



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL**

**O SUJEITO PARA ALÉM DO USUÁRIO: A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO COMO
ESTRATÉGIA DE SUBJETIVAÇÃO
THE SUBJECT BEYOND THE USER: THE CONSTRUCTION OF THE BOND AS A
STRATEGY TO THE SUBJECTIVITY**

Salvador
2014

O SUJEITO PARA ALÉM DO USUÁRIO: A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO COMO ESTRATÉGIA DE SUBJETIVAÇÃO

Autor: Fernanda de Castro Correia¹
Orientadora: Ms. Ludmila Lopes da Fonsêca²

Resumo

O presente artigo se propõe a analisar as contribuições do profissional de psicologia no Serviço Especializado em Abordagem Social. Este serviço constitui um dos componentes da Proteção Social Especial de Média Complexidade do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e é responsável pela identificação, de forma continuada e programada, nos territórios, da incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras situações. Considerando que a inserção profissional no campo das políticas públicas é recente e ainda repleta de desafios valorizamos publicações que analisam experiências, bem como discussões contemporâneas acerca desta prática. Nesse sentido, identificamos que a despeito de se tratar de uma política tipificada no âmbito da assistência, uma das principais contribuições do *profissional psi* neste contexto diz respeito à promoção de saúde, compreendida de forma ampliada, complexa e dinâmica, através do olhar atento a aspectos subjetivos que possibilitam o estabelecimento de vínculo, bem como a construção de espaços de encontro. Observamos que técnicas, propostas e posições pré-definidas estabelecem barreiras ao contato que interferem diretamente na execução do cuidado. Em virtude das limitações desta produção, será dada ênfase à atuação junto à população em situação de rua e propomos considerar o sujeito para além do usuário, desnaturalizando posições passivas e valorizando potencialidades.

Palavras-chave: Psicologia. População em Situação de Rua. Vínculo. Abordagem Social. Políticas Públicas.

THE SUBJECT BEYOND THE USER: THE CONSTRUCTION OF THE BOND AS A STRATEGY TO THE SUBJECTION

Abstract

This article aims to analyze the contribution of psychology's professional in the Specialized Service for Social Approach. This service is one of the components of the Special Social Protection of Medium Complexity of the Unified Social Assistance System - SUAS and is responsible for identifying, in a continuous and scheduled basis, at the territories, the incidence of child labor, sexual exploitation of children and adolescents, street situation, among other situations. Considering that the professional insertion in the field of public policies is recent and still full of challenges we value publications that analyze experiences as well as contemporary discussions about this practice. In this sense, we found that despite being an assistance policy, one of the main contributions of psychologists in this context concerns the promotion of health, understood in a broad, complex and dynamic way, through close look at subjective aspects that enable to establish a bond as well as the construction of meeting spaces. We note that technical, pre-defined proposals and positions set barriers to the contact that directly interfere in the implementation of care. Considering the limits of this production, emphasis will be given to the people in street situation and we propose to consider the subject beyond the user, denaturalizing passives positions and valorizing potentialities.

KEYWORDS: Psychology. Homeless population. Bond. Social approach. Public Policy.

¹ Psicóloga - Faculdade Social da Bahia.

² Psicóloga, Mestre em Educação e Contemporaneidade, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

O SUJEITO PARA ALÉM DO USUÁRIO: A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO COMO ESTRATÉGIA DE ASSUJEITAMENTO

1 PRIMEIRAS LETRAS

“Aprendi que é impossível conviver sem estabelecer vínculos que humanizem e facilitem o encontro.”
(Julio Lanceloti)

O campo das políticas públicas nos impulsiona a estabelecer relações e práticas cada vez mais complexas onde, nós profissionais da psicologia, somos constantemente desafiados e confrontados por embates éticos em um vasto leque de possibilidades de atuação. As atividades práticas têm mostrado a necessidade de ultrapassarmos as barreiras das demandas pressupostas, em uma tentativa de atuação junto ao usuário que não se limite à intervenção direta no problema, concebendo de forma ampliada a concepção de promoção de saúde. É necessário levar em conta que o usuário é ativo em seu processo de saúde e adoecimento, porém, que este sujeito se constitui em diversos espaços, compostos por complexas redes de trabalho, relações e subjetividade. Entende-se, portanto, que uma atuação comprometida deve buscar compreender melhor estes espaços na tentativa de integrar esses múltiplos contextos.

Independente da orientação teórica a ser seguida, cada vez mais se discute sobre a responsabilidade social inerente à profissão e a necessidade de aproximação da categoria às políticas públicas de saúde, educação e assistência social. No âmbito da saúde, as políticas mais atuais tendem a ser favoráveis a práticas integradas, nas quais sejam fortalecidas redes de relações entre sujeitos implicados no ato do cuidado. No âmbito da assistência não se dá de forma diferente:

O SUAS, a partir de seu modelo de gestão e diretrizes, busca romper com uma história de caridade e benevolência e se constituir como sistema que articula, orienta e oferece consistência à política pública, propondo instaurar um processo que inclua os saberes de cada território e suas formas de resistência. (SUSIN L., POLI M.C., 2012)

A inserção neste novo campo vem sendo discutida e construída pelos profissionais e órgãos representativos da profissão e aos poucos estamos conquistando nosso lugar. Apesar de não possuímos muitas técnicas e práticas exclusivas, o nosso olhar sobre os aspectos subjetivos e a problematização de lugares naturalizados nos confere uma atuação e uma forma perceber os movimentos muito peculiar. Através de uma escuta atenta e implicada podemos discutir a naturalização de algumas práticas e conceitos

engessados, estigmatizadores e moralizantes que muitas vezes culpabilizam os indivíduos por sua situação de vulnerabilidade social, legitimando relações de poder e reforçando visões e posições sociais que impedem estes usuários de se tornarem sujeitos.

...inevitavelmente depara-se com a afetividade, a qual, quando não é considerada, é olhada negativamente como obscurecedora, fonte de desordem, empecilho para aprendizagem, fenômeno incontrolável e depreciado do ponto de vista moral. Esses atributos, que se cristalizaram em torno da afetividade ao longo da história das Ciências Humanas, recomendam-na como conceito desestabilizador da análise psicossocial da exclusão. Uma vez olhada positivamente, a afetividade nega a neutralidade das reflexões científicas sobre desigualdade social, permitindo que, sem que se perca o rigor teórico-metodológico, mantenha-se viva a capacidade de se indignar diante da pobreza. (SAWAIA, B. (org), 2008)

Propomo-nos analisar as contribuições da Psicologia junto ao Serviço Especializado em Abordagem Social, com enfoque na atuação junto à população em situação de rua. Acreditamos que mesmo no âmbito da assistência social, nossa categoria tem um compromisso com a promoção de saúde. Apostamos na construção de vínculo e na escuta comprometida com o sofrimento do outro, como principal estratégia de construção de autonomia, eficácia, resolutividade e empoderamento destes indivíduos. A construção conjunta através de intervenções personalizadas transforma a relação paternalista entre o profissional e o usuário, conferindo-lhe então, status de sujeito, ativo e munido de possibilidades.

2 MÉTODO

Para alcançar os objetivos previstos neste projeto, adotei, como procedimento metodológico, revisão de literatura, através da pesquisa bibliográfica, envolvendo identificação e fichamento de trabalhos acadêmicos, arregimentados a partir do acesso ao banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Psi) e da Biblioteca Virtual de Revistas Científicas Brasileiras (SCIELO), além de consultar os diretórios de grupos de pesquisa credenciados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o Domínio Público da CAPES. Cabe salientar que no banco de teses da CAPES, apenas nove publicações apareceram a partir das palavras “psicologia e população em situação de rua”. Associando Psicologia e Políticas Públicas, foram encontradas 107 publicações. Para População em Situação de Rua foram disponibilizados 40 registros. Não foram encontradas publicações que associassem diretamente a Psicologia ao Serviço Especializado em Abordagem Social. Utilizamos

ainda como fontes de pesquisa legislações vigentes e publicações de órgãos representativos da profissão como o Conselho Federal de Psicologia. Desta forma, este estudo se faz relevante devido ao baixo volume de publicações sobre a temática, podendo vir a contribuir como aporte teórico para esta prática ainda pouco discutida.

3 O PSICÓLOGO NA POLÍTICA PÚBLICA: LOCALIZANDO A PRÁTICA ENQUANTO PROMOÇÃO DE SAÚDE

“Historicamente, a atuação das (os) psicólogas (os) esteve restrita à Psicologia Aplicada, executada em consultórios particulares, escolas e empresas, cujo acesso era restrito àqueles que dispunham de recursos para custear” seus serviços (CFP/CREPOP, 2013, p.9). As instituições frequentemente estavam a serviço da Psiquiatria e a prática se submetia a uma lógica médica biológica e patologizante. Contudo, há que se considerar que nos anos 70 e 80 um segmento da profissão se fez presente na luta de movimentos sociais históricos, com destaque para a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Nos anos 90, após aprovação da Constituição de 1988, muito se avançou no que concerne à democratização da saúde pública, dos direitos humanos e sociais. O advento do SUS trouxe consigo novos conceitos e paradigmas que colocaram a atuação dos profissionais de saúde em xeque, como a integralidade, equidade, universalidade, transversalidade, atuação interdisciplinar e transformação. As políticas públicas se transformaram em novo campo de atuação cuja inserção tem sido pauta recorrente de discussão nos órgãos representativos da psicologia, bem como tema de seminários e congressos.

Atualmente, a Psicologia dispõe de conhecimentos para a atuação em equipes multidisciplinares, desenvolvendo ações coletivas com usuários, familiares, redes sociais e comunidades. A principal contribuição do trabalho do psicólogo é proporcionar a não alienação do paciente no processo saúde-doença, não exclusão de seu ambiente social uma vez que a vida social é fator importante no processo de recuperação. Assim, a Psicologia atua com foco na atenção, promoção, prevenção de saúde, não apenas nos casos de doença, mas nas ações que visam melhoria da qualidade de vida. (CFP/CREPOP, 2013)

Porém, esta inserção dos psicólogos nas políticas públicas não se dá de forma tão simples. O contato com a vulnerabilidade, fragilidade, situação de extrema pobreza a que alguns serviços nos impõem foge não só à tradição da atuação profissional clínica e individualizante como nos provoca um mal-estar, nos coloca em confronto com

limitações e medos pessoais e subjetivos, muitos deles recalçados³, como mecanismo de defesa. Estar presente em alguns espaços e conviver com determinadas realidades é propiciar o retorno desse recalçado que para alguns é insuportável. Onocko em seu livro *Psicanálise e Saúde Coletiva* propõe uma discussão muito interessante que reforça que “as pessoas, os trabalhadores de saúde, também agem movidas por reações inconscientes, que elas próprias desconhecem, e sobre as quais não detêm o controle” (ONOCKO, 2012, p. 83). Segundo Kaës (1991), a instituição funciona para o psiquismo como asseguradora de funções da vida social e psíquica (como a mãe) “é uma das razões do valor ideal e — necessariamente persecutório — que ela assume tão facilmente”. (apud. Onocko, 2012)

... os sujeitos “necessitam” identificar-se favoravelmente com a missão do estabelecimento no qual trabalham, acreditar que seu trabalho tem um valor de uso (Campos, 2000). Quando o contexto de trabalho põe entraves à tarefa primária, seja por falta de recursos humanos, de materiais ou por excesso de autoritarismo gerencial (Campos, 2000), os sujeitos valem-se de estratégias defensivas para atenuar o próprio sofrimento psíquico. Algumas delas: apelo excessivo à ideologização, somatização, burocratização, desenvolvimento de estados passionais. . . (ONOCKO, 2012)

Mas qual a relevância destas colocações para este estudo? Qual a ligação do tema exposto com a prática junto às pessoas em situação de rua? Como psicologia pode contribuir para a identificação destes processos? Tentaremos ao longo do texto clarificar um pouco estas questões.

Para a Organização Mundial de Saúde “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, desta forma, torna-se inapropriado pensar saúde sem compreendê-la de forma ampliada, considerando os usuários como sujeitos biopsicossociais, seres complexos que devem ser observados e tratados de forma plena e integral. A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), criada em 2003 tem como objetivo qualificar práticas de gestão, atenção e cuidado em saúde, através de mudanças éticas e políticas, atitudes e posturas inovadoras e comprometidas que favoreçam a coparticipação, interdisciplinaridade, autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos.

³ “Para Freud, o recalque designa o processo que visa a manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio psicológico do indivíduo, transformando-se em fonte de desprazer.” (ROUDINESCO, 1998, p. 647)

É na interação entre os diferentes Sujeitos da equipe (justamente valorizando essas diferenças) que se poderá mais facilmente fazer uma clínica ampliada. No entanto, isso não é fácil. Lidar com diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe é um aprendizado coletivo. Depende fortemente da gestão (participativa ou co-gestão). (BRASIL, 2008)

Nesta perspectiva e com o compromisso de ampliar o acesso aos serviços de saúde, para contemplar cada vez mais os diferentes públicos e singularidades de espaços, gêneros e territórios, as políticas públicas têm passado por reformulações e os profissionais têm sido submetidos constantemente a reavaliar suas práticas e principalmente a inová-las na tentativa de contemplar as novas demandas. Embora a criação do SUS represente um indiscutível avanço no que diz respeito à democratização e ampliação do acesso aos serviços de saúde, ainda há muito que se construir para que este seja de fato universal, integral, pensado de forma territorializada⁴ e com uma atenção justa e sem preconceitos. No que diz respeito à população em situação de rua, podemos observar que este público não se adapta aos protocolos clínicos tradicionais e cabe aos serviços e profissionais a criação de estratégias que nos aproximem deste encontro.

Uma das estratégias pioneiras de aproximação desta população foi a intervenção proposta pelas equipes de Redução de Danos⁵, prática e conceito que servem como aporte teórico a novas políticas contemporâneas de intervenção, principalmente as que se propõem ao estudo e tratamento das toxicomanias. Inicialmente tratava-se de uma estratégia da Saúde Pública que buscava minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo.

Um dos aspectos fundamentais desta estratégia é o fato de perceber a despeito da pobreza, da fragilidade ou vulnerabilidade do público, que há sempre nos espaços potencialidades, singularidades culturais e de desejos e é com esta concepção que devemos trabalhar. A tradicional forma de ação impositiva e padronizada tende a não funcionar, é a partir do encontro, da escuta atenta, da valorização deste diferente, de seu

⁴ A noção de território à qual nos referimos diz respeito não somente ao espaço físico, como à dimensão simbólica, expressa por aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos, bem como à dimensão existencial, que diz respeito aos modos pelos quais o território ganha sentido a partir de cada história pessoal, ou seja, produz subjetividade. (LANCETTI et al, [s.d.])

⁵ Não se pretende neste artigo aprofundar ou pormenorizar esta questão, apenas introduzir como pano de fundo e princípio norteador de atuação a concepção ampliada do termo, compreendido, portanto, como uma estratégia que possibilita ao sujeito minimizar as consequências adversas de comportamentos e hábitos nocivos a ele, bem como as consequências destes em sua relação com a sociedade.

potencial cultural, da construção conjunta que se torna possível a promoção da saúde. Presumir conhecimento ou investir em práticas prontas assistencialistas e imediatistas não permite a construção, nem favorece o protagonismo e autonomia do sujeito, muito pelo contrário, o coloca sempre em posição de objeto, na qual o sujeito desprovido de recursos aliena seu desejo ao desejo do outro, permitindo-se fazer objeto de intrusões agressivas que os desqualificam, através da presunção e obrigatoriedade de uma posição passiva e resignada que não permite a apropriação de suas vidas, nem a responsabilização por aspectos que lhe cabem no tratamento.

De imediato pode-se perceber que para “se humanizar na saúde”, as iniciativas não deveriam ser direcionadas para o enfrentamento de atitudes e comportamentos individuais considerados inadequados, muito embora se possa avaliar que elas produziram algum efeito. As consequências de tal oferta, muito provavelmente, seriam a produção de uma discursividade moral, a qual recairia sobre os sujeitos como prescrição de um “modo certo de se fazer”. Na perspectiva dos processos de formação isto redundaria em exercício de ação pedagógica “transmissionista”, prescritiva, com oferta de estratégias de capacitação e treinamento. (BRASIL, 2010)

Uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS é o acolhimento, este se caracteriza por uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas. “Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema”. (HENNINGTON, 2005)

Acredita-se que o acolhimento seja um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde, sendo, portanto, de extrema importância o estudo de seu conceito e o aperfeiçoamento de sua prática. Usuários que enfrentam situações de vulnerabilidade e risco apresentam demandas bem específicas que exigem um maior preparo e qualificação da escuta. O acolhimento de tais usuários deve também ser qualificado, buscando sempre estar o mais integrado possível às políticas públicas e sociais que o suportem. Em seu livro *Clínica Peripatética* (2014), Lancetti propõe através da descrição de experiências práticas bastante inovadoras, uma prática em movimento, de contato, voltada para “a conexão com pessoas, atividades e locais, depois do colapso que o surto provoca” (LANCETTI, 2014, p.29). A eficácia do acolhimento deve se dar através da ruptura em relação a práticas segmentarizadas e burocráticas, e estar à disposição da escuta do sofrimento de quem precisa.

É necessário colocar em jogo uma escuta implicada com o retorno ao rumo do próprio desejo desses pais e mães objetualizados, dessas

crianças. Devolver uma cota de responsabilidade a quem lhe cabe, dar valor à palavra, tentar fazer contratos, combinados com essas pessoas e não dar tudo já resolvido e normatizado. Saber que sim, que é possível que em momentos de muita fragilidade, uma família (um pai, ou uma mãe) esteja em situação de não poder, mas tomar isto sempre como uma condição provisória. Estar atentos aos sinais de potência, estimular sua percepção. Resignificar o que eles sim sabem ou sim podem. Pensamos que essa aposta com o outro em sua condição de ser humano, em sua capacidade de fazedor de outra cultura, de reinventar o desejo com o outro, (“o desejo é o desejo do outro” aponta em certo sentido à necessidade de sua construção coletiva), é a oferta que desde uma certa ética e uma escuta respeitosa podemos realizar. (ONOCKO, 2012)

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2011a). Os Consultórios na Rua (CnaR), foram instituídos por esta política e integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Suas diretrizes de organização e funcionamento foram definidas pela Portaria 122 do Ministério da saúde.

Observando que as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo, representa-se um desafio à efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade. (BRASIL, 2012)

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua in loco. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Existem três modalidades de funcionamento dessas equipes que obedecem a diferentes critérios no que diz respeito ao número de profissionais. Poderão compor os CnaR as seguintes profissões constantes do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional,

Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, 2011b)

A proposta dos Consultórios na Rua considera em sua formulação a antiga estratégia das Equipes de Consultório de Rua, bem como as propostas da Estratégia de Saúde da Família com equipes específicas para a atenção integral à saúde da população em situação de rua. Um dos objetivos dessa equipe é a realização de uma “abordagem ampliada, que possibilite a essa população o acesso ao cuidado da sua saúde como um direito, e não mais como uma “caridade” ofertada.” (BRASIL, 2012, p.32) São inúmeros os entraves para realização deste trabalho, primeiramente porque uma das características deste público é a circulação constante, desta forma, o vínculo com os usuários é uma importante ferramenta para que não só a equipe do CnaR se torne referência, como também as equipes das UBSs.

Os vínculos são inclusivos, importantes não tanto em programas e projetos, mas no existir para o outro. A população de rua está cansada de ser tratada de maneira fria e tecnicista, não se estabelece vínculo que humaniza em atendimento compartimentalizado onde a pessoa é encaminhada, e não acompanhada, onde se transforma em dados, fichas e deixa de ser o que é: pessoa. [...] Vínculo exige perseverança e permanência, estabilidade que gera segurança, previsibilidade mesmo nos desafios que enfrentamos no dia a dia do trabalho e do viver. Vínculo revela conhecimento e reconhecimento. Não estranheza, mas pertença! Só quem pertence ao nosso mundo de significados estabelece vínculos conosco, e só assim estabelecemos vínculos com o outro. (BRASIL, 2012, grifo nosso)

Se no âmbito da saúde as equipes de Consultório na Rua são responsáveis por esta construção e este acesso aos serviços de saúde, no âmbito da assistência social, as equipes da Abordagem Social desempenham o papel de inserção desta população nas demais políticas públicas.

4 O PSICÓLOGO NA POLÍTICA PÚBLICA: LOCALIZANDO O SERVIÇO DA ABORDAGEM SOCIAL

De acordo com o artigo primeiro da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), “a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 1993). A Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) e a Norma Operacional Básica (NOB-SUAS/2005) trouxeram ao país o

desafio da implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Como parte do esforço de consolidação do SUAS, em 11 de novembro de 2009, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) a Resolução nº109/2009, que trata da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Esta normativa possibilitou a padronização em todo território nacional dos serviços de proteção social básica e especial, estabelecendo seus conteúdos essenciais, público a ser atendido, propósito de cada um deles e os resultados esperados para a garantia dos direitos socioassistenciais (CNAS, 2009). O Serviço Especializado em Abordagem Social está tipificado neste documento como um dos componentes da Proteção Social Especial de Média Complexidade e é descrito como:

Serviço ofertado, de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras⁶. Deverão ser consideradas praças, entroncamento de estradas, fronteiras, espaços públicos onde se realizam atividades laborais, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércio, terminais de ônibus, trens, metrô e outros.

O Serviço deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos. (CNAS,2009)

A legislação brasileira vigente reconhece e preconiza a família como lugar essencial e privilegiado para o desenvolvimento integral dos indivíduos⁷. Desta forma e em consonância com o que preconiza o SUAS, cabe também aos serviços de assistência garantir com prioridade o direito à convivência familiar e comunitária. Encontramos aqui o primeiro entrave para a intervenção junto à população em situação de rua, esta desafia nossa capacidade de aceitação e convivência. Os que mais “necessitam”, os que estão em situação de maior risco, muitas vezes, são os que mais resistem. Além disso, a rua nos apresenta uma gama de diferentes estruturas familiares, que cumprem funções familiares tão legítimas quanto àquelas desempenhadas pela família nuclear parental típica (pai, mãe, filho). Muitas vezes a família biológica, tida como fator estruturante de proteção, foi responsável pela escolha dessas pessoas em ocupar o espaço da rua. Deve-se rejeitar qualquer ideia preconcebida de modelo familiar normal. Muitas são as especificidades deste público e tentar defini-lo ou padroniza-lo seria uma

⁶ Daremos ênfase neste texto ao trabalho, às intervenções e práticas relacionadas à situação de rua. De maneira alguma queremos com isso minimizar a relevância da atuação junto às situações de trabalho infantil e/ou exploração sexual, apenas propomos um recorte devido às limitações, objetivos e alcance desta produção.

⁷ O Art. 226 da Constituição Federal estabelece que a “família é a base da sociedade”.

desvalorização de sua riqueza. As multifaces, heterogeneidade, movimentação e diversidade são características que ao mesmo tempo desafiam e encantam. Mais uma vez o que estará em jogo é a capacidade de construção do encontro, que não pode ocorrer a partir de um olhar julgador, engessado e pré-estabelecido. De acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua:

Considera-se 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. (BRASIL, 2009)

Sugerimos pensar nessas pessoas como parcela da população que faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de suas identidades, utilizando o espaço público como palco de suas relações privadas. A prática nos fez perceber que apesar de fragilizados, nem todos os vínculos foram rompidos, algumas pessoas desenvolvem atividades remuneradas, visitam suas famílias, acessam alguns serviços, porém por questões diversas que nos fogem explicações convencionais optam por habitar este lugar. O problema é que a presença destes incomoda e desconcerta uma grande parcela da população que se organiza de acordo com as exigências e temporalidades capitalistas modernas. A opção por seguir na “contramão”, por desvalorizar padrões estéticos convencionais, pela experiência de liberdade tantas vezes mencionada pelos usuários desorganiza e critica a lógica padronizada considerada normal.

No âmbito da assistência devemos tomar cuidado para não imputar ao outro um incômodo e necessidades que muitas vezes são nossas. Quando sugerimos uma escuta atenta é no sentido de realmente ouvir as demandas destas pessoas. A rotina muitas vezes nos impele a pensar que a inclusão em programas sociais e benefícios são suficientes para solucionar os problemas enfrentados, quando alguns se rebelam e se negam a aceitar este lugar ao qual os designamos tendemos a nos desestabilizar. Devemos ter muito cuidado para não reproduzirmos simplesmente práticas paternalistas, autoritárias e de “higienização social”. Não é fácil perceber isso. Disfarçamos muito bem estes sentimentos que se apresentam travestidos de “boas intenções” e cuidado com o outro. Certamente também não é fácil conviver tão próximo dessa intensidade dinâmica que a vida na rua nos oferece.

O grau de miserabilidade dessas populações extrapola nossa capacidade de resistência. Uma coisa é saber — em tese — que o Brasil é um país cheio de pobres. Outra bem diferente é tentar uma intervenção terapêutica com pessoas que estruturaram sua própria resistência à morte por meio de formas de subjetivação que não conseguimos compreender. Uma mãe que não demonstra preocupação com seu filho gravemente enfermo e malnutrido. Um contexto em que vida e morte (tráfico, violência material e subjetiva) significam outra coisa e não a que estamos acostumados a entender. Desejamos destacar a intensidade dessa experiência e a sua singularidade. O grau de esgarçamento simbólico que percebemos em algumas dessas comunidades, nas quais, por exemplo, em vez de conversar, mata-se, põe em xeque todas as nossas propostas interpretativas. (ONOCKO, 2012)

Não é a toa que fugimos às publicações. O próprio contato diário no real torna a experiência de tal forma traumática que simbolizá-la e revivê-la através da elaboração escrita se torna muitas vezes insuportável.

Reforçando um aspecto já mencionado no tópico anterior, por muito tempo a psicologia foi reduzida à ação clínica, representada diretamente pela psicoterapia. Assim como a própria profissão, a inserção em diferentes campos de prática nos localiza em um momento de construção. São muito poucas as ações exclusivas da profissão, é natural e extremamente produtivo para nossa realidade que possamos passear e nos entrelaçar com outros campos do saber, sendo movidos principalmente pelos aspectos subjetivos dos indivíduos e de suas relações sociais e políticas. Quando falamos na atuação em políticas públicas, os papéis costumam se confundir, todos acabam fazendo um pouco de tudo e, muitas vezes, é nos lugares mais inusitados, nos espaços menos esperados que se constroem ações efetivamente terapêuticas. Através do compromisso social e ético com o desenvolvimento e respeito aos direitos humanos, nos inserimos nestes novos contextos para estudar questões pertinentes ao sofrimento psíquico e às novas constituições subjetivas que emergem nesses espaços até então pouco valorizados pela nossa categoria profissional.

Dentre os objetivos tipificados do Serviço Especializado em Abordagem Social encontramos: “identificar famílias e indivíduos com direitos violados, a natureza das violações, as condições em que vivem, estratégias de sobrevivência, procedências, aspirações, desejos e relações estabelecidas com as instituições.” (CNAS, 2009) Como fazer isso em um único contato? Como mapear, contextualizar, criar estratégias sem que seja estabelecido um vínculo? Devemos lembrar que em sua grande maioria estas

peças se encontram excluídas e invisíveis à boa parcela da sociedade, são constantemente expostas às mais diversas situações de violência, vulnerabilidade, risco e violações de direitos. “Nossa capacitação técnica tem que ser acompanhada da nossa capacidade de acolher, sem tantos critérios para excluir.” (BRASIL, 2012) Temos que saber chegar, saber que estamos tentando nos inserir no território do outro, que a nós é completamente estranho e desconhecido. Temos que nos dispor a participar da sua temporalidade, disposição e oferta, para realmente fazer o mecanismo funcionar. Para que ocorra de fato um encontro.

Deparamo-nos então com um dos maiores gargalos das políticas públicas, elas não são pensadas de forma alinhada e complementar e quando são a prática as inviabiliza. É sabido que a implementação do SUS e SUAS está muito aquém do ideal. Da mesma forma a interlocução entre os diversos serviços da chamada rede de atenção é quase sempre burocrática e inexistente. São muitas as demandas e poucos os recursos humanos e estruturais capazes de viabilizar suas resoluções. Não há como dar conta da complexidade dos sujeitos sem agir de forma conjunta com as políticas complementares. Para a reinserção social destes usuários é necessário estarmos muito bem articulados com as políticas de educação, segurança, emprego e renda, moradia, saúde, seguridade social, cultura, lazer, entre outras. Como não nos comunicamos, a solução é nos livrarmos do problema, geralmente através de encaminhamentos.

Nada como um bom encaminhamento para nos proteger do estranhamento de nos termos em contato. . . Cada vez que um caso cria alguma angústia na equipe ele é encaminhado à outra, até que esta não aguente mais o medo, ou a sensação de impotência e assim vai. . . à deriva, derivado para sempre. Contudo, muitas equipes defensivamente chamariam isso de integralidade, pois sempre há para onde encaminhar. A integralidade está, a nosso ver, profundamente relacionada com a ampliação da clínica para além do puramente biológico, na direção dos riscos subjetivos e sociais (Campos, 2003, apud. ONOCKO, 2012)

O que propomos pode parecer difícil ou utópico, porém é apenas um convite a se implicar. Se permitir o contato, se dedicar à escuta, identificar o que há por traz do óbvio e previsível. Identificar nas próprias comunidades e usuários suas capacidades, sentar e elaborar conjuntamente propostas possíveis, coerentes com suas realidades. Fazemos um convite à saída da zona de conforto, da *culpabilização* das vítimas e indivíduos por realidades estruturais e estruturantes. Se o nosso problema é com a rede, que façamos nossa parte, criemos nossos laços e articulemos com os serviços parceiros

compromissos conjuntos. Desta forma seremos capazes de fornecer subsídios para a tão sonhada autonomia e protagonismo do usuário. Da mesma forma, na via inversa, devemos reconhecer nossas limitações, aceitar que às vezes não depende de nós, devemos respeitar o outro, mas também nos respeitar. Esta é uma das principais razões para as propostas de equipes interdisciplinares, a complementariedade dos saberes, bem como a singularidade de cada um dos indivíduos que a compõem tornam o processo de empatia mais possível e amplia consideravelmente nossos horizontes.

5 PENSANDO O SUJEITO PARA ALÉM DO USUÁRIO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS A PARTIR DA PRÁTICA

Pensando na articulação teórico-prática proponho trazer uma breve explanação a partir da atuação do profissional da psicologia em um Serviço Especializado em Abordagem Social, em um município baiano, nos anos de 2013 e 2014. O primeiro contato com a equipe foi bastante perturbador, em verdade, eram duas equipes plantonistas que se organizavam da seguinte forma: uma era composta por um profissional de Serviço Social e seis Educadores Sociais e a outra composta por um profissional da Psicologia e mais seis Educadores. Trabalhávamos em regime de 12h por 36h, porém em alguns momentos era necessário unir as equipes, bem como era muito comum permuta de profissionais entre elas. Devem estar se perguntando o que isso tem de perturbador? Primeiramente o ambiente era predominantemente masculino. Os Educadores em sua maioria eram altos e fortes e aparentavam ter um bom entrosamento entre si, os olhares não foram muito acolhedores a princípio. Logo no primeiro dia fui acompanhá-los numa ação de busca ativa.

Por se tratar do único serviço de Abordagem do município a demanda era muito grande e tínhamos, como na maioria das unidades públicas, dificuldade para atender a todas as necessidades. Permiti-me observar à dinâmica nos primeiros dias, me mantendo mais quieta e tentando de fato aprender do que se tratava o serviço. Lembro-me de receber a orientação de seguir para determinada localidade, ao questionar o que deveríamos fazer lá, fui orientada por um dos educadores a “abordar todo mundo que encontrarmos em situação de rua”. Saíamos munidos de material para cadastro, alguns encaminhamentos, papel carbono e muita disposição. Cabe salientar que neste primeiro momento estávamos sem carro, o que restringia bastante nossas ações.

Com o passar do tempo, percebi que abordávamos diariamente as mesmas pessoas, os educadores conheciam os usuários pelo nome, sabiam de toda a suas histórias, rotinas, perfis, porém pouquíssimas vezes efetuavam alguma ação diferente de encaminhá-los para o Centro Pop⁸. Bem, por se tratar de um serviço especializado este posicionamento era até compreensível, porém fui percebendo que não avançávamos em nenhum dos casos. Ao fazermos um levantamento de dados nos prontuários percebi que alguns dos usuários conhecidos há anos pela equipe permaneciam exatamente nos mesmos lugares, com as mesmas queixas e mesmos comportamentos. Comecei a me aproximar deles, queria conhecê-los, ouvir suas histórias. Passei a solicitar da equipe relatórios mais detalhados e ações e encaminhamentos diferentes.

Percebi com o tempo que estava incomodando minha equipe, apesar da excelente relação interpessoal entre nós, ouvia constantemente “fulana gosta muito de procurar trabalho, lá vem ela...”. Passei a acionar outros mecanismos da rede e aí sim percebi que incomodava mais ainda. O tema sempre me foi interessante e eu gostava de conhecer as atribuições e serviços da rede. Passei a cobrar atendimento e resolução para os casos dos nossos usuários e toda e qualquer fala dirigida a outra instituição passou a ser documentada e protocolada, com nome, data hora e todos os detalhes possíveis. O trabalho começou a fluir mais, percebia algumas mudanças, porém bastante tímidas e discretas. Percebi que a instituição mantinha conosco certa distância, éramos frequentemente excluídos de atividades e comemorações internas, nosso trabalho era pouco reconhecido e valorizado e isso refletia diretamente na motivação das nossas equipes.

Começamos a ficar o menor tempo possível na sede da instituição. A essa altura já tínhamos carro e as demandas passaram a ser mais programadas e os objetivos das buscas melhores definidos. Como também trabalhávamos com demanda espontânea, nossa prática era sempre dinâmica. Às vezes saíamos com um objetivo e tínhamos que voltar correndo para o outro lado da cidade para atender outra situação. Gostávamos do trabalho, nos dedicávamos aos nossos limites, mas a falta de retorno era desestimulante. Os problemas de estrutura obedeciam a diversas naturezas, não havia telefone

⁸ Centro Pop é o nome dado ao Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, que consiste em um dos dispositivos da rede de Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS.

institucional, a gasolina era insuficiente, o salário dos funcionários chegou a atrasar por cinco meses, a gestão cobrava retorno imediato, porém não nos apoiava quando necessitávamos de sua intervenção direta, o trabalho voltou a ficar “amarrado”.

Uma grande dificuldade que tínhamos era com as equipes de saúde. O serviço móvel de emergência não nos atendia, assim que nos identificávamos caía à ligação, ou se negavam, cheguei a escutar que “só atendemos em casos gravíssimos de risco iminente de morte”. E o que fazer com os usuários que estavam com fraturas expostas em parte dos membros, infectadas, algumas vezes em estado de decomposição? Pior, em caso de surtos de transtornos psiquiátricos, como assumir o risco de colocar esta pessoa no carro expondo a todos? Não possuíamos nenhum respaldo clínico, mesmo assim, na grande maioria das vezes nos arriscávamos a conduzir estas pessoas às unidades de saúde e angariávamos um novo problema. O que fazer quando este paciente recebe alta do serviço de urgência e precisa de cuidados?

O município contava com apenas dois serviços de acolhimento provisório, sendo um em estrutura de casa de pernoite. Nenhum deles possuía profissionais de saúde em seu quadro, as estruturas eram precárias. Apesar dos profissionais de segurança, eram frequentes os relatos de violência, furtos e brigas entre os internos. Além disso, o território na rua é muito bem definido, algumas pessoas não podem transitar em determinados espaços, existem brigas de gangues, de bairros. Como dar conta dessas situações? A saída menos sofrível era nos convencer que o nosso papel era encaminhar.

Apesar das dificuldades me recusava a assumir este lugar. Sentia que nós da rede estávamos apenas reforçando este lugar de fragilidade e vulnerabilidade. Nossa prática estava reduzida há um controle social de base ideológica higienista. Não era para isso que desejei ocupar este espaço. Passei a definir com a equipe que não só encaminharíamos, mas também faríamos as devidas articulações com as instituições e determinaríamos prazos para retorno. Passamos a intervir de forma mais direta nas ações de outras instituições. Estávamos ali para garantir o direito ao acesso e mesmo que isso nos custasse dias inteiros e guerras institucionais internas não mais estavam dispostos a abandonar nossos casos no meio do caminho. Cada vez que fazíamos um encaminhamento e a unidade não os acolhia, sentíamos imediatamente que voltávamos à estaca zero com aquele indivíduo. O laço de confiança e credibilidade que

formávamos era facilmente rompido, não podíamos permitir que o vínculo construído com tanta dificuldade se rompesse dessa maneira. Contrariando as expectativas, passamos a dar resultados, a utilizar todo o nosso potencial.

Como a equipe era bastante heterogênea, passei a observar as potências de cada um. Por exemplo, percebi que um dos educadores era muito habilidoso no diálogo com usuários com transtorno mental, outro, que chamava atenção por sua beleza e aparência nos abria muitas portas em serviços de saúde, dialogava bem com os responsáveis pelo serviço social destas unidades, que em sua maioria eram mulheres. Havia aqueles com mais paciência, os mais rudes, e desta forma fomos articulando de tal maneira que em determinado momento eu não precisava mais indicar quem iria responder determinada demanda, entre si eles se organizavam e os retornos eram os melhores possíveis. Para melhor exemplificar a diferença que este olhar mais atento, percepção das relações subjetivas e escuta implicada causou, apresentaremos dois exemplos de casos.

Um casal vivia há mais de vinte anos em situação de rua e há pelo menos nove eram conhecidos da equipe. Logo quando assumi, havia seis solicitações anônimas reivindicando nossa intervenção e “tomada de providência”. Percebi que eles costumavam dormir em um dos bairros nobres do município e quão grande era o incômodo para os moradores locais diante da visão pitoresca que eles lhe impunham. Não havia distinção entre objetos novos e usados, faziam fogueiras na rua, cozinhavam na calçada, ali mesmo faziam suas necessidades fisiológicas e mantinham relações sexuais. Não se importavam com a passagem de transeuntes. Consumiam abusivamente álcool e outras drogas e permaneciam geralmente isolados no seu mundo, permitiam a aproximação, mas se limitavam a agradecer doações e falar poucas palavras. Era um período complicado, pois havia relatos de que uma equipe vinha agindo à noite, acompanhada de supostos policiais e caminhões e estavam agredindo as pessoas em situação de rua, levando seus pertences e se utilizando de muita violência. Contudo, ninguém sabia informar seus nomes, nem a quem serviam.

Nosso primeiro contato só foi possível mediante a presença de uma educadora que conhecia há muito tempo o casal. Eles nos receberam muito agressivamente, afirmando que nós levamos seus pertences e agimos com violência, “agora vocês querem conversar?” (sic). Explicamos que não se tratava da nossa equipe e fomos tentar

entender o que havia acontecido. Identificamos que a mulher estava com um grave problema de saúde e precisava de acompanhamento médico, relatou que estava sem documentação e que levaram seus medicamentos na noite anterior. Verbalizaram que não tinham interesse em ser acolhidos, pois na unidade “só tem gente que não presta a gente não se mistura” (sic). Pouco avançamos neste primeiro encontro, tentamos levá-la para a unidade de saúde, porém ela não aceitou nos acompanhar naquele momento, principalmente pelo fato de que não tinha onde guardar os seus pertences e seu companheiro não estava disposto a acompanhá-la. Articulamos então para retornar no dia seguinte para buscá-los e encaminhá-los à unidade de saúde, bem como ao órgão responsável pela retirada de documentos.

Passamos a visitá-los pelo menos uma vez por semana. Inicialmente nos recebiam com a cara fechada e faziam caras e bocas. Com o tempo foram relatando sua história, ela havia saído de casa, pois sua mãe não aceitava o relacionamento. Era emocionante observar o cuidado e afeto existente naquela relação. Entre brigas e palavras agressivas percebíamos que o que os sustentava era justamente o amor entre eles. Não importava onde, nem os recursos, desde que estivessem juntos. Bingo, ali estava o nosso ponto de comunicação. Com ele começamos a conversar sobre a necessidade dos cuidados de saúde que ela precisava, explicamos como a exposição às intempéries do tempo a prejudicavam, bem como o uso das substâncias concomitante com o uso de medicação. Havia sido inaugurado um novo serviço de acolhimento provisório que oferecia boa estrutura, acompanhamento psicossocial e quartos individuais para casais e famílias. Ele se interessou, mas se manteve receoso. Em um dia muito chuvoso passamos por lá e ela estava bastante debilitada, deitada no chão e tossindo muito, perguntamos novamente sobre o acolhimento. Ele queria convencê-la a ir, porém não podia nos acompanhar naquele momento. Articulamos leva-la e garantir a entrada dele no dia seguinte. Mediante muita conversa, conseguimos convencê-la, e conforme acordado, no dia seguinte fomos busca-lo. Tudo com este casal exigia tempo, discussão, flexibilidade, acordos. Após a ida para a instituição passamos a programar algumas ações de redução de danos, voltamos à comunidade onde ele exercia algumas atividades e conseguimos uma proposta de emprego, desde que ele diminuísse o consumo do álcool. Flexibilizamos junto à gerência da unidade horários que permitissem a ele exercer suas atividades e obter recursos, enquanto isso, ela estava aderindo ao tratamento e já se encontrava fora de risco. Fizemos também contato com a família dela e viabilizamos

reaproximação de sua filha. A última notícia que tivemos foi de que tinham saído da unidade e alugado um quarto próximo ao bairro onde os abordamos pela primeira vez.

O segundo caso diz respeito a uma solicitação de busca ativa por outro órgão público. Tratava-se de uma mulher de 35 anos que passava o dia inteiro sentada em determinada localidade, sem se comunicar com ninguém. Sua higienização era precária e chamava a atenção, pois fizesse chuva ou sol, ela estaria ali. Nas tentativas de contato não tivemos sucesso, seu olhar era apático e distante e ela não respondia às nossas perguntas. Conversando com pessoas da comunidade descobrimos que ela não dormia na rua, sua família vivia na proximidade e todos os dias à noite ela retornava para casa, voltando para aquele ponto às cinco da manhã. O dono de uma padaria lhe dava café todos os dias, porém todos afirmavam que não adiantava tentar, pois ela não se comunicava. Fomos até a residência da família, onde moravam duas irmãs, um cunhado e um sobrinho. Eram duas casas com espaço de lazer e banheiro comuns. Uma das irmãs estava em tratamento de hemodiálise e a outra passava o dia fora trabalhando. Descobrimos que no ambiente familiar ela falava. Este comportamento de começar a ir para a rua teve início após o falecimento de seu pai, a mãe também já era falecida. Conversamos sobre a necessidade de cuidados que ela demandava e fizemos algumas tentativas de a família leva-la ao CAPS. Após inúmeras tentativas sem sucesso, fomos até o CAPS e solicitamos que a equipe nos acompanhasse em uma ação de busca ativa, fornecemos todos os dados que conseguimos coletar e nos aventuramos nesta empreitada. Para a nossa surpresa, ela aceitou entrar no carro conosco e a equipe de saúde, sob o pretexto de fornecermos almoço e lhe apresentar a unidade.

Um aspecto importante é que percebi com os contatos que a presença masculina a incomodava, desta forma, passamos a fazer as ações apenas com educadoras femininas. Fizemos mais duas ações conjuntas com a equipe do CAPS e apesar de não verbalizar uma única palavra, ela começou a nos acompanhar sem resistência. A família ainda se recusava a assumir sua responsabilidade. Construimos conjuntamente relatórios e encaminhamos ao Ministério Público para que fossem tomadas as devidas providências. Cabe ressaltar, que no âmbito familiar, encaminhamos uma das irmãs para inscrição em programa de benefício social, encaminhamos o sobrinho adolescente para inserção em programa profissionalizante e estávamos buscando junto ao CAPS um Benefício de Prestação Continuada para a usuária.

Estes casos servem para ilustrar que a despeito das dificuldades enfrentadas, da falta de estrutura, dos problemas vastamente conhecidos na implementação de políticas públicas, o acompanhamento, a construção do vínculo e a escuta do sofrimento destes sujeitos pode fazer toda a diferença na evolução de um caso.

Propomos, então, que se trabalhe não apenas com a lógica do usuário, destinatário de uma política pública, mas também com o entendimento de que há um sujeito a ser escutado, e tomar estes termos – usuário e sujeito – como significantes a fim de preservar o sentido polissêmico das narrativas discursivas. (SUSIN, 2012)

É importante ressaltar que não queremos com isso colocar na equipe toda a responsabilidade pelo sucesso e evolução de um caso, porém apenas tomar para si a nossa parcela de responsabilidade. Sem dúvida a nossa equipe teve retorno a partir da mudança de postura, principalmente no que diz respeito a uma mudança de olhar institucional sobre nós. Percebemos que passamos a ser mais respeitados, nossos relatórios começaram a ter mais credibilidade e com o tempo tivemos um pouco mais de liberdade e autonomia para programar nossas ações.

6 CONCLUSÃO

Práticas comprometidas com o fortalecimento de vínculo e escuta respeitosa possibilitam espaços frutíferos de encontro e troca que permitem aos sujeitos a retomada de responsabilidade e comprometimento com sua qualidade de vida. Sugere-se aos profissionais a humanização do atendimento cuja finalidade deve ser a promoção de saúde. Novas diretrizes como o acolhimento podem nos auxiliar nesse processo:

[...] acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2008).

Assim sendo, propomos que nos nossos campos de atuação tentemos acolher os pacientes ou usuários, bem como seus familiares e outros sujeitos que se façam importantes para a intervenção. No trabalho junto à população em situação de rua, o desafio é reconhecer que mesmo em meio a tanta vulnerabilidade e pobreza, são

inúmeros os recursos culturais e comunitários a serem utilizados no processo de resgate de cidadania. Devemos nos aproximar com respeito, valorizando o que possuem e potência e dispostos a aprender.

Considerando as leituras e experiências recentes, percebe-se que práticas pautadas nos “especialismos” técnico-científicos se distanciam da implicação necessária para inserção no campo das políticas públicas. Este é dinâmico e exige que estejamos abertos a inovações. A quebra de antigos paradigmas individualizantes exige de nós um compromisso com a desnaturalização de processos e hábitos que submetam os usuários a um lugar passivo, de objeto. É necessário que os psicólogos comprometidos eticamente com as práticas voltadas ao social ultrapassem as resistências, fortaleçam ou favoreçam possibilidades alternativas de subjetivação, mesmo daqueles encurralados nas malhas institucionais. “Aponta-se para a importância da Psicologia na construção de espaços de organização social e familiar de modo a contribuir para a quebra dos ciclos de vulnerabilidade social, fortalecendo os vínculos, as redes de apoio social e a autonomia dos sujeitos.” (CFP, 2011, p.12)

Por isso, a relação equipes/população deve ser mediada por oferecimentos (Campos, 2000). Um oferecimento é como um cavalo encilhado passando. A nossa função é multiplicar as oportunidades para que algumas pessoas o montem. É uma questão ética: nós não saberíamos sobreviver a situações que vemos nos bolsões de pobreza das grandes cidades brasileiras. Eles sabem. Nós que temos muito que apreender. Nós só podemos ofertar nossa diferença, nosso estranhamento como um convite a experimentar outras formas de ser na comunidade. E não porque a nossa seja melhor, senão porque temos um compromisso ético em desviar a produção em larga escala de miseráveis. Tudo o que é vivo resiste. E muitas dessas comunidades inventaram estratégias muito eficazes de reprodução. (ONOCKO, 2012)

Não há fórmulas prontas para atuar. Os manuais, orientações técnicas, materiais de referência vão nos dar um ponto de partida, porém é no caso a caso, na construção diária, no respeito aos desejos e limitações de cada um que seremos capazes de nos aproximar do que entendemos por promoção de saúde. Neste contexto, práticas pautadas em redução de danos potencializam e valorizam os pequenos avanços do cotidiano, bem como reconhecem que os sujeitos têm o direito de fazer suas escolhas e avançar com os recursos que lhe são possíveis. Não sejamos juizes dos nossos usuários.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. LEI Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília, 7 de setembro de 1993.

_____. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **D.O.U.** 23 de dezembro de 2009.

_____. **Cadernos Humaniza SUS: volume 1 - formação e intervenção**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Portaria N ° 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. **D.O.U.** 25 de janeiro de 2011.

_____. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Como os psicólogos e as psicólogas podem contribuir para avançar o Sistema Único de Assistência Social – informações para gestoras e gestores**. 2011. Brasília, DF: CFP.

CFP/CREPOP. **Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores**. Brasília, DF, 2013.

CNAS. Resolução Nº 109 de 11 de novembro de 2009. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**/ Conselho Nacional de Assistência Social. Brasília. 2009

HENNINGTON, Élida Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Fev. 2005. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100028
Acesso em: 10 de nov. 2014.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2014.

LANCETTI, A. et al. Território, Território Existencial e Cartografia. [s. d.]. Disponível em: <<http://comunidades.otics.org/caminhos-do-cuidado/tutores-rj-grupo-sonia->

[maria/acervo/territorio-territorio-existencial-cartografia](#) > Acesso em: 15 de nov. 2014.

ONOCKO, Rosana. **Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces**. São Paulo: Hucitec, 2012.

ROUDINESCO, Elisabeth e PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SAWAIA, B. (Org.) **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2008.

SILVA, Maria Lúcia. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. 2006. 220 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasília.2001.

SUSIN, Maria Luciane. **O mal-estar na cultura e suas incidências na clínica em contextos de exclusão**. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2012.

SUSIN, Luciane; POLI, Maria C. O singular na Assistência Social: do usuário ao sujeito. In CRUZ, L.; GUARESHI, N. (Orgs.) **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 195-204.