

ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS NO CONSULTÓRIO NA RUA DA FRONTEIRA

ACTION OF PSYCHOLOGISTS AT THE CLINIC IN THE STREET OF THE BORDER

ACTUACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS DEL CONSULTORIO EN LA CALLE DE LA FRONTERA

*Leticia da Costa Nunes**

*Pamela Staliano***

*Paola Ferreira de Oliveira****

RESUMO

O objetivo deste trabalho consistiu em caracterizar a formação e o cotidiano laboral dos psicólogos do Consultório na Rua (CnaR) da fronteira entre Ponta Porã-BR e Pedro Juan Caballero-PY, ao que tange sua atuação com a População em Situação de Rua (PSR), a partir da Política de Redução de Danos. Utilizou-se da Cartografia proposta por Deleuze e Guattari para compor a participação nos processos presentes no cotidiano destes profissionais. Os resultados revelaram a complexidade da atenção em saúde diante da facilidade de acesso da PSR à pasta base (*crack*) e à criminalidade; a desvalorização da profissão no setor público e o despreparo diante das demandas multiculturais apresentadas pelo território. Compreende-se a necessidade de construção de uma Psicologia plural, que adentre espaços coletivos periféricos como as ruas da fronteira, acionando e monitorando a rede de atenção para a promoção de políticas públicas, respeitando a autonomia, diversidade e pertencimento territorial da PSR.

Palavras-chave: Intervenções Psicossociais. Consultório na Rua. Fronteira

ABSTRACT

The objective of this work was to characterize the training and the daily work of psychologists at the Consultório na Rua (CnaR) on the border between Ponta Porã-BR and Pedro Juan Caballero-PY, regarding their performance with the Homeless Population (HP), based on the Harm Reduction Policy. The cartography proposed by Deleuze and Guattari was used to compose participation in the processes present in the daily lives of these professionals. The results revealed the complexity of health care given the easy access of the HP to the base paste (*crack*) and criminality;

Texto recebido em 15 de maio de 2020 e aprovado para publicação em 08 de setembro de 2020.

* Mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e Psicóloga da Secretaria de Assistência Social do Município de Dourados, MS. *E-mail:* leticiadcnunes@outlook.com

** Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), Professora Adjunta da Universidade Federal da Grande Dourados. *E-mail:* pamelastaliano@ufgd.edu.br;

***Graduada em Psicologia pela UFGD. *E-mail:* oliveirapf4@outlook.com

the devaluation of the profession in the public sector and the lack of preparation facing the multicultural demands presented by the territory. It is understood the need to build a plural Psychology, which enters peripheral collective spaces such as the frontier streets, activating and monitoring the care network for the promotion of public policies, respecting the autonomy, diversity and territorial belonging of the HP.

Keywords: Psychosocial Interventions. Street Office. Border.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue caracterizar la formación y el trabajo diario de los psicólogos del Consultório na Rua (CnaR) en el límite entre Ponta Porã-BR y Pedro Juan Caballero-PY, en cuanto a su desempeño con la Población sin Hogar (PSH), basado en la Política de Reducción de Daños. La cartografía propuesta por Deleuze y Guattari se utilizó para componer la participación en los procesos presentes en la vida cotidiana de estos profesionales. Los resultados revelaron la complejidad de la atención médica dado el fácil acceso del PSH a la carpeta base (crack) y el crimen; la devaluación de la profesión en el sector público y la falta de preparación ante las demandas multiculturales que presenta el territorio. Se entiende la necesidad de construir una Psicología plural, que se adentre en espacios colectivos periféricos como las calles fronterizas, activando y monitoreando la red de atención para la promoción de políticas públicas, respetando la autonomía, diversidad y pertenencia territorial del PSH.

Palabras clave: Intervenciones psicosociales. Oficina de la calle. Frontera

1 INTRODUÇÃO

O contexto histórico sobre a loucura no Brasil passa por transformações, transitando de um modelo hospitalocêntrico centrado na psiquiatria, exclusão e condições desumanas, para um novo processo, no qual as pessoas possuem direitos e devem ser vistas como sujeitos para além da doença. O Movimento de Reforma Psiquiátrica inicia-se por volta de 1970, visando ao processo de extinção dos hospitais psiquiátricos, questionando os pressupostos psiquiátricos e a loucura. Junto com a luta antimanicomial, surgem instituições abertas, com características diversas, como os primeiros NAPS (Núcleo de Atendimento Psicossocial) e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), consideradas um marco da Atenção Psicossocial (Brasil, 2013).

Em 2001, a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental foram incluídos na rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), como equipamentos fundamentais ao tratamento dos adictos (Oliveira, 2009). Contrapondo com os procedimentos de internações compulsórias, que violam os Direitos Humanos, são ineficazes no tratamento das psicopatologias, no trabalho com as drogas, com métodos proibicionistas e a abstinência forçada (Paes & Orlando, 2013). Observando esses critérios, considerando a dificuldade do usuário em aderir ao tratamento e em participar ativamente de todo o processo, foi implementada a estratégia de Redução de Danos (RD) “como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada¹” (Brasil, 2004, p. 27).

A política de RD foi elaborada a partir da proposta de promover saúde (minimizando os prejuízos causados pelo consumo de drogas), com o intuito de afirmar a autonomia e os direitos dos indivíduos usuários, assim como, da superação da visão reducionista que associa o uso de drogas à doença ou criminalidade (Brasil, 2013). Dessa forma, é necessário que o profissional de saúde compreenda a singularidade do indivíduo e sua relação subjetiva com o álcool e as drogas.

Ao que tange o atendimento da PSR, Noto, Galduróz, Nappo, Fonseca, Carlini e Moura(2003), afirmam que a maior parte dos jovens que buscaram ajuda para parar ou reduzir o consumo de drogas o fizeram por meio do contato com instituições de assistência específicas para o atendimento desse grupo e apenas 0,7% procuraram alguma unidade de saúde. Esses dados revelam o distanciamento entre as Instituições de Saúde e a PSR, seja por desconhecimento dos jovens aos serviços oferecidos pelas unidades, falta de confiança, vínculos ou até mesmo, preconceito dos profissionais com relação à situação de rua e o consumo de drogas.

Justamente, para oferecer acesso aos serviços de saúde de uma maneira menos institucionalizada e burocrática, é que se estabeleceu a proposta de trabalhos extramuros com grupos em situação de risco e exclusão social (em especial crianças e adolescentes). O desafio a ser enfrentado e transposto consistia em combinar o princípio da universalidade e equidade na expectativa de minimizar as desigualdades sociais e concretizar esses dois princípios éticos do SUS (Oliveira, 2009).

1 A prática da clínica ampliada resulta em um processo que exige comprometimento e relacionamentos entre profissionais, redes e também conceitos. É como se pensar no atendimento individual e singular trazido dos primórdios da clínica numa ampliação que revela as ligações que compõem essa singularidade do sujeito atendido, numa tentativa de compreensão de um ser total, protagonista de sua existência. Esse movimento respeita o sentido humano da nova proposta de promover saúde eliminando a compartimentalização do próprio conceito de saúde (Amarante, 2007).

Nesse contexto de acessibilidade universal aos serviços de saúde, atuando com a política de RD, junto ao CAPS-AD estabeleceu-se em 1999, o primeiro Consultório de Rua (CR) em Salvador/BA como uma experiência realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho, o CETAD tinha como propósito inicial o atendimento de crianças em situação de rua usuárias de drogas (Brasil, 2010).

O CR ganhou apoio do Ministério da Saúde e foi integrado ao CAPS-AD em 2004, inicialmente no município de Salvador e a partir de 2010 em outras localidades brasileiras. A atuação do CR vinculado ao CAPS-AD, facilitava o encaminhamento e inserção na rede de atendimento das pessoas em situação de rua com maiores vulnerabilidades sociais ou mais comprometidas pelo uso de drogas (Brasil, 2010).

O CR apresentava ainda, como princípios norteadores, o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersectorialidade (Brasil, 2010).

A partir de uma reestruturação da política de atenção à PSR em 2012, o CR que atuava especificamente com a proposta de Redução de Danos com foco na saúde mental, foi agregado ao programa Estratégia da Saúde da Família Sem Domicílio (a ESF com equipes específicas ao atendimento integral da PSR). Dessa junção surgiu o programa Consultório na Rua (CnaR), o qual para além de uma alteração de nomenclatura, atua de forma itinerante oferecendo um completo atendimento à PSR, ofertando de forma ampliada todos os serviços da Atenção Básica de Saúde, podendo articular-se com todos os dispositivos da Rede de Saúde e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2012).

Desde 1980 o complexo processo da Reforma Psiquiátrica se fortalecia no Brasil, no entanto, com a extinção da política de RD e, priorizando, a ação das comunidades terapêuticas, por meio do tratamento com abstinência como única política para os usuários de drogas, evidenciando um retrocesso para a lógica manicomial (Brasil, 2019; Delgado, 2019).

A lógica da RD diferencia-se da política, quando é visualizada enquanto resistência, ou seja, um modo de atenção voltado à promoção da qualidade de vida do atendido com a diminuição dos prejuízos de suas escolhas (Fonseca, 2012). Porém, o retrocesso da política de RD agrega a desvalorização e esquecimento de uma proposta ética (que se desvincula da Atenção Básica - AB), inserindo os métodos em saúde mental num campo perigoso de retrocesso às ações biologicistas e o retorno da ineficiente “guerra às drogas”. Isso por meio da abstinência forçada, que condena o usuário a permanecer em sua condição,

uma vez que não acessa o campo do empoderamento sobre si e do respeito à autonomia da pessoa em questão.

Os processos de saúde são atravessados por diversos fatores que emergem do meio social dos sujeitos, resultando em condições de saúde positiva ou negativa, dependendo da forma como são sentidas e capturadas as manifestações da sociedade em que se inserem. Refletindo sobre as dificuldades do trabalho extramuros, em que a Psicologia se depara com uma exposição maior dos sujeitos em atendimento às intempéries do meio, (no entanto respeitando a singularidade dos sujeitos no que tange à promoção de qualidade de vida não focada no conceito de doença-cura como sugerem, por exemplo, os tratamentos para usuários de substâncias psicoativas baseados na abstinência total e não na redução de danos), é que foi proposta essa discussão referente à fronteira entre as cidades gêmeas PP - BR e PJC - PY.

1.1 Considerações sobre Saúde na Fronteira

O conceito de fronteira possui atualmente uma variedade de sentidos, sendo mais usual no senso comum, a definição de limites territoriais políticos, delimitando os espaços geográficos. No entanto, a dimensão que a noção de fronteira assume atualmente, é muito mais ampla, explicitando que, por meio da metáfora do limite, é possível evidenciar fluidez ainda que existam barreiras físicas que reforcem a contenção de trânsito. Para além da rigidez proposta pelo Estado, existem os fronteiriços produzindo sociabilidade. Martins (2016) determina relações de poder e compele o encontro ou a mistura de sociedades distintas, mesmo existindo consequências devastadoras dessa união.

Negar as demandas de saúde nas fronteiras é um desacato às relações internacionais entre países, pois além do impacto sobre o desenvolvimento humano e da dinamização da economia (rentabilidade e empregabilidade no setor de serviços), o setor também influencia a integração regional e formação de blocos econômicos. Nesse sentido, o planejamento em saúde torna-se prioridade especialmente porque as fronteiras epidemiológicas não se restringem à limitação política e institucional entre os países (Gadelha & Costa, 2007).

No entanto, segundo Torrecilha (2013), na fronteira entre PP - BR e PJC - PY diante de muitas outras ações políticas que não são compartilhadas entre as duas cidades, a questão da saúde tem sido observada de forma muito emblemática, pois ambos os países atuam sem planejamentos que proporcionem integração no setor. Em Ponta Porã, o recurso direcionado à saúde não é suficiente devido ao fato de a cidade ser “um polo regional de atendimento às localidades fronteiriças” (p. 166), sobrecarregando os hospitais e postos de saúde com o

excesso de atendimentos realizados. Nessa problemática a população paraguaia, não se consegue atendimento de forma contínua pelo SUS por dois motivos: o excesso de demandas nos postos de atenção que permitem atenção apenas a casos emergenciais e a burocracia da legislação na exigência de documentos como CPF e comprovante de residência para a liberação da carteira de atendimento.

Nesse aspecto, o CnaR na fronteira surge justamente devido a demanda com o propósito de atuar nas fronteiras da Psicologia e do humano - da saída da clínica individualizante para o trabalho extramuros; visando a qualificação e desburocratização de todo o sistema, pois necessita da rede de serviços para realizar a atenção primária, forçando o deslocamento da clínica no sentido de sua ampliação (Ferreira Neto, 2008, 2010; Moreira, Romagnoli & Neves, 2007), levando os profissionais do CnaR da fronteira das cidades gêmeas PP-BR e PJC-PY a criarem novos conceitos de limite na interpretação das diretrizes do trabalho no SUS, uma vez que não existem diretrizes específicas para a atuação com o território vivo da fronteira (poroso, fluído, diverso delimitado somente pela vivência humana).

O objetivo desta pesquisa visou caracterizar a formação e o cotidiano laboral dos psicólogos do CnaR na fronteira das cidades gêmeas PP - BR e PJC - PY, no que tange sua atuação com a PSR, a partir da Política de Redução de Danos. Cabe ressaltar que no momento da realização do estudo, a referida política ainda se inseria na atenção básica do SUS, reforçando sua necessidade e importância.

2 MÉTODO

2.1 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida a partir das vivências no cotidiano de atenção à PSR, oferecido pela equipe multiprofissional do CnaR, na fronteira entre as cidade gêmeas de Ponta Porã (BR) e Pedro Juan Caballero (PY). O CnaR da fronteira PP - BR e PJC - PY tem sede em um dos guichês de um dos blocos do novo camelódromo (conhecido como minhocão) construído em 2006, por meio do projeto da União Europeia, o URB-AL III. Neste mesmo local existiu uma época de muito consumo de drogas e prostituição e, por este motivo, recebeu o pseudônimo de cracolândia ou “*putas del alho*” (para o senso comum, devido ao alto grau de prostituição próximo aos guichês de venda de alho).

2.2 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo que se utiliza da Cartografia proposta por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995), como método flexível de conhecimento

da realidade, o qual dispensa predefinições do trajeto da pesquisa. Porém, mesmo assim, se propõe a acompanhar os processos da forma como ocorrem, revelando o pesquisador também participante interventivo da pesquisa. Com o intuito de construir uma cartografia do cotidiano de trabalho dos psicólogos do CnaR na fronteira de PP - BR e PJC – PY, foi aplicado tal perspectiva metodológica como forma de acompanhar o envolvimento da Psicologia na atenção à PSR nesta fronteira em específico, observando os agenciamentos e linhas de fuga presentes no rizoma, no qual está inserida a atuação dos psicólogos deste CnaR. Ou seja, por mais que este seja um serviço da política brasileira, a atuação dos profissionais, muitas vezes, transpõe a linha internacional, justamente pela porosidade fronteira e a complexidade da distinção formal entre brasileiros e paraguaios, já que muitos paraguaios conseguem a documentação para a utilização dos serviços, seja de saúde ou educação do país vizinho, caracterizando como aponta Albuquerque (2010), o brasiguaião. E muitas vezes é com o brasiguaião que os profissionais do CnaR se deparam.

2.3 Participantes

Participaram do estudo dois psicólogos da equipe multiprofissional do CnaR (um deles acumula a função de gestor do programa) e os demais profissionais da equipe multiprofissional, sendo eles: 01 motorista; 02 enfermeiras; 01 técnico em enfermagem; 02 assistentes sociais; 01 redutora de danos; 01 técnica em saúde bucal; 01 agente social e 01 médica.

2.4 Instrumentos

O percurso cartográfico foi registrado em diário de campo (após as atividades), que reuniam desde informações objetivas, quanto a impressões e afetos emergentes do contato com o campo. As informações registradas continham: o dia da atividade com a descrição da atividade realizada, incluindo as pessoas presentes, os responsáveis, detalhes sobre as cenas observadas; e também, percepções da pesquisadora sobre incompreensões, julgamentos e lacunas da atuação. Havia uma processualidade na própria escrita. Um processo aparente e individual ganha uma dimensão claramente coletiva, quando o texto traz à cena falas e diálogos que emergem das sessões ou visitas ao campo (Passos, Kastrup & Escóssia, 2015).

Também foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas como propõe Breakwell, Schaw, Hammond e Smith (2010), dirigida aos psicólogos do CnaR local, de forma a caracterizar o perfil e atuação dos mesmos, sua visão sobre o sistema e sobre o objetivo do trabalho com a PSR. Essas foram transcritas

e analisadas a partir do ponto de junção de diferentes perspectivas da realidade e inferências, como propõe a Cartografia.

Assim, registrou-se em diário de campo o percurso realizado com todos os membros da equipe, já as entrevistas foram realizadas apenas com os psicólogos e com o gestor do CnaR.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Totalizaram-se 70 dias de vivência em campo com o CnaR. Os dias de participação não puderam ser contínuos, pois em dias de chuva o CnaR não funcionava por falta de estrutura para abrigar todos os profissionais, ficando a responsabilidade de assuntos emergenciais da PSR ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

O registro no diário de campo no dia 42, expõe o seguinte:

No caminho em direção ao CnaR pensei sobre um sentimento de desânimo, uma desmotivação. O trabalho no CnaR é imprevisível, caminhando em lentos passos. Dependendo do dia, não ocorre nenhuma intervenção. Hoje o carro não iria sair, a greve dos caminhoneiros ameaça o estoque de gasolina. Hoje a igreja não levaria comida, eu pressentia um dia de estagnação. (Diário de Campo, dia 42)

Como observado no trecho extraído do diário de campo da interlocutora é possível inferir que o trabalho no CnaR é conivente com a complexidade da demanda atendida, ou seja: imprevisível, burocrático e “caminhando a lentos passos”. Essa descrição nos remete a reconhecer uma extensa trajetória histórica que a “lentos passos” trouxe a efetivação desse dispositivo que, atualmente, possui referência no atendimento à PSR em vários estados e territórios brasileiros, especificamente, na fronteira entre Brasil e Paraguai.

Conforme proposto, o trajeto histórico da RD desde sua implementação no Brasil forneceu um leque de outras novas práticas conjuntas, novas organizações do sistema de saúde e uma brecha fundamental para as novas aplicabilidades da Psicologia após o desponte de sua renovação epistemológica, mais voltada para a promoção da saúde e adequada às reais demandas das sociedades brasileiras, tentando romper com a clínica psicológica que tende a reproduzir nos espaços públicos as peculiaridades do consultório, clínica esta entendida como única e excludente (Ferreira Neto, 2008; 2010; Moreira, Romagnoli & Neves, 2007).

As relações que configuram as cidades gêmeas vão além de simples vizinhança, produzindo subjetividades que se entrelaçam em uma gama representativa e que de certa forma constroem outras territorialidades excedendo os limites de Estado-Nação. Segundo Peiter (2007), no arco central localizam-se as cidades gêmeas

Ponta Porã (Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil) e Pedro Juan Caballero (Departamento de Amambay, Paraguai). Quando se observa o contexto histórico de produção dos limites dessa fronteira, é possível visualizar um processo de interdependência desses municípios desde os seus primórdios.

Neste sentido, pode-se inferir que as complexidades que envolvem a atuação dos psicólogos com a PSR desta fronteira estão ancoradas historicamente nas disputas territoriais. Iniciadas nos contornos da Guerra da Tríplice Aliança², nas formas de domínio capitalistas dos espaços como a hegemonia econômica da Companhia Matte Laranjeira³ nos primórdios da urbanização, ou ainda, no domínio de estrangeiros proprietários da maioria das empresas no comércio popular de PJC. Mantendo a mesma exploração da mão de obra paraguaia e desvalorização da pessoa humana; a criminalidade e violência estabelecida pelo tráfico de drogas, assim como, as barreiras da língua e da multiculturalidade acrescentam desafios aos profissionais que, inicialmente, relutam para ampliar suas técnicas e se despir da cultura médico-elitista, ainda presente em suas bases teóricas ou de experimentação (Torrecilha, 2013).

Assim, reconhecer esse território e seus desdobramentos a partir das consequências de eventos ao longo de sua história, amplia o entendimento da complexidade da atuação nesta região fronteiriça, orientando para a proposição de uma observação e articulação de ideias que sejam condizentes com as reais necessidades da PSR na fronteira.

3.1 Reconhecendo o território do CnaR na fronteira

A atuação da ESF é organizada por meio de recortes territoriais. Apesar de emprestado da Geografia o termo território, empregado nas políticas de saúde, remete a uma limitação de determinada área, proposta artificialmente para melhor planejamento das atividades (Monken & Barcellos, 2007). Essa proposição territorial exige uma localidade fixa dos sujeitos atendidos, porém o CnaR é o único dispositivo do SUS que quebra essa lógica de ação domiciliar, delimitando a rua enquanto território vivo (Souza & Macerata, 2015), o que de

2 As cidades gêmeas Ponta Porã e Pedro Juan Caballero são produtos das disputas/conquistas de terras que ocorreram a partir da Guerra da Tríplice Aliança no período de 1864 a 1870. Apesar de costumeiramente conhecida como Guerra do Paraguai (insinuando de certa forma uma revolta que se originou no Paraguai afetando os demais países), a realidade é que esta ofensiva foi apenas parte de um conjunto de guerras que caracterizaram o período de desenvolvimento e emergência do imperialismo. Foi parte das agressões indiretas que a periferia sofreu dos países centrais, os quais se beneficiaram economicamente das disputas armadas ocorridas na América do Sul (Amayo, 1995). Antes da disputa territorial a partir da Guerra da Tríplice Aliança, o território que hoje assenta as cidades foi primordialmente habitado por indígenas Guarani. Como consequência dos conflitos (que ainda perpetuam no presente), perdeu-se grande parte do *tekoha* (terra sagrada), distribuindo a população indígena residente em pequenas porções de território espalhados em áreas urbanas e rurais no sul/sudoeste de Mato Grosso do Sul e no oriente do Paraguai (Torrecilha, 2013).

3 Segundo Mondardo (2018), após a Guerra da Tríplice Aliança iniciaram-se os processos de delimitação da fronteira entre Brasil e Paraguai. Envolvido nesse processo político encontrava-se Thomaz Laranjeira, futuro fundador da Cia. Matte Laranjeira que passaria a explorar a erva-mate nativa da região. Para dar continuidade ao seu propósito, Thomaz trouxe consigo do Rio Grande do Sul (sua terra natal) diversas pessoas e a partir daí deu início ao processo de desterritorialização dos povos indígenas dessa localidade, explorando inclusive mão de obra indígena e paraguaia nos processos ervateiros.

acordo com Santos (1996) facilita a visualização dos processos sociais que não se restringem a esses limites.

Na fronteira, onde a produção subjetiva adquire uma intensidade multicultural em detrimento dos demais territórios, essa amplificação das redes adquire maior complexidade, principalmente, quando se trata de sistematização e planejamento em cidades gêmeas. Nelas, os limites estabelecidos pelo Estado precisam ser ultrapassados para que os processos de atenção em saúde sejam suficientemente efetivos. Segundo o Gestor, o CnaR na fronteira existe justamente por estar caminhando para esse processo da interculturalidade, da transversalidade nas ações em saúde neste território, cautelando-se com a oferta massiva das drogas:

Na fronteira é diferencial, porque existem vários estrangeiros, tanto paraguaios, quanto os brasileiros, mas também vem outras pessoas: argentinos, uruguaios, vem todos. A grande questão é a facilidade das drogas, acredito que isso na fronteira é um pouquinho mais facilitado até mesmo pelo valor da droga. Na fronteira a gente lida com várias situações

[...] O diferencial seria isso: a facilidade e não atender só igual lá em Campo Grande a maioria lá é brasileiro, aqui não, tem paraguaios, argentinos, bolivianos, igual Corumbá também, tem “as portas abertas” para atender vários públicos. (Gestor)

Nesses termos, caracteriza-se a PSR da fronteira com dupla carga de sobrevivência: resistindo às intempéries gerais de sua falta de localidade e, principalmente, garantindo sua sobrevivência quando devido à sua exposição, tornam-se o primeiro alvo da criminalidade e abuso de poder no crepúsculo da fronteira. “*Alguns deles dormem em árvores...*” disse o P2 em uma fala registrada no diário de campo da interlocutora (dia 67), explicitando o desespero dessas pessoas em permanecerem vivas durante seu sono.

Na fronteira, a PSR está exposta a muitas perversidades, considerando uma oferta maior de drogas ilícitas devido à facilidade de acesso e baixo valor de venda, constantemente são vítimas de chacinas ou agressões muitas vezes efetuadas pelas facções do narcotráfico ou pela própria polícia. Além do aspecto da violência direta, Peiter (2007) constatou que as fronteiras da Região Sul, possuem melhores condições de saúde quando comparadas a outras fronteiras do Brasil. As fronteiras do arco central, onde se encontra o estado do Mato Grosso do Sul, possuem maiores complexidades devido à rápida transformação regional, maior fluxo migratório e atividades ilegais.

A sede do CnaR funcionava (durante o período de acompanhamento da interlocutora) de segunda à sexta das 18h às 21h, e também, apenas nesse horário, o serviço itinerante era realizado. Fora desse horário, as demandas da PSR eram atendidas por outras instituições da rede, como o CREAS, que trabalha em regime de plantão, e o CAPS-AD. Recentemente, os horários foram

reestabelecidos a partir de uma exigência legal, que solicita uma carga horária de funcionamento do dispositivo de 30h semanais, dessa forma o CnaR também passou a atuar em algumas manhãs e tardes, em dias alternados.

A equipe do CnaR situada na fronteira entre PP e PJC é multiprofissional, composta ao todo por doze profissionais, número que especifica a equipe na modalidade III, por conta da inserção do profissional médico (Brasil, 2012). Este CnaR iniciou suas atividades ainda como CR na modalidade I (dois profissionais de nível superior e dois de nível médio – assistente social, psicólogo, redutor de danos e oficinairo) e, posteriormente, na busca de suprir as necessidades de uma demanda mais complexa em virtude da situação de pobreza extrema e intempéries da fronteira (e não pelo quantitativo de usuários). Foi estabelecida a modalidade III, que possui as características da modalidade II (mínimo de seis profissionais de nível superior e médio) incluindo o médico.

Os psicólogos possuem características profissionais discrepantes. Enquanto um atua no serviço há três anos, orienta sua prática baseada na abordagem Cognitiva-Comportamental, com especialização em Recursos Humanos, o outro atua há 13 anos no CnaR, acompanhou a implementação do serviço e a transição de CR para CnaR, orienta sua prática na abordagem psicanalítica junguiana, com especialização em Psicologia Clínica e Saúde Mental.

A caracterização dos profissionais em Psicologia é de essencial importância, pois possibilita uma visão mais ampla sobre o que orienta a formação dos mesmos, bem como, permite estabelecer relações entre a formação em Psicologia e a atuação destes profissionais com a PSR, na construção dos atendimentos e objetivos estabelecidos, assim como a relação com os outros profissionais da equipe e também da rede de atenção.

3.2 A Psicologia em formação e o duplo desafio: do consultório às ruas na fronteira

A formação profissional foi algo muitas vezes revisitado pelos profissionais do CnaR. O contato com a PSR exigia algo além de estudos teóricos e técnicas previamente definidas. Segundo os profissionais, o trabalho em campo da RD exigia certo “jogo de cintura”. Os profissionais relataram a oferta de cursos de capacitação orientados para a RD, pela própria rede de saúde:

Então, na verdade sempre teve cursos oferecidos pelos CAPS, então a gente já estava se capacitando antes de entrar com a população, com o público-alvo. Cursos sobre RD, dependência química, sobre saúde mental, então essa foi a base para ajudar nesse trabalho.
(P2)

A preocupação com a capacitação dos profissionais que atuam com a PSR parece ser proveniente do próprio interesse e envolvimento, principalmente, dos profissionais que participaram da fundação do trabalho itinerante com a RD. Apesar de não distinguirem verbalmente a atenção direcionada às demandas multiculturais da PSR fronteiriça, em ato e em discurso, sobressai a preocupação que estes profissionais possuem com as peculiaridades do território. Como as demandas de crianças e adultos indígenas desterritorializados⁴, quando o ECA ou os Direitos Humanos não possuem força para acolher e emancipar estes sujeitos, quando se deparam com o despreparo técnico e conceitual dos profissionais das políticas públicas, incapazes de agir diante do receio em desrespeitar a cultura indígena ou de oferecer medidas repressoras ao invés de protetivas pela ausência de conhecimento da demanda (Digiácomo, 2015).

Nesse aspecto, há um consenso dos profissionais na ausência de uma formação mais pluricultural, que forneça meios para compor um preparo que permita “realizar as abordagens e intervenções devidas, independentemente da origem étnica dos atendidos (sem prejuízo do planejamento específico de ações necessárias ao atendimento de situações de maior complexidade)” (Digiácomo, 2015, p. 6). Aqui depara-se com uma barreira imposta à multiculturalidade expressa na fronteira PP - PJC, mais especificamente, nos espaços frequentados pela PSR onde há uma diversidade de pessoas e culturas que transitam por este território de passagem.

No primeiro dia de contato da interlocutora com o campo a P1 inicia o processo de aproximação da mesma com o funcionamento do CnaR apresentando a equipe e explicitando, posteriormente, sua forma de atuação e as dificuldades que enfrentava na utilização de técnicas pré-estabelecidas, assim como os desafios enfrentados na atuação junto à PSR da fronteira, a princípio por sua complexidade:

[...] eu sempre falo que no papel ele é muito bonito, a realidade aqui é outra coisa... porque um profissional vai falar “ah mas você pode fazer isso, fazer isso, isso e isso” “n” coisas vão ser oferecidas, só que aqui na prática você não consegue aplicar uma técnica com uma pessoa que tá dependente naquele momento, tá com efeito de drogas. Você não consegue, porque ou eles vêm pra te agredir, ou eles vêm... é isso daí você tem que tá preparada pra isso, pra acalmar, conversar e não deixar te agredir, entendeu? Então assim, pode ser aplicado “n” coisas, só que na prática é outra história... é o que acontece na faculdade né, você aprende uma coisa, mas só que quando você pratica é de outra forma. (P1)

Neste trecho é possível perceber a disparidade entre formação e atuação em contextos específicos, como a região de fronteira e refletir juntamente com

⁴ O processo de desterritorialização consiste no abandono ou expulsão da pessoa do seu território de origem, a qual é obrigada a se reterritorializar em um ambiente novo e desconhecido. Neste caso específico trata-se do desaldeamento de indígenas que saem das reservas (na maioria das vezes expulsos por conflitos na comunidade ou pela extrema vulnerabilidade social e econômica) onde foram confinados e se reinventaram enquanto povos étnicos em outra territorialidade marginalizada (Mondardo, 2018).

Ferreira Neto (2010) e Moreira, Romagnoli e Neves (2007), que no campo da saúde pública existem práticas clínicas que rompem com o modelo tradicional de consultório, que não resumem as estratégias interventivas exclusivamente na escuta, permitindo o desenvolvimento de novas competências e habilidades clínicas no tratamento de pacientes graves. Mesmo porque, a rua não oferece a segurança de um consultório e ainda, está longe de ser um *setting* terapêutico ideal.

Durante a pesquisa, tanto por meio das observações da atuação profissional, bem como, pelas respostas na entrevista, os profissionais responsáveis pelo serviço apontaram dificuldades em atuar nessa área, devido à herança elitizada do atendimento clínico individual, questões multiculturais vivenciadas na fronteira e a desvalorização dos psicólogos. Para Guareschi, Dhein, Macrhy e Bennemann (2009), a clínica individual foi, por muito tempo, o símbolo da atuação dos psicólogos que herdaram da Medicina, as bases para uma ciência com foco na doença. No entanto, atualmente se observa uma importante mudança nas formas do fazer clínico atendendo à complexidade das demandas pós-modernas, as quais solicitam ações comprometidas com a coletividade. Nessa busca por renovação, mudanças na formação em Psicologia são essenciais.

Outra questão é a desvalorização dos psicólogos no CnaR. Muitos desses, devido ao baixo salário, precisam ter outros vínculos empregatícios na intenção de complementar a renda. Como ressalta Matos (2016), existe essa necessidade dos profissionais do CnaR estarem comprometidos com outros vínculos de trabalho: primeiro para que haja complemento da renda mensal e, segundo, para garantir sua vaga no mercado de trabalho, uma vez que o vínculo empregatício no CnaR é extremamente frágil, estabelecido por contrato de trabalho temporário (renovado anualmente).

Considerando o objetivo da atuação do psicólogo na RD, que orienta as práticas dos profissionais no CnaR, a P1 aponta a saída das ruas e o acesso a moradia como principal objetivo:

É a gente conversar com ela (pessoa em situação de rua) pra poder buscar uma ajuda. Porque ela precisa sair da rua... se ela é moradora de rua então nosso objetivo é tirá-la da rua. Na verdade, é assim, se eles vêm te procurar é mais fácil... na maioria das vezes eles vêm te procurar “ah quero porquê...” ninguém quer ficar na rua né, são poucos que tem essa opção, mais pelo vício mesmo que tem essa opção. (P1)

Nesse trecho o principal objetivo evidenciado para o atendimento é tentar resgatar a pessoa das ruas, uma vez que, na opinião da participante, “ninguém quer ficar na rua”. Ainda assim, afirma que existe uma parcela que prefere as ruas, mas apenas devido ao consumo de entorpecentes. Dessa forma, a fala da P1

remete a uma contradição à proposta das diretrizes do CnaR, as quais de acordo com Trino e Rodrigues (2012) estabelecem que o Consultório na Rua deve atuar como porta de entrada, prestando atenção primária de forma organizada e intervindo nas necessidades da PSR *in loco*. Para os profissionais que atuam no Consultório na Rua, existe o compromisso de atender a alguns princípios básicos do SUS: a universalidade, a integralidade, a equidade, respeitando o “*modus vivendi* da população atendida” (Brasil, 2013, p. 12).

Nesse ponto houve uma discordância entre as falas dos psicólogos, uma vez que o psicólogo que atua no CnaR desde sua fundação (P2) argumenta que o objetivo de um atendimento com a PSR converge com o que é estabelecido na política. P2 apresenta uma resposta mais elaborada, reflexo da sua maior experiência no trabalho com RD:

O objetivo seria em primeiro lugar reduzir os danos daquela pessoa com relação a sua vida na rua e o sofrimento deles e, em segundo lugar, seria o retorno à reinserção social e familiar, mas só que a maioria deles, meio que não querem voltar para casa, porque, às vezes, a casa não é ideal para eles entendeu, a rua é mais ideal. Então nesse caso, seria meio que, fazer ele se sentir bem na rua, o melhor possível, desde questão de higiene, saúde, alimentação, se quer ficar na rua, que fique, mas vivendo bem. (P2)

No decorrer dos dias vivenciados pela interlocutora nesse território foi possível perceber diferenças culturais significativas entre os usuários do serviço. Ainda que nas mesmas condições de sobrevivência, não havia como determinar, por exemplo, quais eram os motivos mais comuns da opção pelas ruas. O início da inclusão na PSR é um caso único, de cada sujeito. Para Trino *et al.* (2015), as causas que levam à situação de rua são múltiplas e divergentes, é cauteloso que não se construa uma lógica de retirar essa população das ruas a qualquer custo, para que não se reproduza processos de “higienização”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos diálogos realizados com os profissionais participantes, ainda que tenha aparecido fortemente em suas falas o baixo investimento do setor saúde nas áreas de fronteira, foi observável que os atendimentos dos psicólogos do CnaR aconteciam, em um primeiro momento, sem um planejamento mais aprofundado. No entanto, sempre buscando seguir, na medida do possível, as diretrizes políticas do SUS para a PSR. Devido à ausência de informação (onde buscar) e a precariedade de estudos referentes a essa população em áreas de fronteira (especialmente em polos urbanos de cidades gêmeas), os psicólogos do CnaR dessa fronteira, não apresentaram nenhuma base teórica no trato com a população fronteiriça, em especial (e de forma mais preocupante) com

a população indígena local em situação de desterritorialização integrada à PSR.

Tendo em vista o objetivo deste texto, tal análise permite repensar novas formas de fazer Psicologia e romper com a hegemonia biologicista e institucional. Dessa forma, os currículos dos cursos de Psicologia, devem abordar o estudo do SUS e a atuação em políticas públicas (com foco em novas formas de fazer saúde, atuação multiprofissional e ações extramuros). No entanto, estas alterações ainda não orientam a prática da Psicologia em contextos fronteiriços.

No trabalho extramuros como é o caso da Rua, cenário de atuação do CnaR, os psicólogos, muitas vezes, se deparam com um trabalho emergencial, de conter manifestações incompreendidas e absorvidas pela moral (como o caso das crises de abstinência e surtos violentos), em que necessitam rever e reinventar suas formas de investigação/intervenção.

Visto que a Psicologia tem como princípios fundamentais a Declaração dos Direitos Humanos e a promoção de saúde para todos os sujeitos, torna-se fundamental a discussão das temáticas relacionadas às populações silenciadas e marginalizadas, como a PSR. Com a demanda de atenção especializada à PSR na fronteira e os desafios impostos à Psicologia, é necessário um processo de transformação de sua epistemologia e práxis.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, José Lindomar Coelho .. *A dinâmica das fronteiras: os brasiguaios entre o Brasil e o Paraguai*. São Paulo: Annablume, 2010
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMAYO, Enrique. A Guerra do Paraguai em perspectiva histórica. *Estudos Avançados*, 9(24), p. 255-268, 1995..
- BRASIL. Ministério da Saúde.. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Série B: Textos básicos de saúde, Brasília – DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde.. *Consultório de Rua do SUS. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas*. Brasília - DF, 2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 122 e 123*. Nota técnica conjunta. Brasília – DF,2012.
- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas*. 1 ed., Brasília: CFP, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica 11/2019. *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas*. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81deMental.pdf>. Acesso em: 23 de janeiro de 2020.
- BREAKWELL, Glynis M., , HAMMOND, Sean, FIFE-SCHAW, Chris & Smith, Jonathan A.. *Métodos de pesquisa em Psicologia*. 3 ed., Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia*. Coordenação da tradução Ana Lúcia de Oliveira. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995
- DIGIÁCOMO, Murillo José. *Consulta: Crianças indígenas*. Conselho Tutelar – Procedimentos.2015. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/pagina-1762.html>. Acesso em: 10 de março de 2020.

- DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), p.1-4. 2019.
- FERREIRA NETO, João Leite. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), p. 110-118. 2008.
- FERREIRA NETO, João Leite. A Atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(2), p. 390-403. 2010.
- FÔNSECA, Cícero José Barbosa da. *Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta*. *Ética Psicologia & Saberes*, 1(1), p. 11-36. 2012.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois & COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(suppl. 2), p. 214-226.
- GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima, DHEIN, Gisele, REIS, Carolina dos, MACRHY, Denise Santos, & BENNEMANN, Thais. A formação em Psicologia e o profissional da saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(3), p. 35- 45. 2009.
- MARTINS, José de Souza. *Fronteira: a degradação do outro nos confins do humano*. 2 ed., 3 reimpressão. São Paulo: Contexto. 2016.
- MATOS, Anna Carolina Vidal. *A atuação dos Consultórios na Rua (CnaR) e a atenção à saúde da População em Situação de Rua*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
- MONDARDO, Marcos Leandro. *Territórios de trânsito: dos conflitos entre Guarani e Kaiowá, paraguaios e “gaúchos” à produção de multi/transterritorialidade na fronteira*. Rio de Janeiro: Consequência, 2018.
- MONKEN, Maurício & BARCELLOS, Christovam de Castro. *O território na promoção e vigilância em saúde*. In A. F. Fonseca & A. M, D Corbo. O território e o processo saúde-doença. EPSJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, p. 177-224. 2007.
- MOREIRA, Jacqueline de Oliveira, ROMAGNOLI, Roberta Carvalho, & NEVES, Edwirges de Oliveira. O Surgimento da Clínica Psicológica: Da Prática Curativa aos Dispositivos de Promoção da Saúde. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), p. 608-621. 2007
- NOTO, Ana Regina, GALDURÓZ, José Carlos F., NAPPO, Solange A., FONSECA, Arilton M., CARLINI, Claudia Masur Araújo, & MOURA,

- Yone Gonçalves. *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) UNIFESP: São Paulo, SP, 2003.
- OLIVEIRA, Mírian Gracie Plena Nunes de. *Consultório de Rua: relato de uma experiência*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- PAES, Paulo César Duarte, & ORLANDO, Tiago S.. *Escola de Redução de Danos na fronteira do Brasil com o Paraguay*. Rio de Janeiro: Psicotropicus, 2013.
- PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia, & ESCÓSSIA, Liliana da.. *Pistas do método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- PEITER, Paulo César. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cadernos de Saúde Pública*. 23(supl 2), p. S237-S250. 2007.
- SANTOS, Milton). *A Natureza do Espaço: Tempo e Técnica, Razão e Emoção*. São Paulo: USP, 1996.
- SOUZA, Tadeu de Paula, & MACERATA, Iacã. A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. *Ayvu: Revista de Psicologia*, 01(02), p. 03-23. 2015.
- TORRECILHA, Maria Lúcia *Gestão compartilhada como espaço de integração na fronteira Ponta Porã (Brasil) e Pedro Juan Caballero (Paraguai)*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado em Geografia Humana, 2013.
- TRINO, Alexandre Teixeira, & RODRIGUES, Rosana Ballesteros . *Atribuições da equipe multiprofissional*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília – DF, 2012.
- TRINO, Alexandre Teixeira, MACHADO, Marcelo Pedra Martins, & RODRIGUES, Rosa Ballesteros. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: M. Teixeira & Z. Fonseca (Orgs.), *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec. 2015. p. 27-44.