional de psicologia, o

compromisso ético com uma população que comumente encontra-se à margem dos poderes públicos, experienciando estados de sofrimento.

Do trabalho desenvolvido, assim preocupados com o acolhimento aos muitos estados de adoecimento humano, destacamos a importância da Psicologia, especialmente nos cursos de graduação no país, investir massivamente em ações clínicas direcionadas às Políticas Públicas. Por fim, pontuamos que esse escrito não encerra as muitas possibilidades de compreensão do fenômeno investigado.

REFERÊNCIAS

Aun, H.A. (2005) *Trágico avesso do mundo de uma narrativa psicológica numa instituição para adolescentes infratores*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Brasil (2012) *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua/* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. www.189.28.128.100/dab/docs/publicações/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf Acesso em 10/10/16.

Brasil (2009) *Clínica ampliada e compartilhada/* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/clinica_ampliada_compartilhada.pdf Acesso em 05/06/16.

Baptista, L. A. S. (2000) *A fábrica de interiores: a formação psi em questão*. Niterói: EdUFF.

Barreto, C.L.B.T. (2013) Reflexões para pensar a ação clínica a partir do pensamento de Heidegger: Da ontologia fundamental à questão da técnica. In C.L.B.T. Barreto, H.T.P. Morato & M.T. Caldas (Orgs.) *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica*. (pp. 205-230) Curitiba: Juruá Editora.

Caiaffa, R.A. (1991) O acompanhante terapêutico e a rua: O social como constitutivo do acompanhamento. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org.) *A rua como espaço clínico: Acompanhamento terapêutico*. (pp. 93-100) São Paulo: Escuta.

Conselho Nacional de Educação (CNE)/ Câmara de Educação Superior (CES) (2004) *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia*. Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de maio de 2004, Seção 1, p. 16.

Critelli, D. M. (1996) *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC: Brasiliense.

Cury, V. E. (1999) Plantão psicológico em Clínica Escola. Em M. Mahfoud (Org.) *Plantão Psicológico: novos desafios* (p. 115-116). São Paulo: Companhia Ilimitada.

- Figueiredo, L.C. (1992) Sob o signo da multiplicidade. *Cadernos de subjetividade*, 1, 89-95.
- Gomes, F.M.D. (2008) Plantão Psicológico: novas possibilidades em saúde mental. *Revista SPAGESP*, 9(1), pp. 39-44.
- Governo Federal (2008) Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua./Grupo de trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua, instituído pelo Decreto s/n., de 25/10/2006. Brasília, DF: Governo Federal. Disponível em: www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf Acesso em 14/11/16.
- Linares, R. (2001) Plantão psicológico, novos horizontes. *Estudos psicológicos*, 18(1) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2001000100008> version=html. Acesso em 17/10/16.
- Löhr, S.C. & Silvaes, E.F. (2006) Clínica-escola: Integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In E.F. Silvaes (Org.) *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. (pp. 11-22) Campinas: Alínea.
- Mahfoud, M. A. (1987) Vivência de um Desafio: plantão psicológico. Em R. L. Rosenberg (Org.) *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa* (p. 75-83). São Paulo: EPU.
- Morato, H. T. P. (2006) *Pedido, queixa e demanda no Plantão Psicológico: querer poder ou precisar?* VI Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição – Psicologia e Políticas Públicas. Vitória, ES: UFES. Disponível em: www.usp.br/coseas/.../Morato%20-%20Pedido,%20queixa%20e%20demanda.pdf. Acesso em 26/06/16.
- Morato, H.T.P. (1987) Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP: aprendizagem significativa em ação. In R.L. Rosenberg (Org.). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. (p. 75-83) São Paulo: EPU.
- Prefeitura Municipal de Aracaju (2014). Semfas mapeia população de rua de Aracaju. Secretaria Municipal da Família e da Assistência Social (Semfas) Disponível em: www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=leitura&codigo=57937 Acesso em 14/06/16.
- Rebouças, S.S. & Dutra, E. (2010) Plantão psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(1), pp. 19-28.
- Sapienza, B. T. (2007) *Do desabrido à confiança: Daseinsanalyse e terapia*. São Paulo: Escuta.
- Vieira, E.M. & Boris, G.D.J.B (2012). O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3), 883-896.
- Ximenes, C.M.A. (2016) *“Tirando os sapatos”*: uma supervisão clínica em psicologia como meditação de peregrinos. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE.