

## Clínica psicológica e sofrimentos sociais

### Psychological clinic and social sufferings

Mikelly Neves Silva [mikellyneves@hotmail.com](mailto:mikellyneves@hotmail.com)

Érico Douglas Vieira [ericopsi@yahoo.com.br](mailto:ericopsi@yahoo.com.br)

(Universidade Federal de Jataí – UFJ – Jataí - GO)

### Resumo

A clínica psicológica tradicional possui lacunas para a prática clínica com pessoas marginalizadas. A partir de intervenções com Plantão Psicológico com usuários de uma instituição de apoio, buscou-se investigar as manifestações do sofrimento social de ser tratado com descrédito e sem valor. A metodologia qualitativa da Teoria Fundamentada nos dados foi utilizada para a construção de categorias a partir de diários de campo. Como resultado da investigação, foram mapeados diversos sofrimentos advindos da exclusão, relações de poder que rebaixam e incapacitam e algumas formas de enfrentamento e resistência construídas. Os plantonistas buscaram construir interações e intervenções fundamentadas na promoção da dignidade e da autonomia dos usuários, facilitando a manifestação de potencialidades e saberes populares no espaço clínico.

**Palavras-chave:** Plantão Psicológico; Psicologia Clínica; Exclusão Social.

### Abstract

The traditional psychological clinic has gaps for clinical practice with marginalized people. From interventions with Psychological Duty with users of a support institution, we sought to investigate the manifestations of social suffering to be treated with discredit and worthless. The qualitative methodology of Grounded Theory was used to construct categories from clinical records. As a result of the investigation, several sufferings resulting from exclusion were mapped, power relations that incapacitate and some forms of confrontation and resistance. The clinical sought to build interactions and interventions based on promoting the

dignity and autonomy of users, facilitating the manifestation of potentialities and popular knowledge in the clinical space.

**Keywords:** Psychological Duty; Clinical Psychology; Social Exclusion

## **Introdução**

Uma parcela de profissionais e pesquisadores da Psicologia busca romper com um fazer tradicional fundamentado em um discurso de objetividade e neutralidade, na noção de sujeito universal e homogêneo, desconsiderando-se as questões sociais que atravessam a subjetividade. Geralmente, tal concepção tem como foco o sujeito no âmbito de suas relações privadas e familiares. Em contraposição a esta corrente, a concepção de clínica ampliada foi desenvolvida de forma crítica e questionadora da ideia de subjetividade universal, como um modo de pensar/fazer Psicologia que pudesse romper com uma forma tradicional de clínica psicológica. Neste caso, compreende-se o sujeito perpassado por questões sociais, econômicas, políticas e culturais, para além dos determinantes internos e familiares. Além disso, concebe a relação de escuta e cuidado entre psicoterapeuta e sujeito buscando-se inventar outras formas de intervenção fora do *setting* tradicional do consultório privado. Portanto, este modo de crítico de fazer clínica compreende os processos de produção subjetiva ligados ao contexto no qual o indivíduo está imerso, buscando romper com a noção de sujeito universal que pode reforçar os sistemas de controle e padronização da subjetividade e dos modos de existência (Hüning & Guareschi, 2005).

Nesse sentido, o Plantão Psicológico é uma modalidade de intervenção clínica que pode representar uma forma ampliada de clínica psicológica. Trata-se de uma prática reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia como uma modalidade emergente, singular e inovadora de atendimento, por ampliar o escopo de atuação do psicólogo (Mahfoud, 2012). Representa um espaço de escuta clínica geralmente oferecido em instituições de forma contínua, com horários e locais predeterminados. O plantonista se coloca à espera dos usuários ou da comunidade, que encontra um acolhimento pontual e qualificado. A procura é espontânea, sem necessidade de agendamento prévio. Na maioria das vezes, a demanda tem relação com dificuldades circunstanciais, por isso, a ideia de emergência psicológica perpassa os atendimentos. O plantonista procura lidar com a demanda apresentada a partir da experiência do próprio cliente/usuário, visando facilitar um clareamento diante da problemática que originou o pedido de ajuda (Mahfoud, 2012).

A partir das experiências com Plantão Psicológico com grupos de sujeitos marginalizados, este trabalho procurou investigar as manifestações do sofrimento ético-

político, incluindo suas expressões e consequências, que são característicos da experiência de exclusão social. Buscou-se as manifestações deste tipo de sofrimento nas práticas clínicas com pessoas em situação de rua, andarilhos e outros sujeitos em situação de vulnerabilidade social. A partir do mapeamento deste sofrimento, os clínicos podem investigar sobre possibilidades de manejo clínico destas vivências, buscando delimitar atitudes dos plantonistas que contribuam para dar novos destinos aos sofrimentos. A vida à margem da sociedade coloca os sujeitos em contato com um tipo de sofrimento que é ético-político. Apenas quem vive em situação de exclusão social vivencia este afeto, como entende Sawaia (2014). Trata-se da dor de ser visto como inferior, de ser olhado com desprezo e como alguém sem possibilidades de contribuir com a sociedade. Este sofrimento mutila a vida, pois os excluídos encontram enormes obstáculos em desenvolver seu potencial humano por causa da pobreza e das demais condições restritivas. A presente pesquisa se fundamentou no conceito ético-político de Sawaia (2014), buscando identificar nos discursos registrados nos atendimentos clínicos expressões deste tipo de sofrimento.

A modalidade de Plantão Psicológico foi concebida a partir da crescente demanda por atendimentos psicológicos da população brasileira que não possui recursos ou acesso à psicoterapia nos consultórios privados (Furigo et al., 2008). Além da democratização do acesso, os plantonistas recebem demandas de sofrimentos conectados com situações econômicas, políticas e sociais, articulando subjetividade e sociedade neste espaço clínico. Portanto, a Psicologia brasileira que já foi vista como uma prática elitista, pode afirmar seu compromisso social através de modalidades como o Plantão Psicológico, dialogando com a realidade da maioria da população brasileira. Além disso, por seu caráter emergencial de acolher as urgências subjetivas, presta ajuda psicológica no momento de crise, cobrindo a lacuna deixada pelos modelos tradicionais de psicoterapia. Observam-se inúmeros desafios enfrentados pelos plantonistas, decorrentes da necessidade de se colocar aberto ao novo e ao inesperado, além da falta de informações prévias sobre os clientes/usuários (Breschigliari & Jafelice, 2015). Representam aprendizados e desafios diferentes dos experimentados pelo profissional na clínica tradicional.

O referencial teórico utilizado para fundamentar os plantões psicológicos foi o Psicodrama. A palavra drama advém do grego e significa ação. Portanto, o Psicodrama pode ser definido como "a ciência que explora a 'verdade' por métodos dramáticos" (Moreno, 1975, p. 17). Esta abordagem foi construída a partir de experimentações com teatro de um médico romeno chamado Jacob Levy Moreno, com o objetivo de trabalhar com grupos

marginalizados como prostitutas, pessoas em sofrimento mental, refugiados de guerra, adolescente em regime de internação, dentre outros. A ideia motriz era contribuir para a exteriorização e concretização da subjetividade e promover a espontaneidade nas relações sociais e nos grupos como via para romper com a cristalização de comportamentos e com a robotização do ser humano (Vieira, 2018). No caso do presente trabalho, as práticas clínicas se fundamentaram no Psicodrama Bipessoal, nome dado a uma adaptação do método clássico para intervenções individuais, configurando uma relação que inclui apenas paciente e psicoterapeuta, prescindindo da equipe de egos auxiliares e dos demais aparatos teatrais (Cukier, 1992).

Os plantões psicológicos em foco neste artigo, foram realizados instituição Nosso Lar – Casa de Apoio em Jataí-GO, uma associação sem fins lucrativos fundada em 2008, que busca prestar cuidados relacionados à alimentação, fornecendo refeições diárias, roupas e sapatos, local para higiene pessoal e realização de palestras educativas. O público-alvo da instituição é constituído por pessoas em situação de rua, trabalhadores de baixa renda como garis, “trecheiros” ou andarilhos (pessoas que percorrem várias cidades sem residência fixa), desempregados ou excluídos do mercado de trabalho e pessoas com dependência química. Alguns dos usuários também frequentam a rede de assistência psicossocial do município para cuidados em relação ao sofrimento mental e trazem diagnósticos de psicoses e depressões graves. Portanto, o público-alvo é bastante heterogêneo na sua composição, possuindo em comum experiências de exclusão social.

Esta pesquisa pretende se justificar pela necessidade de se estabelecer uma articulação entre processos clínicos e processos psicossociais, demonstrando que a clínica pode ser um dispositivo que compreende a subjetividade perpassada pelas relações de poder, pelas práticas culturais e, no nesse caso específico, pelas questões de classe social. Assim, pode-se transcender o enfoque ainda tradicional na Psicologia que percebe a subjetividade encerrada no mundo privado e nas relações familiares somente.

## **Método**

A presente pesquisa fundamenta-se numa metodologia de natureza qualitativa, na busca da imersão do pesquisador nos fenômenos estudados, a fim de compreendê-los detalhadamente, inseridos em sua própria realidade social (Goldenberg, 2015). De forma mais específica, utiliza-se a Teoria Fundamentada como método que, segundo Charmaz (2009), consiste em "diretrizes sistemáticas, ainda que flexíveis, para coletar e analisar os dados

visando à construção de teorias fundamentadas nos próprios dados” (p. 15). O foco é a elaboração de análises teóricas desde o início do processo de coleta de dados, possibilitando a compreensão abstrata e conceitual dos fenômenos observados, e não a mera descrição dos mesmos.

Para o tratamento dos dados a codificação qualitativa foi adotada, sendo o ato de categorizar e nomear segmentos de dados, com a finalidade de resumir e representar tematicamente estes segmentos (Charmaz, 2009). Tal processo envolve duas etapas, a primeira é a codificação inicial, que é a primeira tentativa de codificar os segmentos de dados. O instrumento de coleta de dados se deu a partir da confecção de diários de campo, que foram registros de cada atendimento realizado em arquivo de texto. A equipe buscou nomear trechos escritos dos diários de campo, como forma de elaborar e refinar a compreensão do processo clínico. Em um segundo momento, foi realizada a codificação focalizada, em que foram mantidos os códigos iniciais mais frequentes e significativos, além da busca de um refinamento de alguns códigos para gerar resultados com maior poder explicativo. Os resultados da pesquisa serão representados pelas categorias formadas a partir de agrupamentos dos códigos gerados. Para fins desta análise, foram selecionados e codificados 89 diários de campo, que correspondem aos documentos produzidos semanalmente pela equipe de pesquisa entre os meses de janeiro e novembro do ano de 2018.

Na investigação das manifestações do sofrimento ético-político na clínica com sujeitos marginalizados, foram encontrados aspectos que representam a dor das vivências da desigualdade social. No entanto, a realidade pesquisada se mostrou mais rica do que a busca em se responder à pergunta inicial. Ou seja, além das manifestações do sofrimento de ser visto como inferior, as possibilidades de criações de novas formas de intervenções clínicas e a emergência de potencialidades dos usuários, foram achados importantes da pesquisa. Sendo assim, as categorias encontradas foram: (1) Sofrimentos decorrentes da exclusão, (2) Relações de poder que rebaixam e incapacitam, (3) Enfrentamentos e consequências da exclusão, (4) Ampliações da clínica psicológica e (5) Potencialidades na vulnerabilidade. Estas categorias serão apresentadas e discutidas a seguir.

## **Resultados e Discussão**

### **Sofrimentos Decorrentes da Exclusão**

Nesta categoria estão descritas as manifestações dos sofrimentos da exclusão e seus efeitos em sujeitos que são colocados pela sociedade no imaginário da inutilidade e da marginalidade. O espaço clínico foi utilizado para o relato de vivências de solidão, rejeição e exclusão. Percebe-se um entrelaçamento entre sofrimentos subjetivos e classe social, seja pelas violências simbólicas sofridas, seja pela situação de precariedade material.

A ruptura de vínculos sociais foi um fator de destaque dentre as manifestações dos sofrimentos advindos da exclusão. Nesse contexto, estão inseridas as vivências de abandono ou perda dos pais, a angústia pela falta de reconhecimento e conflitos com os filhos, o distanciamento dos familiares, enfim, diversas rupturas de laços familiares. Houve relatos de sujeitos que sofreram o desprezo da família. Por exemplo, um usuário falou sobre a dor e a frustração de nunca ter conseguido ser amado, nem enquanto filho e nem quando se tornou pai. Outro usuário que compareceu em vários atendimentos, trazia a perplexidade por ter sido expulso de casa pela esposa. A dor da exclusão foi trazida por um usuário: “Temos que ser firmes, fortes e lutar todos os dias, como o mar que vai seguindo firme. Isso machuca!” Portanto, os usuários atendidos trouxeram vivências de isolamento e solidão que foram decorrentes da debilidade dos laços sociais familiares e comunitários (Wanderley, 2014). Nesse sentido, Paugam (2014) aponta que esta fragilidade dos laços sociais representa um aspecto importante do processo de desqualificação social. Tal debilidade dos laços sociais nestas famílias pode se dar devido ao desprezo que as outras classes sociais demonstram em relação às classes populares (Souza, 2015). Às vezes, este desprezo pode circular nestas famílias, com os sujeitos mais frágeis se tornando o alvo de maus tratos.

Além das exclusões, os usuários relataram de forma contundente a dor de se sentirem e serem vistos como inferiores e incapazes. A falta de estudos, o analfabetismo e o desemprego, foram aspectos que provocaram desqualificações de familiares e outras pessoas do convívio social. Paugam (2014) aponta em seus estudos a correlação entre a precariedade da vida material e a diminuição da sociabilidade. A sensação de incapacidade gera fragilidades como no caso de um usuário que se sente oprimido por algumas por ele não ter estudo; outro usuário se via incapaz de se posicionar quando alguém o maltratava. Em decorrências das vivências, o sujeito pode passar a odiar a si mesmo, como se pode perceber no seguinte trecho de um dos diários de campo: “Ela começa a falar que sente muita raiva e muita revolta. Pergunto para onde está direcionada esta revolta. Ela diz que é pra ela mesma, que não deveria ter nascido, que é feia e que tudo nela é errado”. Alguns usuários apresentaram um discurso fragmentado ou uma grande dificuldade de permanecer e/ou

aprofundar no discurso. Isso pode se dar pelo silenciamento e invisibilidade de pessoas que não podem ter voz, como demonstra Paugam, 2014:

Ao ser considerada intolerável pelo conjunto da sociedade, a pobreza assume um *status* social desvalorizado. Os pobres são obrigados a viver numa situação de isolamento, procurando dissimular a inferioridade de seu *status* no meio em que vivem e mantendo relações distantes com todos os que se encontram na mesma situação. A humilhação os impede de aprofundar, desse modo, qualquer sentimento de pertença a uma classe social (Paugam, 2014, p. 71).

Além das vivências de exclusão, houve diversas queixas de experiências ligadas à situação de rua e marginalidade. Um usuário relatou que sua maior angústia é a vergonha que sente de ter se envolvido com drogas e de ter perdido sua esposa e filhos. Outro usuário, que também representa a realidade de muitos que compareceram aos plantões, cresceu em situação de rua, vivenciou violências em abrigos e carrega diversos sofrimentos dessas vivências. Este sofrimento se intensifica diante do preconceito que ainda enfrenta devido ao seu passado. Alguns usuários relataram vivências de nomadismo, como andar sem rumo, no entorno da própria cidade onde vivem ou em direção a outras localidades.

As experiências de rua foram relatadas. Além da ruptura de vínculos familiares, abandonos parentais e outros fatores que provocaram a ida para as ruas, foi possível perceber nos relatos que alguns usuários foram alvo de intervenções higienistas, em que pessoas em situação de rua são expulsas de áreas urbanas consideradas nobres e elitizadas, sendo levadas para locais mais afastados e menos urbanizados. Estas demarcações urbanas buscam uma homogeneização da cidade, salientando a diferenciação de classes e restringindo as possibilidades de interações e a manifestação das diferenças. Alguns usuários demonstraram viver a situação de rua como possibilidade de resistência e liberdade, não desejando reinserções familiares ou institucionais (Delfin, Almeida, & Imbrizi, 2017).

As experiências de exclusão geram uma percepção da própria vida como um grande fracasso. Por exemplo, um usuário narrou uma visão do seu corpo sendo devorado por larvas e pendurado em uma árvore. Ao ser questionado pelo plantonista sobre a relação da visão consigo mesmo, ele responde falando sobre ninguém amá-lo, sobre as derrotas que teve na vida e sobre se sentir tão sem vida e repleto de podridão quanto o seu corpo naquela imagem. Os relatos de pensamentos e tentativas de suicídio foram bastante frequentes, muitas vezes associados a dor de se ver como desamparado e descartável pela sociedade. Nesse sentido, Sawaia (2014) aponta que o “corpo é matéria biológica, emocional e social, tanto que sua

morte não é só biológica, falência dos órgãos, mas social e ética. Morre-se de vergonha, o que significa morrer por decreto da comunidade” (p. 103). Por isso, talvez este usuário que se sente fracassado e inútil, produza estas visões do seu corpo sendo decomposto. A morte social é transformada numa visão de um corpo deteriorado, portanto.

Por fim, nessa categoria foram incluídas observações clínicas sobre a relação entre sofrimento subjetivo e classe social. Muitos sofrimentos relatados têm a ver com a vulnerabilidade social. Vejamos a concepção de Romagnoli (2015) de vulnerabilidade social: “[...] *a baixa renda, a ausência ou a precariedade de trabalho, o acesso precário a serviços básicos e a condições básicas de vida são aspectos produtores de vulnerabilidade*” (p. 451). As vivências de precariedade material e o sofrimento devido às cobranças sociais foram relatados por um usuário: “A sociedade cobra, a gente trabalha, produz, mas a sociedade cobra”. Os sujeitos se sentem julgados pela sociedade como incapazes, apesar da escassez material e falta de acesso a recursos básicos. Esta desigualdade social é encoberta pela difusão de uma visão liberal de sociedade no Brasil que aponta sucessos ou fracassos como resultados exclusivos dos esforços individuais (Souza, 2015). Os próprios sujeitos, então, se culpam ao não associarem os próprios desempenhos ao acesso diferenciado de recursos que dependem da classe social.

Estes aspectos evidenciam de que maneira as questões sociais e ético-políticas atravessam a subjetividade dos usuários atendidos, causando sofrimentos que são mais vivenciados com mais intensidade pelos sujeitos excluídos socialmente.

### **Relações de Poder que Rebaixam e Incapacitam**

Esta categoria condensa algumas vivências de humilhação, opressão e discriminações sofridas. As violências simbólicas que representam vivências nas quais as relações de poder interferem diretamente na forma como os sujeitos se percebem, culminando numa forte restrição de possibilidades existenciais e sociais.

Os usuários comumente relataram sentimentos de humilhação, angústia e indignação diante de injustiças sociais. Um usuário se mostrou revoltado, pois teve sua casa invadida por uma agente de saúde, que abusou de poder para roubar-lhe diversos bens materiais; mencionou ainda que essa agente usa de um mandado judicial para roubar de quem é velho e pobre, sendo este um caso recorrente na região onde vive. Parece que a agente de saúde fiscalizou sua casa, pois ele tinha muitos objetos acumulados no quintal. A intervenção que parecia ter um caráter de saúde, foi entendida por ele como um abuso de poder. Há também



expressões de ódio frente às humilhações sofridas. Um usuário narrou sobre sua vontade de se vingar de um patrão que lhe tratava mal e que diminuiu seu salário. Estas experiências trazidas estão em sintonia com os estudos de Sawaia (2014) sobre o sofrimento ético-político. Sujeitos que estão no processo de exclusão apresentam um sofrimento de serem vistos como pessoas sem valor e sem possibilidades de contribuir com a sociedade. Na verdade, este sofrimento de origem social revela que os sujeitos excluídos demandam um reconhecimento de serem dignos e serem parte integrante da sociedade.

Nos plantões com um usuário ficou evidente a questão da reprodução da violência sofrida, com o oprimido assumindo o lugar do opressor. Ele contou que foi abusado sexualmente na infância e agora na idade adulta traz um discurso de pedofilia. Em uma vivência delirante, na qual é companheiro de um fazendeiro rico, demonstrou prazer ao assumir o papel de opressor numa situação em que chega à fazenda e começa a dar ordens aos funcionários, oprimindo-os e tirando seus direitos. Um plantonista responde dizendo que “ele parece ter sofrido muitas humilhações e, no entanto, está humilhando os funcionários”, tentando fazer com que o usuário percebesse que ele estava assumindo o papel de opressor. O ódio dirigido às classes populares pode ser reproduzido entre os próprios sujeitos excluídos, fazendo com que quem esteve numa posição mais frágil queira, posteriormente, ocupar uma posição de dominação (Souza, 2015).

Ao longo das intervenções, foi possível perceber que a própria instituição também reproduz relações de poder que rebaixam e incapacitam, como observou um plantonista em seu diário de campo:

Na fala da cliente, o Nosso Lar parece ser uma instituição em que muitas formas de opressão estão atuantes. Parece que há humilhações circulando na equipe de voluntários. Acho que seus sentimentos revelam mecanismos de poder presentes lá dentro, que rebaixam os usuários e ela, que está na função de limpeza. Este é o lado sombrio do Nosso Lar, que parece produzir uma hierarquia, que quem está lá dentro fazendo a comida é mais importante do que quem está lá fora recebendo, que são os desencaminhados.

A estigmatização da pobreza que provoca uma exclusão moral é também atualizada pelas pessoas que pretendem prestar cuidados com os usuários (Jodelet, 2014). Geralmente, existe um imaginário social que associa os sujeitos pobres com aspectos como inadequação, vagabundagem e violência (Delfin et al., 2017). As pessoas que prestam cuidados não estão imunes a reproduzirem este imaginário. A equipe do projeto de pesquisa/extensão, por outro

lado, buscou questionar e tentar romper com estas posturas hierarquizantes na relação com os usuários.

As questões de gênero também se manifestaram no espaço clínico. Uma usuária conta que possui uma personalidade forte e defensiva para sobreviver num mundo hostil para mulheres. Ela disse que “tem que ficar brava no Nosso Lar, senão os homens acham que sou mulher deles”. A equipe de pesquisa/extensão refletiu que esta forma agressiva de contato pode ter sido uma estratégia de sobrevivência num mundo hostil para as mulheres pobres.

Portanto, no relato dos usuários ficou marcante o fato que as relações sociais estão atravessadas por questões de poder, que trazem marcas na subjetividade. O mal estar diante de injustiças, a adoção de um modo mais agressivo nas relações e a reprodução da opressão são aspectos em que os usuários se localizam diante do sofrimento vivido na desigualdade social.

### **Enfrentamentos e Consequências da Exclusão**

Essa categoria reúne as possibilidades de enfrentamentos para lidar com situações de humilhação e atenuar o sofrimento advindo da exclusão, rejeição e solidão. Para resistir às dores da exclusão alguns usuários recorreram à violência, como o desejo de se vingar e de eliminar o outro. Por outro lado, foram identificadas estratégias que remetem às forças de vida e ao cultivo das próprias potencialidades. Por exemplo, a religiosidade, a busca de se ver com valor e alguns ajustamentos psicológicos para sobreviver em contextos difíceis. Verificou-se também que o amparo, o amor e o cuidado são instrumentos essenciais para que o sujeito se estruture.

No que diz respeito às formas de lidar com as adversidades e sofrimentos da exclusão, verificou-se que alguns usuários recorrem a um discurso delirante para se sentirem amados, cuidados, desejados ou amparados financeiramente. Por exemplo, um usuário trocou de identidade para suportar a angústia de se ver como fracassado e de ter sido rejeitado em muitos momentos de sua vida. Ele relata que “se tornou a mulher que queria pra si, mas não teve”. A ligação com a religiosidade também apareceu como amparo e como uma ferramenta para fugir da solidão e da dor causada pela rejeição e humilhação. Por exemplo, um usuário disse que sua força para viver vem de Deus e outra usuária contou que Deus foi seu suporte e a impediu de cometer suicídio. Ainda nesse contexto, alguns usuários demonstraram se pautar na crença em um sistema de justiça divina para atenuar a dor da injustiça. Por exemplo, após um relato de forte humilhação, um usuário disse que o opressor será castigado por Deus.

A luta para ser humanizado e se ver com valor foi algo percebido como forma de lidar com as humilhações sofridas. Nossa experiência mostrou que, no contato com sujeitos marginalizados, é necessário que se valide suas potências como via de se atenuar a dor do sofrimento ético-político, numa relação de reconhecimento e promoção da dignidade. Mesmo diante de situações precárias, os sujeitos possuem necessidades que transcendem a fome e revelaram a relação entre o sofrimento e o descrédito social (Sawaia, 2014). Os usuários relataram suas habilidades no trabalho, contribuições que fizeram a alguém. Há uma busca em ser reconhecido e associado a algo de valor. A pobreza não é vivida somente como privação de necessidades materiais, mas como desafio de lidar com o estigma de não ser gente.

A dor de não ser reconhecido como sujeito singular e de ser estigmatizado como sem valor é mais forte do que a dor da fome (Sawaia, 2014). Por exemplo, uma usuária relatou que, diante de uma situação de rebaixamento e opressão, ela se posicionou firmemente e não permitiu que uma pessoa da gestão da instituição a humilhasse. Segundo Romagnoli (2015), o sujeito que vive em condição de vulnerabilidade social, ao lidar com riscos ou momentos de constrangimento, tem sua capacidade de resposta enfraquecida. Por outro lado, exemplos de resistência e reação à situações de opressão como este podem ser entendidos como potência na busca de dignidade.

O sofrimento diante da dor de ser humilhado resultou em estratégias de enfrentamento mais destrutivas, como o desejo de matar e de ser temido. Por exemplo, um usuário fala que é calmo, mas que “pode surtar de raiva” se alguém o humilhar ou quiser se sentir superior a ele. Outro usuário relatou sobre seu desejo constante de matar violentamente todos aqueles que o frustraram, rejeitaram ou o humilharam, entendendo a vingança como o único meio de acabar com o sofrimento. Além disso, vários atendimentos foram perpassados por expressões de ódio e impulsos assassinos. Imaginar e externalizar esses sentimentos faziam com que o cliente se sentisse forte e poderoso, gerando uma sensação de liberdade e alívio. O ódio recebido pelos sujeitos das classes sociais populares pode se transformar numa necessidade de oprimir e reproduzir a violência em outros ainda mais frágeis (Souza, 2015). Por outro lado, é possível pensar que a expressão e a concretização no espaço clínico de criações imaginárias e narrativas delirantes com o acolhimento dos plantonistas, possibilitou aos usuários elaborar e ressignificar seus desejos e experiências (Moreno, 1983). Dessa forma, os usuários utilizam o espaço clínico protegido, obtendo alívio catártico para seu sofrimento e ressignificando as vivências de exclusão.

De modo geral, percebeu-se que para sobreviver à dura realidade de ser excluído do tecido social, os sujeitos precisaram criar maneiras de enfrentamento ou de defesa, que se manifestaram na luta para serem reconhecidos e humanizados, como também nos relatos de fantasias e desejos de eliminar o outro como forma de atenuar as injustiças.

### **Ampliações da Clínica Psicológica**

Nesta categoria estão reunidas algumas problematizações sobre a clínica psicológica e suas possibilidades de ampliações. O contato com sujeitos marginalizados convocou os plantonistas a reverem as construções teóricas e práticas da clínica psicológica, na busca de criação de outras formas de intervenção. Os desafios e as experiências intensas vividos pelos plantonistas ao se depararem com sofrimentos oriundos de injustiça social foram notados. Procurou-se, também, pensar em algumas demandas singulares de uma clínica com sujeitos excluídos e refletir sobre tipos de interações com os usuários que pudessem ser potentes.

Acolher uma diversidade de estados subjetivos foi uma das práticas ampliadas essenciais para a efetividade dos plantões psicológicos. Alguns usuários se apresentavam sob efeito do uso de álcool. A equipe de extensão refletiu que o consumo do álcool representava um meio para obter coragem para se expressar com os plantonistas, além de termos observado que as reflexões desses usuários continham uma profundidade surpreendente. Se a sobriedade tivesse sido considerada um pré-requisito para os atendimentos, provavelmente muitas escutas não teriam ocorrido. No mesmo sentido, foram acolhidos também os discursos delirantes, validando as experiências fantasiosas e construindo um mundo auxiliar para o cliente, como Moreno (1983) postulou. Os plantonistas se colocaram abertos à escuta de toda loucura assassina, e essa abertura ajudou um usuário a elaborar e ressignificar vivências intensas.

O espaço clínico representou um lugar de resgate da dignidade, como em casos de clientes que não tinham uma demanda específica, que queriam estar ali para conversar. Algumas demandas se deram na busca de um lugar para reflexão ou para escuta e acolhimento. Os plantões psicológicos promoveram inclusão social. Em alguns casos era o único espaço de construção de vínculos e diálogos que o usuário tinha. Os plantonistas se preocuparam em promover o reconhecimento dos clientes, validar suas potências e seu saber, buscando horizontalizar a relação. Romagnoli (2006) refletiu que fazer uma clínica social é sustentar a diferença do outro, saindo de si mesmo e se entregando aos afetos, ao ritmo e à intensidade do encontro. É cuidar para não rotular e nem achar que conhece o usuário mais que do ele mesmo. É não julgar e nem assumir uma relação hierárquica. Do contrário, ao se

colocar como superior e não problematizar sua conduta, o psicoterapeuta pode se tornar um gerente de subjetividades.

A flexibilidade característica da clínica ampliada se manifestou na possibilidade de transcender o *setting* tradicional. Muitos atendimentos aconteceram no pátio onde todos se reúnem à espera da refeição ou em outros locais externos. Compreende-se que a clínica não precisa ser a clínica do segredo e que sua força se dá essencialmente na relação terapêutica e não no local. Além disso, a clínica com sujeitos em vulnerabilidade se mostrou também como um espaço de suporte e orientações, como em casos de violência doméstica. Os plantonistas buscaram atuar no território e na rede de cuidados, buscando outros recursos que não somente a escuta qualificada. Romagnoli (2006) diz que clinicar é “[...] *sustentar a diferença, que sempre nos traz a alteridade e, conseqüentemente o social, usando exatamente nosso conhecimento como suporte. Suportar o constante vir a ser do encontro, devir-outro, em ato*” (p. 54).

O contato com subjetividades excluídas também gerou alguns desafios e incômodos. O cansaço, a sobrecarga, a impotência e a sensibilização diante da intensidade de sofrimento social foram vivências significativas dos clínicos, como relata um plantonista:

Acho que os dois casos me cansaram, pois qualquer elaboração, conexão, parece que eu é que tenho fazer. Ou seja, como na dependência química e na loucura o eu está fragmentado, o psicólogo parece ter que emprestar seu próprio eu para o outro, e isso exige muito esforço.

Além desse esforço exigido dos plantonistas, houve casos em que foi um grande desafio acolher a diversidade de estados subjetivos, pois a linearidade dos relatos e a compreensão da fala estavam prejudicadas. Apesar das dificuldades, em muitos diários de campo, os plantonistas expressaram a realização em acolher e ajudar sujeitos em vulnerabilidade social. Os plantonistas se colocam a disposição de diferentes estados subjetivos, sem possuírem informações prévias dos sujeitos (Breschigliari & Jafelice, 2015). Além destes desafios próprios do Plantão Psicológico, existe a especificidade de se trabalhar com pessoas vulneráveis, o que encerra um risco de ressonância das vulnerabilidades (Romagnoli, 2015). Ou seja, tais encontros podem produzir sentimentos de incapacidade e angústia nos plantonistas, fazendo ressoar neles a fragilização e a vulnerabilidade.

Em relação aos efeitos desta clínica sobre os clientes/usuários, observou-se que os usuários demonstravam que estavam se sentindo respeitados e valorizados no espaço clínico. Enfatizavam sobre como foi bom ter alguém que escutasse sobre seus conhecimentos,

trabalhos e habilidades. Alguns contaram piadas, buscando conexão através do riso. Alguns relatos apontaram o espaço clínico como um lugar de crescimento pessoal. Aspectos potentes foram expressos, muitos usuários demandaram uma clínica do diálogo, da reflexão e não do concerto. Paulon e Romagnoli (2018) apontam que “a potência de um corpo emana dos encontros que sua vida produziu, ou seja, que se conquista nas relações” (p. 185). Esta potencialidade fluida de vida se manifesta quando o psicoterapeuta não assume um papel normativo, corretivo e moralista frente à diversidade de estados subjetivos dos usuários.

A equipe de pesquisa concluiu que os pressupostos da clínica tradicional se revelam insuficientes e que podem impossibilitar os atendimentos com pessoas excluídas socialmente e inseridas no âmbito institucional. É preciso que os clínicos inventem novas formas de atuação com este público, experimentando intervenções que não estão prescritas na literatura especializada tradicional.

### **Potencialidades na Vulnerabilidade**

Esta última categoria condensa as potencialidades emergentes na situação de vulnerabilidade. Foram identificados e validados aspectos potentes em sujeitos excluídos. Essa potência foi expressa por meio de relatos de alegrias, demonstrações de prazer pela vida e pela própria liberdade, buscas por conhecimento e crescimento pessoal e tentativas de recomeçar a vida de modo mais organizado. Além disso, os usuários salientaram suas habilidades profissionais e as relações de amparo que possuem.

A expressão de afetos alegres teve seu exemplo com um usuário que relatou que se aventurou em uma fuga da casa de apoio em busca de diversão no forró. Ele disse que dançou bastante e arrumou uma namorada. Outro usuário expressou contente: “tô velho, mas para morrer ainda tô novo. As mulheres me motivam a viver”. Os aspectos de satisfação com a própria liberdade podem ser exemplificados por uma usuária que utilizou o espaço terapêutico para relatar sobre seu apreço pela liberdade. Ela encerrou o atendimento dizendo que não quer mudar nada em si mesma, que gostou de conversar e que voltaria outras vezes. Além disso, houve expressões de aversão a instituições totais, como nos casos de pessoas que ficaram internadas em instituições de tratamento de dependência química. Os usuários relataram sofrimentos, valorizando a própria liberdade e a autonomia. Nesse sentido, concordamos com Romagnoli (2015), ao afirmar que “a atuação do psicólogo deve ser direcionada para a construção do protagonismo e da autonomia” (p. 452).

O trabalho como fonte de prazer, reconhecimento e valorização foi outro aspecto potente manifestado na clínica. Muitas vezes, os clientes dedicavam bastante tempo dos atendimentos relatando sobre seus empregos, sua satisfação em trabalhar e sobre como já foram bem sucedidos. Um usuário se queixa com pesar de não poder trabalhar por questões de saúde e concorda quando o plantonista reflete que estar trabalhando seria uma forma de se sentir vivo, válido e reconhecido. Muitos usuários utilizaram os plantões para falar sobre suas profissões e conhecimentos práticos que já exerceram ou que ainda exercem. Tais narrativas foram valorizadas pelos plantonistas, já que se tratava de uma tentativa de se ver com valor. Portanto, foi importante a oferta de um espaço em que os usuários pudessem expressar que são capazes e que possuem habilidades. De acordo com Wanderley (2014), a produtividade tem um valor relevante para o fenômeno da exclusão social, na medida em que a integração pelo trabalho é a maneira mais eficaz para a inserção social. Com isso, o espaço dedicado ao relato das competências pode ser considerado também um modo de criação de vínculos e tentativa de inclusão social.

Alguns progressos foram notadas após algumas idas aos plantões. Por exemplo, a evolução de um usuário que frequentemente retornava aos plantões se tornou nítida quando em seus relatos ele dizia estar se desfazendo de alguns delírios. Outro usuário elucidou em seu discurso a busca por modos de vida mais promissores e diferentes da família de origem e para obter uma existência mais organizada do que viveu até então. Segundo Paulon e Romagnoli (2018), são os encontros produtores de vida - sem julgamentos, legitimadores, que aceitam a alteridade - que potencializam a busca por outros modos de existência diversos e singulares.

As relações de amparo foram narradas como imprescindíveis por alguns usuários. Por exemplo, um rapaz que foi abandonado pela mãe, morou na rua e sofreu diversas violências, foi adotado por uma mulher quando tinha treze anos e essa relação de cuidado parece ter estruturado muito sua vida. A casa de apoio também surgiu como um espaço de amparo e inclusão no discurso de alguns clientes que se referem à instituição como uma “família substituta”. E o próprio plantão psicológico promoveu inclusão, ao dar voz e escuta qualificada àqueles que não possuem espaço de fala, como também ao validar e reconhecer as potencialidades dos usuários. Os plantonistas ao não assumirem uma postura moralista e hierárquica em suas interações com os usuários, podem promover encontros que produzam mais vida (Romagnoli, 2015).

Portanto, existe uma gama de potencialidades circulando entre sujeitos excluídos socialmente. A clínica ampliada busca trazer à tona essas potências, sem desconsiderar as

opressões e injustiças, mas apostando nos saberes populares que devem ser validados e reconhecidos.

### **Considerações Finais**

A partir dos plantões psicológicos realizados com sujeitos em situação de vulnerabilidade social, constatou-se a necessidade de se transcender a clínica tradicional, em direção uma prática ampliada que questione a concepção de uma subjetividade universal, priorize o encontro com a alteridade e compreenda que os processos de subjetivação dos indivíduos são perpassados por dimensões históricas, sociais e culturais. O encontro clínico precisa ser uma prática clínica ética e política, necessária ao acolhimento das diferentes formas de ser-no-mundo (Dutra, 2004).

Nesse sentido, impulsionados por estes questionamentos e vivências práticas do Plantão Psicológico com pessoas marginalizadas, buscou-se através deste artigo, mapear os sofrimentos éticos-políticos, suas expressões e consequências. Além deste objetivo inicial, a pesquisa possibilitou o acesso a outros dados relevantes, como a experiência de exclusão social e algumas especificidades dos encontros clínicos com pessoas em situação de rua, andarilhos e outros sujeitos em situação de vulnerabilidade social. Os sujeitos atendidos relataram sofrimentos diante de vivências de exclusão, rejeição e solidão. Os sentimentos de inferioridade, incapacidade e descrédito foram bastante verbalizados. Apontaram que a situação de precariedade material e as violências simbólicas e concretas produzem marcas na subjetividade, sinalizando a relação direta entre classe social e sofrimento. Angústias diante do sentimento de fracasso e desamparo ao se ver como descartável pela sociedade foram narradas. O sofrimento e a indignação frente a desigualdade e às injustiças sociais resultaram em reprodução da opressão e a adesão de um modo de relacionamento mais violento, em alguns casos.

Os sujeitos precisaram criar estratégias para sobreviver à realidade de exclusão e lidar com os sofrimentos de quem pertence ao imaginário da inutilidade. Observaram-se formas de enfrentamentos ligadas à vida e outras maneiras de resistência ligadas à violência. As potencialidades que reverberam entre os sujeitos que estão excluídos socialmente foram percebidas, salientando o compromisso ético e social da clínica psicológica ao validar estes aspectos.

A investigação sobre a exclusão a partir dos relatos daqueles que a vivem, nos coloca em contato com a falta de cuidado e compromisso do Estado e da sociedade para com o



sofrimento dos cidadãos. Pondera-se também que mesmo em situação de miséria e vulnerabilidade, os sujeitos não têm necessidades somente materiais, mas de serem reconhecidos como parte integrante da sociedade. Nesse sentido, os estudos com sujeitos excluídos precisam focar não somente nas questões econômicas, mas também sobre a afetividade, as emoções e os desejos destes sujeitos (Sawaia, 2014). Espera-se que o estudo fomente novas pesquisas que possam dar voz aos sujeitos de classes populares e que possam demonstrar a relação entre subjetividade e sociedade. Assim, a Psicologia pode consolidar seu compromisso social, atuando de forma crítica e com enfoque nos direitos humanos.

## Referências

- Breschigliari, J. O. & Jafelice, G. T. (2015). Plantão Psicológico: Ficções e Reflexões. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35 (1), 225-237. doi.org/10.1590/1982-3703000112014.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Cukier, R. (1992). *Psicodrama Bipessoal. Sua técnica, seu terapeuta e seu paciente*. São Paulo: Àgora.
- Delfin, L., Almeida, L. A. M., & Imbrizi, J. M. (2017). A rua como palco: arte e (in)visibilidade social. *Psicologia & Sociedade*, 29 (1), 1-10. doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i158583.
- Dutra, E. (2014). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9 (2), 381-387. doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200021.
- Furigo, R. C. P. L., Sampredo, K. M., Zanelato, L. S., Foloni, R. F., Ballalai, R. C. e Ormrod, T. (2008). Plantão Psicológico: uma prática que se consolida. *Boletim de Psicologia*, 58 (129), 185-192. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432008000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432008000200006&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0006-5943.
- Goldenberg, M. (2015). *A arte de Pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais* (14<sup>o</sup> ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Hüning, S., & Guareschi, N. (2005). Problematizações das práticas psi: Articulações com o pensamento foucaultiano. *Athenea Digital*, 8 (1), 95-108. doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n8.221.

- Jodelet, D. (2014). Os processos psicossociais da exclusão. In B. Sawaia, (Org), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (14ª ed., Cap. 3, pp. 55-67). Petrópolis: Vozes.
- Mahfoud, M. (org). (2012). *Plantão Psicológico: novos horizontes*. São Paulo: Companhia Ilimitada.
- Moreno, J. L. (1983). *Fundamentos do Psicodrama*. São Paulo: Editora Summus.
- Moreno, J. L. (1975). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Paugam, S. (2014). O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais – Uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In B. Sawaia, (Org), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (14ª ed., Cap. 4, pp. 69-88). Petrópolis: Vozes.
- Paulon, S. M. e Romagnoli, R. C. (2018). Quando a vulnerabilidade se faz potência. *Interação em Psicologia*, 22 (3), 178-187. doi.org/10.5380/psi.v22i3.56045.
- Romagnoli, R. C. (2006). Algumas reflexões acerca da clínica social. *Revista do Departamento de Psicologia*, 18 (2), 47-56. doi.org/10.1590/S0104-80232006000200004.
- Romagnoli, R. C. (2015). Problematizando as noções de vulnerabilidade e risco social no cotidiano do SUAS. *Psicologia em Estudo*, (20) 3, 449-459. doi.org/10.4025/psicoestud.v20i3.28707.
- Sawaia, B. (2014). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (Org.) (14ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Sawaia, B. (2014). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In B. Sawaia, (Org), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (14ª ed., Cap. 6, pp. 99-119). Petrópolis: Vozes.
- Souza, J. (2015). *A tolice da inteligência brasileira: ou como o país se deixa manipular pela elite*. São Paulo: Leya.
- Veras, M. P. B. (2014). Exclusão social - um panorama brasileiro de 500 anos. Notas preliminares. In B. Sawaia, (Org), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (14ª ed., Cap. 2, pp. 29-51). Petrópolis: Vozes.
- Vieira, É. D. (2009). Psicodrama: Introdução à Teoria, Prática e Pesquisa. *Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro*, 13 (1), 88-93. Material impresso.
- Vieira, É. D. (2018). Novas direções para o plantão psicológico: o Psicodrama como referencial. 27 (2), 199-211. doi.org/10.15329/2318-0498.20190023.

Wanderley, M. B. (2014). Refletindo sobre a noção de exclusão. In B. Sawaia, (Org), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (14ª ed., Cap. 1, pp. 17-27). Petrópolis: Vozes.

Artigo recebido em: novembro de 2019

Artigo aceito em: junho 2020