



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

LUCIELLY CONCEIÇÃO DOS SANTOS

**ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL AOS SUJEITOS EM  
SITUAÇÃO DE RUA:  
DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS**

---

Londrina  
2019

LUCIELLY CONCEIÇÃO DOS SANTOS

**ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL AOS SUJEITOS EM  
SITUAÇÃO DE RUA:  
DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre (a) em Psicologia, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Estadual de Londrina.

Orientadora: Profa. Dra. Eneida Silveira Santiago

Londrina  
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Santos, Lucielly.

Atenção em saúde mental aos sujeitos em situação de rua : Desafios para as políticas públicas / Lucielly Santos. - Londrina, 2019.  
151 f. : il.

Orientador: Eneida Santiago.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, , 2019.  
Inclui bibliografia.

1. Sujeito em situação de rua - Tese. 2. Atenção em saúde mental - Tese. 3. Políticas públicas - Tese. 4. Centro Pop - Tese. I. Santiago, Eneida. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. . III. Título.

LUCIELLY CONCEIÇÃO DOS SANTOS

**ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL AOS SUJEITOS EM SITUAÇÃO DE  
RUA:  
DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre (a) em Psicologia, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Estadual de Londrina..

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Profa. Dra. Eneida Silveira Santiago  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Alexandre Bonetti Lima  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dra. Alejandra Astrid León Cedeño  
Universidade Estadual de Londrina - UEL)

Londrina, 25 de julho de 2019.

Àqueles que lutaram e lutam por mim, que sempre me ensinam, sem nunca terem pisado na escola, sou fruto da teimosia e fé na vida de cada um de vocês, minha amada família.

## AGRADECIMENTOS

À Eneida Santiago, orientadora paciente. Agradeço por segurar minhas mãos em cada etapa da pesquisa, por me ensinar com tanto cuidado, dedicação e sabedoria.

Ao professor Alexandre Bonetti e à professora Alejandra Cedenõ, que instigaram o meu trabalho, acompanham a minha formação desde a graduação na Universidade Estadual de Londrina, pelas contribuições realizadas no exame de qualificação e por terem aceitado participar deste momento tão especial, a banca de defesa.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, pela formação crítica, pelo espaço de discussão, construção e desconstrução teórica, política e pessoal vivenciada em cada encontro.

Aos amigos do mestrado, por termos caminhado juntos, nesta desafiadora, mas prazerosa construção do conhecimento, pelo espaço de acolhimento, compartilhamento das angústias, anseios e alegrias.

Aos queridos José Eduardo Balera e Sergio Fuji, que enxergaram o mestrado antes de mim, me apoiam e me inspiram.

Ao Eudes Rafael, por ser meu companheiro e por embarcar comigo na jornada do mestrado, pelo suporte, pelo amor encorajador durante todo o processo de estudos.

À equipe do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua da cidade de Londrina, que me acolheu, dividindo comigo o processo de trabalho e me permitindo participar das atividades realizadas pela instituição. Obrigada por me mostrar que é possível realizar um trabalho com tanto zelo e cuidado aos sujeitos em situação de rua.

Agradeço de forma especial, aos sujeitos em situação de rua que são fundamentais na construção deste estudo, pela abertura à pesquisa, por dividirem suas histórias, trajetórias de vida e cotidiano, minha gratidão! Além de todos que direta ou indiretamente atravessaram esta construção.

Santos, C. L. **Atenção em saúde mental aos sujeitos em situação de rua: desafios para as políticas públicas.** 2019. 151 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

## RESUMO

Esta dissertação propõe a reflexão sobre a intersecção entre duas questões: a atenção à saúde mental e aos sujeitos em situação de rua. Na confluência destas questões, o sujeito em situação de rua quando experiencia o sofrimento psíquico intenso coloca um duplo desafio para as políticas públicas de saúde mental sobre como contemplá-los de forma integral, considerando e respeitando suas singularidades. A partir disso, temos como objetivo principal, nesta pesquisa, delinear e problematizar, na visão dos sujeitos em situação de rua, como as políticas públicas de saúde mental contemplam suas especificidades de demandas e necessidades e como essas proposições se efetivam, ou não, na prática de um serviço de saúde mental. A constatação de pessoas que vivem em situação de rua convoca a discussão do tema em questão e demonstra o quanto se faz relevante a investigação desta problemática. Pois, apesar de nas últimas décadas terem estudos que possibilitaram maior compreensão do campo das políticas públicas em saúde mental, como o movimento da reforma psiquiátrica que trouxe novas propostas na construção da atenção em saúde mental aos sujeitos, ao contrapor o tratamento centrado no modo asilar com a atenção psicossocial, ainda se identificam que as proposições das políticas públicas de saúde mental não se materializam na vida de todos os sujeitos. Este estudo se desenvolve na perspectiva qualitativa, tendo o contexto social como fonte privilegiada dos dados. O território escolhido para campo em nossa pesquisa de mestrado é o “Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua” (Centro Pop), da cidade de Londrina – PR. Como estratégia para o trabalho de campo se utiliza da perspectiva etnográfica enquanto teoria-técnica orientadora do estar no campo. Aliado à abordagem etnográfica, este trabalho utiliza ao longo de todo o processo de coleta e análise de dados de alguns operadores analíticos de Michel Foucault: da disciplina, normalização e biopolítica. Nesta pesquisa, consideramos que o sujeito em condição de desabrigo, em sua maioria, procura raramente o serviço de saúde mental, buscando com frequência o serviço de assistência social. Evidenciaram-se nas conversas realizadas com os sujeitos em situação de rua que um dos fatores que limitam a busca por cuidados em saúde mental é a ênfase na forma de tratamento medicamentoso, disponibilizados nos serviços de saúde mental. Nossos dados apresentam um testemunho de uma circunstância do serviço de saúde mental que ainda não conseguiu deslocar a hegemonia das práticas orientadas pelo modelo médico tradicional para o modelo psicossocial de atendimento.

**Palavras-chave:** Sujeito em situação e rua. Atenção em saúde mental. Políticas públicas. “Centro Pop”.

Santos, C. L. **Mental health care for subjects in street situation:** challenges for public policies. 151 p. Dissertation (Master's Degree in Psychology). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

## **ABSTRACT**

This dissertation proposes the reflection about two issues: attention to mental health and subjects in the street situation. We understand that at the confluence of the issues presented, the subject in a street situation when experiencing psychic suffering launches the challenge to public policies on how to contemplate them integrally, considering and respecting their singularities. From this, we have as main objective, in this research, to delineate and to problematize, in the view of the subjects in street situation, how the public policies of mental health contemplate their specificities of demands and needs and how these propositions are effective or not in the practice of mental health service. The finding of people who live in a street situation summons the discussion of the subject in question, in the same way, the result of the research demonstrates how much the investigation becomes relevant. Although in the last decades there have been studies that have made possible a greater understanding of the field of public policies in mental health, such as the psychiatric reform movement that brought new proposals in the construction of mental health care for the subjects, as opposed to the treatment centered on the asylum mode with psychosocial attention, it is still identified that the proposals of the public policies of mental health do not materialize in the life of all the subjects. This study is developed in the qualitative perspective, which has the social context as a privileged source of data. The territory chosen for field in our master's research is the "Center of Specialized Reference for Population in Situation of Street" (Pop Center), in Londrina - PR. As a strategy for fieldwork, ethnography is used as the guiding theory-technique of being in the field. Along with the ethnographic approach, this work uses throughout the process of data collection and analysis of some analytical operators of Michel Foucault: discipline, normalization and biopolitics. People in a street situation are seen as a "complex problem" in the view of the Public Power, these require the State interventions that cover their constitution and their survival. Knowing and identifying their social needs and the complexity and specificity of their health process - disease is a condition for the construction of a universal, equitable and integral health care.

**Keywords:** Subject in street situation. Mental health care. Public policies. Pop Center.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> –	Projeto Brisa – Saraus artístico no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. ....	72
<b>Figura 2</b> –	Companhia de Teatro POP Show no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. ....	73
<b>Figura 3</b> –	Companhia de Teatro POP Show no Museu Histórico de Londrina. ....	75
<b>Figura 4</b> –	Companhia de Teatro POP Show na Reunião da Secretária da Assistência Social de Londrina. ....	76
<b>Figura 5</b> –	Projeto Brisa – Saraus artísticos no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. ....	76
<b>Figura 6</b> –	Companhia de Teatro POP Show na Universidade Estadual de Londrina. ....	77
<b>Figura 7</b> –	Apresentação do curso de violão no Serviço Social do Comércio (SESC) em Londrina – PR. ....	90
<b>Figura 8</b> –	Oficina de artes no Centro Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) – Londrina – PR. ....	91
<b>Figura 9</b> –	Oficina de artes no Centro Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) – Londrina – PR. ....	91
<b>Figura 10</b> –	Aula de violão no Serviço Social do Comércio (SESC) em Londrina – PR. ....	94

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Associação Mãos Estendidas
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP-UDEL	Comitê de Ética de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - UEL
ECT	Eletroconvulsoterapia
FUNCART	Fundação da Cultura Artística de Londrina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto Brasileiro Geográfico Brasileiro
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
MP	Ministério Público
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
ONG	Organização Não Governamental
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PROMIC	Programa Municipal de Incentivo à Cultura
PROUNI	Programa Universidade Para Todos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNOPAR	Universidade do Norte do Paraná

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	17
2.1	UMA OUTRA HISTÓRIA DA LOUCURA.....	17
2.1.1	Formulação da atenção em saúde mental no Brasil .....	29
2.1.2	Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	32
2.2	O OLHAR SOBRE O SUJEITO EM SITUAÇÃO DE RUA NA HISTORIA DA LOUCURA .....	41
2.2.1	Conhecendo a condição de vida dos sujeitos que vivem em situação de rua.....	43
2.3	ONDE ESTÁ O SUJEITO EM SITUAÇÃO DE RUA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS?.....	56
2.4	MODOS DE FAZER POLÍTICA NA PERIFERIA .....	65
2.5	PERCURSO METODOLÓGICO .....	80
2.6	NA RUA PELO MENOS TEM AR: UMA ETNOGRAFIA DO SUJEITO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	96
2.6.1	“Você tá com dó leva pra casa”: Assistência Social como porta de entrada dos sujeitos em situação de rua aos serviços de saúde mental .....	99
2.6.2	“Vocês conhecem a lógica da rua, mas não sabem o que é viver na rua”: Quem são os sujeitos em situação de rua atendidos pelo serviço de saúde mental .....	107
2.6.3	“Nós por nós”: Desafios no acesso do sujeito em situação de rua ao serviço de saúde mental .....	117
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	129
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	133
	<b>ANEXOS</b> .....	146
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE .....	147
	ANEXO B – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UEL (CEP – UEL).....	148

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação propõe a reflexão sobre a intersecção entre duas questões: a atenção à saúde mental e sujeitos em situação de rua. Na confluência destas questões, o sujeito em situação de rua, quando experiencia o sofrimento psíquico intenso, coloca um duplo desafio para as políticas públicas de saúde sobre como contemplá-lo de forma integral, considerando e respeitando suas singularidades.

A partir disso, temos como objetivo principal, nesta pesquisa, delinear e problematizar, a partir da visão dos sujeitos em situação de rua, como as políticas públicas de saúde mental contemplam suas especificidades de demandas e necessidades e como estas proposições se materializam, ou não, na prática cotidiana de um serviço de saúde mental.

Antes de apresentar a estrutura dos capítulos que virão, acredito que uma breve análise de minha implicação com essa temática, com esse campo de atuação e de problematização possa trazer ao leitor um diálogo mais amplo com a questão apresentada. A intenção aqui não é justificar a pesquisa, nem explicar os motivos que incitaram a sua realização, mas sim, iniciar o texto conversando sobre a minha história de envolvimento com este universo social, com essas pessoas, com as questões por eles suscitadas, com as vivências experienciadas, com a violência, a restrição, o descaso e negligência diária, que foram pouco a pouco dando forma em meu corpo a uma atitude que guiou a presente pesquisa.

Meu envolvimento com a temática da vida nas ruas iniciou-se quando ainda estava na graduação em psicologia, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), no quarto ano do curso me inseri como bolsista no projeto de pesquisa intitulado: “Por uma psicologia social crítica e comprometida nos lugares: contribuindo para a luta contra a banalização das subcidadanias”. Assim, desenvolvemos a atividade de pesquisa em um bairro economicamente carente da zona norte da cidade de Londrina – PR, no qual a população

vivencia um alto índice de vulnerabilidade, principalmente social (casos frequentes de assassinatos e violência doméstica, além de alto índice de desemprego, escassez de espaços adequados para lazer, educação, cultura, transporte público precário, dificuldade de acesso aos serviços de saúde públicos, entre outros) junto à Associação Mãos Estendidas (AME) - Organização Não Governamental (ONG) que desenvolveu um importante trabalho na região.

Inseridos em um contexto marcado por insuficiências sociais, o objetivo maior do projeto foi contribuir para a produção de condições mais congruentes e dignas na vida de diversas pessoas socialmente e politicamente excluídas.

E foi neste período, acompanhada pelos docentes coordenadores do projeto e pelo psicólogo da AME que adentrei os espaços de convivência dessas pessoas, e conheci de forma muito próxima a realidade da vida em situação de rua.

Dessa forma, por alguns meses, realizei visitas informais nos “mocós”, assentamentos habitados pelos sujeitos em situação de rua, lugares que são considerados inseguros, vulneráveis e insatisfatórios para a sobrevivência. As primeiras visitas foram acompanhadas pelo psicólogo da AME, assim fui apresentada às pessoas e explicando o objetivo do trabalho. As reações foram diversas, alguns só olhavam com simpatia, outros com desconfiança, arredios, enquanto alguns se aproximavam, conversavam, explicavam de suas mazelas, conquistas, mostravam o seu trabalho com a arte, com as plantas, pediam ajuda médica e de modo geral todos foram muito acolhedores.

Dessa maneira, a cada visita o trabalho foi adquirindo uma forma. E a compreensão de que naquele espaço é necessário o ato de dedicar tempo, de dançar junto; ou seja, estabelecer uma relação com o outro. Oferecer o olhar humano à situação e não somente oferecer assistência, que por sua vez tem sua importância, mas, além disso, fez-se necessário escutar a voz das pessoas que sofrem as mais variadas formas de violações de direitos.

E foi nesse universo que tive a oportunidade de conhecer várias histórias, dentre elas a da transexual que chamarei de Vitória. Bastou um encontro, um olhar atento para que Vitória relatasse diversas situações de sua história de vida. Iniciou contando da sua dificuldade no relacionamento com o pai que impôs que a mesma assumisse o gênero masculino, disse da forma que era cuidada pelas tias, e apesar dos acontecimentos confessou a falta que sente dos familiares. Acrescentava sempre no seu discurso “*Tenho muitas frustrações. Sou muito complicada*”.

Diante dessa situação como estudante, deparei-me com uma triagem que não se apresenta estruturada, como encontradas por aqueles que se dispõem ao atendimento psicológico clínico no *setting* tradicional. Com esse relato chamo a atenção para a necessidade de ouvi-los e de se importar a ponto de oferecer o cuidado de forma integral, a começar pela escuta em suas questões particulares, ou seja, o interesse por toda a sua condição singular de existência.

Diante de tais realidades vivenciadas no projeto, resolvi aprofundar mais o olhar sobre esse fenômeno social e no mestrado a me dedicar a este estudo, sendo que a escolha do campo-tema de pesquisa (onde o campo não é um lugar específico, mas um tipo de pesquisa realizado nos lugares da vida cotidiana) (Spink, 2003), não foi acidental, mas, carregado de intenções e comprometimento com a problemática social dos sujeitos em situação de rua, ainda mais quando estes experienciam o sofrimento mental.

Portanto, para adentrar neste universo social, organizamos esta dissertação em capítulos. No primeiro capítulo, abordamos a relação da sociedade com o fenômeno da loucura nas diferentes épocas. Nosso objetivo é traçar e problematizar os olhares e práticas dispensadas às pessoas em sofrimento psíquico ao longo da história, o que nos auxilia na construção de outra compreensão de como estes sujeitos foram e são contemplados, ou não, pelas políticas públicas de saúde mental nos dias atuais.

No segundo capítulo, evidenciamos a necessidade e o desafio de políticas públicas de saúde mental que integrem a todos, inclusive as pessoas com condições de vida específicas como os sujeitos em situação de rua, tendo em vista os princípios da universalidade, equidade e integralidade, preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei nº 8.080, 1990).

No terceiro capítulo, destacamos a temática das políticas públicas, seu processo de elaboração, bem como, suas características. Dedicamo-nos também à contextualização da relação do Estado com a sociedade civil no importante processo de operacionalização de políticas públicas específicas para as pessoas em situação de rua.

No quarto capítulo, problematizamos como a política pública de saúde mental brasileira abrange, ou não, os territórios e populações marcadas por desigualdades e invisibilidades. A partir dessa discussão, fizemos o mapeamento de dois projetos culturais desenvolvidos junto ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua na cidade de Londrina – PR.

No quinto capítulo, apresentamos o percurso metodológico expondo o objetivo, as proposições que orientam o estudo e também a justificativa. Do mesmo modo, abarcamos a instituição em que se realiza o trabalho de campo, bem como suas características e seu cotidiano. Apresentamos os participantes do estudo, a entrada da pesquisadora no território pesquisado e os processos da coleta de dados.

No sexto capítulo, apresentamos a análise da jornada de pesquisa experienciada em diversas ocasiões durante a relação de cuidado disponibilizadas aos sujeitos em situação de rua, especialmente no Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop) no Paraná, campo escolhido para o desenvolvimento do estudo, os dados são apresentados através de temáticas, melhor dizendo, de toda vivência no campo alguns assuntos se destacaram, na visão da pesquisadora, e assim foram construídos os tópicos que orientaram esta discussão.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 UMA OUTRA HISTÓRIA DA LOUCURA

Neste capítulo, abordaremos a relação da sociedade com o fenômeno da loucura nas diferentes épocas. Nosso objetivo é traçar e problematizar os olhares e práticas dispensadas às pessoas em sofrimento psíquico ao longo da história, o que nos auxilia na construção de outra compreensão de como estes sujeitos foram e são contemplados, ou não, pelas políticas públicas de saúde mental nos dias atuais.

Para tanto, realizaremos um percurso histórico identificando, em síntese, alguns acontecimentos que destacamos como sendo contribuintes no campo da saúde mental: a representação da loucura na era clássica, em que tal fenômeno era tolerado e possuía outro sentido; o nascimento da psiquiatria, no século XIX, quando a loucura passa a ser apropriada pelo saber médico, cuja finalidade era o tratamento com ênfase no processo de busca pela “cura”; também abordaremos o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir de 1970, quando se critica o tratamento até então realizado prioritariamente nos manicômios e, por fim, a atenção psicossocial em saúde mental que objetiva o privilégio do cuidado da pessoa que experiencia a loucura no território em que vive (Hirdes, 2009).

O título deste capítulo, “Uma outra história da loucura”, se constitui no esforço de delineamento dos principais componentes, segundo nossa leitura, da trajetória da saúde mental, em que destacamos as práticas e olhares direcionados à doença mental, bem como a configuração gradativa de tentar conferir visibilidade e atenção ao sujeito em adoecimento psíquico nas políticas públicas de saúde mental, o mais próximo possível, com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A partir disso, no fechamento dessa outra história da loucura, pretendemos poder melhor delinear a composição de forças entre o sujeito em sofrimento psíquico e as políticas

públicas de saúde mental, e uma melhor compreensão de como as proposições dessa política se materializam, ou não, no dia a dia dessas pessoas.

Nesse sentido, iniciamos o percurso histórico do adoecimento mental com o olhar atento ao caminho que outros autores trilharam. Assim, contaremos com as contribuições, principalmente, das pesquisas científicas realizadas neste seguimento, sendo evidenciada a relação da sociedade com o fenômeno da loucura que, de alguma maneira, continuamente está presente no cotidiano das pessoas.

Alves et al. (2009) apontam que na Era clássica, antes do século V a.C. até o século V d. C, a loucura foi entendida socialmente como manifestação divina, desta forma, os loucos andarem livres pelas cidades não era visto como uma problemática.

A loucura nem sempre foi vista sob o olhar médico, antes do advento do Estado Moderno (século XVIII), quando o discurso psiquiátrico não tinha se apropriado da insanidade, a insanidade era concebida como uma forma de expressão do sujeito. Um tema, que atualmente, é tão controverso foi objeto de diversas explicações, passando desde o campo da mitologia até o da religião (Foucault, 2008a).

Neste sentido, o louco era apontado como uma pessoa portadora de poderes diversos. O que falava era ouvido como um saber significativo e fundamental, capaz de interferir no destino das pessoas. A loucura era compreendida como uma revelação dos deuses, assim sendo reconhecida e valorizada socialmente por algumas pessoas, principalmente, por figuras religiosas como os padres, não havendo necessidade de seu controle e/ou exclusão (Foucault, 2008a).

Na Idade Média, entre os séculos V e XV, a época é marcada pela lepra e pelo medo. A loucura era vista como expressão de forças da natureza, e assim, considerada não humana. Diante desse fenômeno, existia um misto de terror e atração. Ainda na Idade Média, foi considerada como possessão por espíritos maus. Esse período foi marcado por um controle da

igreja sobre as pessoas consideradas loucas, a instituição religiosa desempenhava um papel de mediador social (Resende, 2000).

No século XV, na Europa, a expulsão dos loucos do espaço social se deu através da chamada Nau dos Loucos. As localidades não ficavam com os insanos da própria cidade<sup>1</sup>, enviando-os para um lugar sem destino, onde eram depositados em prisões, sem receberem nenhuma forma de tratamento.

No final da Idade Média, por volta do mesmo século XV, o ato de despachar os loucos aos marinheiros era uma forma de evitar que estes ficassem vagando pela cidade, o que pode ser lido como uma inquietude social em relação à loucura.

[...] o louco vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de “polícia”, referente à ordem dos indivíduos na cidade [...] De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ela perturba a ordem do espaço social. Despojada dos direitos da miséria e de sua glória, a loucura, com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados. (Foucault, 2008a, p. 63).

A loucura fazia parte dos problemas detectados pela sociedade à época como perigoso ao Estado, ou seja, agregava-se à doença mental como consequência da desorganização das famílias e da desordem social. Nessa época a loucura era vista como um mal-estar social a ser controlado, por isso, a tentativa de retirar os doentes das vistas colocando-os nos navios e os mandando para longe.

---

<sup>1</sup> Destacamos que nesse período se configurava uma lógica de higienização mental e social, na qual cumpria uma função de retirada do espaço público, principalmente, de determinados segmentos sociais considerados indesejados, dentre estes os que apresentavam comprometimentos mentais. Assim, estes indesejáveis eram deportados da cidade e não aceitavam imigrantes com perfil de desordem psíquica com o objetivo de selecionar os que poderiam permanecer nas localidades. Dessa forma, o valor simbólico nesse ato era libertar as sociedades dos loucos (Foucault, 2008a).

Com o emergir do Racionalismo, no século XVII, Alves et al. (2009) teorizam que a loucura deixa de pertencer ao âmbito da natureza ou do divino, passando ao campo da desrazão, tornando, assim, o louco como aquele que transgride ou ignora a moral racional. Neste sentido, surge a associação loucura-periculosidade, sendo que, visto como desrazoado, aquele adoecido mentalmente representa o não-controle, a ameaça e, conseqüentemente, o perigo. A loucura adquire, desta forma, um caráter moral, passando a ser algo desqualificante, identificando-se no louco características como preguiça e irresponsabilidade.

Paralelo a isto, no mesmo século, com o mercantilismo, predominava o pensamento de que a população era o bem maior da nação, tendo em vista o lucro que podia trazer. Não podemos deixar de considerar que as práticas econômicas mercantis se assemelham ao capitalismo. Dessa relação se tem a compreensão de que o sujeito socialmente adequado é como uma máquina para a produção do capital.

Deste modo, entende-se que, se pode retirar do corpo moldado o máximo de suas forças e habilidades, de forma material, o mesmo contribui para o crescimento do mercado econômico. Neste pensamento se estabelece a percepção de que toda conduta do indivíduo não seja aleatória, devendo sempre responder sistematicamente a um fim desejado, ou seja, em vista de afirmar o desenvolvimento do capitalismo, tal racionalização considera o investimento nas pessoas uma aposta lucrativa (Foucault, 2008b).

Desta forma, aqueles que não conseguiam colaborar para o movimento de produção e reprodução do capital, comércio e consumo, começaram a serem encarcerados, sob a prerrogativa de controle social de tudo que não se adequasse à parte produtiva da sociedade, tais como: idosos, crianças abandonadas, aleijados, portadores de doenças sexualmente transmissíveis, e aqueles considerados loucos, não havendo objetivo de tratamento, mas sim, de punição.

Nas palavras do Michael Foucault (2008a):

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem coisas necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais (p. 56).

Até aquele momento, a loucura e os loucos tinham múltiplos significados. Plurais também eram os seus lugares e espaços ocupados: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais.

A instituição que conhecemos hoje como hospital, não era, originalmente, um espaço de cuidado e exercício da medicina. Foi criado inicialmente como um lugar de caridade, que tinha como finalidade oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, desabrigados e doentes (Amarante, 2007).

No mesmo século XVII, emergiu uma nova modalidade de hospitais, não mais exclusivamente filantrópicos, como eram até então, mas que passaram a cumprir também uma função de ordenação social e política, de forma explícita.

Trata-se do Hospital Geral, criado a partir do ano de 1656, pelo Rei da França. No entendimento do filósofo (Foucault como citado em Amarante, 2007) o nascimento desse espaço representava o estabelecimento de um novo “lugar social” para o louco e a loucura na sociedade ocidental. Este pensador compreende o fenômeno chamado de “A grande Internação” como um processo que culminou nessa mudança de lógica do encarceramento para o de “tratamento” que se construía dentro das instituições hospitalares. Nessa expressão, a grande internação, destacava-se o fato de que nesse local predominava o exercício e a

prática sistemática e generalizada de isolamento e segregação de significativos grupos sociais (Amarante, 2007).

De acordo com Foucault (2008):

Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar ali, mas que poderiam ou mereciam estar ali. Essa tarefa é confiada aos diretores nomeados por toda a vida, e que exercem seus poderes não apenas no prédio do Hospital como também em toda a cidade de Paris sobre todos aqueles que dependem de sua jurisdição (p. 56).

Como foi possível constatar, com o advento do Hospital Geral atribuiu-se a determinação da internação às autoridades reais e judiciárias. Ao diretor do estabelecimento foi concedido o exercício sobre toda a população, que poderia vir a ser, potencialmente, clientela da instituição, e não apenas sobre os que já estariam internados (Amarante, 2007).

A partir das características apontadas, Foucault (2008a) concluiu que o Hospital Geral tratava-se:

De uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. (...) Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – O Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão (p. 56).

Diante do contexto apresentado, percebe-se uma transição, na qual o hospital de caráter filantrópico passava por uma transformação e assumia funções também sociais e políticas.

Foram nestas instituições que muitos médicos atuaram no sentido de humanizá-las. Impulsionados pelo novo espírito moderno, principalmente após a Revolução Francesa (período também marcado pela efervescência das ideias humanistas), momento de várias modificações econômicas, sociais e políticas, em sentido mais amplo, assim como, para o campo da saúde e para a história da loucura. Essas várias configurações acabaram por contribuir para a transformação do hospital na instituição médica por excelência.

Deste modo, o estabelecimento do hospital com funções filantrópicas e de controle social, sofria uma alteração na sua finalidade: a de tratar todos aqueles considerados doentes mentais (Amarante, 2007).

No final do século XVIII, em 1793, o médico Phillip Pinel, tendo sido nomeado para dirigir o Hospital Bicêtre, na França, estabelece uma nova condição social para a loucura. Trata-se da apropriação da loucura pelo saber médico. A partir de então, a loucura passa a ser sinônimo de doença mental. Dessa forma, deixa de ocupar o âmbito social e político, e é incorporada à teoria científica, do campo do saber da medicina, em especial, a psiquiatria.

Ao assumir a coordenação do hospital, Pinel manda desacorrentar os alienados, que devem ser submetidos a um tratamento sob um regime de isolamento institucional. Esta terapêutica consiste em isolar o alienado do mundo exterior por meio da hospitalização integral, sendo que possibilita a observação do fenômeno da loucura de forma mais apurada.

O hospital serve como um laboratório de estudos das alienações mentais, pois não permite interferência que pudesse comprometer e impedir a terapêutica e o diagnóstico adequado do desviante (Amarante, 2007).

Amarante (2007) pontua que, naquele momento, o psiquiatra Pinel elabora uma primeira nosografia, ou seja, uma classificação das enfermidades mentais, consolidando o conceito de alienação mental, apresentado como um distúrbio no âmbito das paixões, e como tal, capaz de produzir desarmonia na mente. Estas compreensões de Pinel contribuem para a formulação da figura do alienista.

A partir da operação de transformações nos hospitais em que atuou, Pinel fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos, estabelecendo nestes o princípio do isolamento social para os alienados. Para tal, introduziu o primeiro modelo de terapêutica nesta área: o tratamento moral. Que por sua vez, fundamenta-se na isolação do mundo exterior, entendido este como hospitalização integral. Essa prática ainda está muito presente na psiquiatria contemporânea.

As ideias de Pinel merecem destaque por reafirmar a separação dos loucos dos demais excluídos, com o objetivo de estudá-los em busca de sua cura, entendendo essa como restabelecimento da razão desviada.

Passa a ser atribuído ao asilo a melhor terapêutica, onde aplica-se a reclusão e a disciplina, isto é, a imposição de regras, condutas, horários, regimentos. Nisto tudo, aspirava-se uma função terapêutica, uma reeducação da mente, sendo estes, justamente, os princípios do tratamento moral.

Neste contexto, se estabelece uma situação emblemática: se por um lado a psiquiatria privilegia a loucura como sendo pertencente ao campo exclusivo da ciência médica, dado que a assistência clínica passa a ser de sua responsabilidade, por outro lado, nega ao louco o status de sujeito, e como tal, de cidadão. Ao confinar a loucura aos asilos, priva-se o louco do direito de voz, reconhecimento social e subjetivo, concebendo a este o lugar de insano, sendo apenas um objeto de estudo da psiquiatria (Amarante, 2007).

Neste seguimento, na concepção da psiquiatria, a institucionalização da loucura tem no manicômio o seu maior representante, e a doença o seu único e absoluto objeto.

O autor Erving Goffman, em 1961, ano da publicação da obra *Manicômios, Prisões e Conventos*, sendo a edição consultada de 2005, apresenta algumas contribuições, da dinâmica do hospital psiquiátrico. Segundo Goffman (2005), tratando-se de um espaço que promove uma determinada barreira à relação social, impede-se o contato de seus internos com a realidade externa. O processo de isolamento promove uma espécie de desculturação que seria consequência da ausência das rotinas e transformação culturais ocorridas na sociedade mais ampla, gerando dependência da instituição por parte dos pacientes e medo de reinserção ao convívio social.

Alves et al. (2009) compreendem que, diante da realidade encontrada no interior das instituições de clausura, começam a despontar tentativas de modificar os hospitais psiquiátricos. A começar pelo saber psiquiátrico que se movimenta em busca da humanização dos asilos. Estes estudiosos eram impulsionados pela inconformidade dos altos índices de cronificação constatada no interior da estrutura asilar. Os tratamentos realizados em locais de enclausuramento apontavam indícios que deveriam ser reformados, tendo em vista que não alcançavam a sua finalidade máxima: a cura (Amarante, 1994).

Em consonância, a fundamental mudança na psiquiatria clássica é a alteração do seu objeto, que anteriormente era o tratamento da doença mental passando a ser a promoção da saúde mental.

De acordo com os pressupostos de Birman, Costa e Amarante (1994), os pontos que constroem essa concepção são, primeiramente, de uma crítica à instituição manicomial, compreendida pela psiquiatria como local de cura primordial, em que se pretende colocar em questão a prática terapêutica desenvolvida pelos médicos no interior dos espaços asilares.

Sendo que a impotência dos procedimentos manicomial se revela na cronicidade das doenças mentais e, conseqüentemente, incapacidade social.

Ainda de acordo com Birman et al (1994), na busca por redimensionar o campo teórico e assistencial da psiquiatria emerge o segundo ponto: a psiquiatria no espaço público, que passa a visar a promoção da saúde mental, sendo esta compreendida como um processo de adaptação social. Este segundo momento é representado pelas experiências de Psiquiatria de Setor, na França, e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos. Para enfatizar o pensamento apresentado, segue o escrito:

Nas duas recentes estruturas, a terapêutica da enfermidade passa paulatinamente para um segundo plano, substituída pela promoção da Saúde Mental, ou então equaciona-se o conflito, numa solução de compromisso, pretendendo-se que com a promoção da Saúde Mental realiza-se a verdadeira terapêutica psiquiátrica. Em qualquer das alternativas, contudo, o foco das preocupações teóricas e dos projetos assistenciais mudam de rumo, apontando para novas direções. (Birman, Costa & Amarante, 1994, p. 45).

Uma das novas direções citadas pelos autores é a atenção à saúde mental, não em um ou outro indivíduo, mas na comunidade em geral, deixando de ser assistencial para ser preventiva.

Desse modo, as críticas dos pacientes e trabalhadores que eram marginais e silenciadas, muitas vezes, no interior dos manicômios passam a fornecer sentidos para as transformações da assistência psiquiátrica.

Se o hospício era considerado produtor e mantenedor da doença, cabe realizar a terapêutica da estrutura hospitalar, o que significa privilegiar o espaço asilar onde o paciente será recuperado para a vida social e familiar, tornando este um sujeito constituído pela rede de

suas relações sociais, através da promoção de ações comunitárias, tendo na internação apenas uma etapa do tratamento, e não o processo como um todo (Birman et al., 1994).

Os processos e as críticas que foram aqui destacadas permearam todo o século XIX e início do século XX. Já na segunda metade do século XX, Amarante (2000) destaca o surgimento do movimento da psiquiatria italiana, permeada de críticas e proposições de transformações do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas.

Na Itália, este movimento ganha força através do veneziano Franco Basaglia, que administrava uma comunidade terapêutica no Hospital de Gorizia. Ele se manifestava insatisfeito com o sistema psiquiátrico adotado na época, no qual não aceitava os métodos coercitivos e violentos de tratamentos dispensados aos pacientes.

Deste modo, Basaglia, além de ser o diretor do hospital, era estudioso e crítico da forma como era compreendida a doença mental pelo saber psiquiátrico da época. Suas proposições e mudanças promovidas viriam a constituir o que ficaria conhecido como Psiquiatria Democrática Italiana, junto a autores como sua esposa, Franca Basaglia e outros.

Este movimento crítico do tratamento e das instituições psiquiátricas não nega a existência da doença mental, mas sim, propõe uma nova forma de olhar o fenômeno, o que significa “uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico” (Amarante, 1996, p.80). Neste sentido, se faz necessário evidenciar o sujeito, e colocar a doença entre parêntese.

Diante da instituição psiquiátrica e das práticas desta, Basaglia se dedica ao resgate da dignidade e dos direitos dos pacientes como cidadãos.

[...] O trabalho de Gorizia concentra-se em três grandes linhas de intervenção que, na prática, estão cotidianamente presentes nas assembleias, nas discussões com os técnicos, nos contatos com os familiares e a sociedade: a origem do pertencimento de classe dos internos do hospital; a pretensão de neutralidade e de produção de verdade

das ciências; a função social de tutela e controle social da psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia (Amarante, 1996, p. 73).

A proposta de trabalho de Basaglia era transformar o manicômio em local de cura, por meio de mudanças no interior da instituição que possibilitassem o cuidado humanizado aos pacientes, e, ao mesmo tempo, a criação de espaços coletivos que promovessem a participação de trabalhadores e pacientes. No entanto, suas propostas encontram fortes reações do poder político local (Alves et al., 2009).

Mais adiante, em 1971, o mesmo Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, ocasião em que fica convencido da impossibilidade de reformar o manicômio. Alves et al. (2009) destacam que neste cenário aqui retratado, é quando inaugura-se um projeto mais consistente de desinstitucionalização, que objetiva a desconstrução da lógica de segregação manicomial. Assim, os tratamentos que promoviam exclusão pretendiam ser substituídos por intervenções que visassem a reinserção social do sujeito. Além disso, toda a sociedade teria que buscar a revisão de seus valores e práticas institucionais discriminadoras.

O espaço do manicômio se mostrava como um lugar que negava a vida por ser habitado pela violência e permitir a morte. Por isso, Basaglia e sua equipe perceberam que era necessário fechar o hospital, ao invés de *reformá-lo*, e devolver a liberdade aos pacientes, (re)inserindo-os à sociedade.

Para Amarante (1996), a desinstitucionalização representa uma forma de negação da psiquiatria como ideologia, que vai desde a negação da instituição manicomial, do poder absoluto do saber médico psiquiátrico, bem como, até a negação e denúncia da violência imposta aos pacientes dentro e fora desta instituição.

Ainda segundo Amarante (1996), os propósitos da desinstitucionalização, levados a cabo em Trieste, são: os internos gradativamente vão recebendo alta do hospital psiquiátrico

e, quando não têm laços familiares, tornam-se ou “hóspedes” – no sentido de que passam a habitar em espaços do ex-hospital, não mais como internos – ou passam a habitar em casas no meio da cidade.

Aos poucos o manicômio de Trieste foi sendo “destruído”. Esse processo contava com a participação dos internos, familiares, trabalhadores, estudantes, artistas, comunidade em geral. Todos esses atores sociais foram de grande relevância, contribuindo com ideias e inspirações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 1996).

### 2.1.1 Formulação da atenção em saúde mental no Brasil

A contextualização panorâmica europeia da história da loucura é fundamental para compreendermos o processo de construção social desse fenômeno. Imprescindível também é discorrermos algumas considerações históricas com relação à formulação da atenção em saúde mental no Brasil.

Em nosso país ocorre certa semelhança com a trajetória da loucura em outros países, conforme contada anteriormente, tendo a psiquiatria brasileira uma característica marcada pela prática asilar (Alves et al., 2009).

Resende (2000) enfatiza que a chegada da Família Real ao Brasil em 1808, constitui uma demarcação de práticas interventivas direcionadas aos considerados desviantes. Tal época é marcada por transformações no âmbito urbano e social com o objetivo de higienização dos espaços públicos. Sendo assim, as políticas públicas eram concebidas com o intuito de higienização social, principalmente na cidade do Rio de Janeiro, capital federal na época.

Embora pareça uma repetição do itinerário do “doente mental” pela história de outros países, dá-se aqui a necessidade de reordenamento urbano e social, em especial, da cidade do Rio de Janeiro pretendendo recolher os que perambulavam pelas ruas, sendo estes desempregados, mendigos, órfãos, marginais e loucos.

No início desse processo era destinada a esta clientela a prisão, as ruas ou porões dos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro. Sendo que esta cidade neste período era a sede do governo brasileiro, e foi neste local que a família real se fixou quando chegou ao Brasil, observa-se que a maior preocupação nessas ações não se configura na atenção à saúde, mas no reforço do tratamento no modelo de segregação e controle social da loucura e do louco (Alves et al., 2009).

O marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira situa-se em 1852. Nesse ano foi inaugurado, pelo próprio imperador D. Pedro II, o hospício que recebeu seu nome no Rio de Janeiro. Naquele momento, o estabelecimento que possuía a capacidade de comportar 350 pacientes. Ao inaugurar, abrigava já 144 doentes e atingiu a lotação rapidamente.

Nesta instituição asilar os doentes eram submetidos ao uso das camisas de força, jejuns impostos, castigos físicos, maus tratos e até mesmo assassinato. A direção do hospício pertencia à Santa Casa de Misericórdia, as decisões das internações eram centralizadas na figura do provedor, sendo que, esse processo não era referendado pelo saber médico, e sim pelos gestores dos hospitais que não possuíam formação no âmbito da saúde, e a visita do clínico era esporádica (Resende, 2000).

A partir de constatações dos maus tratos no interior das instituições asilares, transformações ocorreram no tratamento dos alienados. Denúncias advindas de membros da classe médica reivindicaram a exclusividade de um saber sobre assuntos de saúde e doença mental. A psiquiatria, enquanto especialidade médica autônoma constitui-se, o manicômio que até então era um espaço de reclusão do louco, sem ser submetido a tratamento, passa a ser

dirigido pelo saber poder médico, e conta com uma organização embasada por princípios técnicos.

Alves et al. (2009) coadunam que o embasamento no tratamento da loucura tinha neste momento histórico como pressuposto básico o biologismo organicista alemão, trazido para o Brasil por Juliano Moreira, em 1903. Neste biologismo privilegiava o tratamento moral, baseado, principalmente, no isolamento, na organização do espaço terapêutico, na vigilância dos pacientes e na distribuição do tempo com a determinação de tarefas em horários determinados.

Um aspecto também relevante na história da saúde mental brasileira é a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), no Rio de Janeiro em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, com a ajuda de filantropos. O objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais. A partir de 1926, os psiquiatras da Liga começaram a elaborar projetos que ultrapassavam tais aspirações iniciais, passando também a visar à prevenção de alterações mentais, à eugenia e à educação moral e mental dos indivíduos (Costa, 1980).

Desde então, pode-se observar no programa de higiene mental um desvio do objetivo inicial de melhorar a assistência aos doentes mentais, sendo que, depois da alteração, foi marcado com características eugenistas, xenofóbicas, anti-liberais e racistas. A Liga, assim, passa a cumprir um papel de controle social, na regulação não só dos que possuíam algum distúrbio mental, como também os que apresentavam aspectos ou condições que poderiam ser consideradas desviantes, já que não estavam de acordo com o padrão de vida legitimado pela sociedade, como estrangeiros, negros ou mestiços, os envolvidos em atos ilegais, entre outros grupos sociais.

Apoiados nesta concepção, ações controladoras passaram a ser implantadas pelos psiquiatras da Liga, como, por exemplo, o isolamento do desviante, proposição de exames

pré-nupciais com o objetivo de tentar privilegiar a reprodução de uma “raça pura”, que seria a europeia, considerada geneticamente superior (Costa, 1980).

Entre as décadas de 1930 e 1950, a Psiquiatria tende a acreditar ter a cura da doença mental com a inserção de estratégias terapêuticas até então inovadoras, como a eletroconvulsoterapia (ECT), a lobotomia; além do surgimento e disseminação de uso dos primeiros neurolépticos, como a clorpromazina, em 1950 (Alves et al., 2009).

Nos anos de 1960 (período marcado pela ditadura militar, a partir de 1964) outro fenômeno se evidencia: trata-se da política de saúde e saúde mental identificada pela assistência por meios privatistas, tendo a lucratividade como objetivo principal. Esse modelo de assistência psiquiátrica privatista fortaleceu o processo que se chamou *industrialização da loucura* caracterizada por internações de alta permanência, crônicas e com prevalência medicamentosa (Amarante, 2000).

Diante de tal configuração se faziam necessárias novas propostas de tratamento ao doente mental no Brasil.

### 2.1.2 Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Por volta de 1970, ocorreu a eclosão do movimento de Reforma Sanitária no Brasil. O discurso era em prol de mudanças dos modelos dominantes de atenção e gestão das práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, busca por equidade na prestação dos serviços. Além do mais, também havia uma busca em favor do maior protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Brasil, 2005).

Nesse mesmo período, toma forma o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir de 1978, com denúncias feitas pelos trabalhadores da saúde mental sobre as condições desumanas nos grandes hospitais psiquiátricos.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica se propõe a ultrapassar a noção de apenas uma mudança no modelo de atenção em saúde mental, sendo que sua proposta diz respeito a um projeto de outra sociedade, como se explicita no apontamento a seguir:

A Reforma Psiquiátrica é composta de diversos atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005, p.06).

Neste sentido, para além da organização de serviços e sistemas, o projeto contempla ampliação e amadurecimento da democracia, políticas públicas, direitos civis e sociais, inclusão social, solidariedade e reconhecimento à diversidade (Honnet, 2009) e, inclusive, o direito à liberdade plena do sujeito em sofrimento psíquico.

Guljor e Amarante (2018) partem do pressuposto de que essa é uma luta ampliada, mais do que uma discussão restrita ao setor da saúde ou saúde mental. Os autores destacam a importância de uma transformação da sociedade brasileira no sentido de uma maior solidariedade, de justiça social e redução das desigualdades.

Ainda no ano de 1978, desenvolveu-se um movimento social organizado chamado Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento da Reforma Sanitária, integrantes de associações de familiares dos usuários dos serviços da saúde mental, sindicalistas, membros de associações de profissionais da saúde mental, bem como, por pessoas com histórico de longos períodos de internações psiquiátricas (Brasil, 2005).

Neste contexto, formulam-se propostas e ações com propósito de uma reorientação da assistência às pessoas com transtornos mentais. O pensamento de ruptura com a perspectiva tecnicista sobre a loucura alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (Tenório, 2002).

Em 1987, no II Congresso de Saúde Mental em Bauru, influenciado pela Psiquiatria Democrática Italiana, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Foi pelas ruas de Bauru, estado de São Paulo, orientados por esse lema, que se realizou a primeira manifestação pública pelos fechamentos dos hospitais psiquiátricos no Brasil (Guljor & Amarante, 2018).

Neste período, é de suma importância a abertura do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, também em 1987. Essa instituição foi criada com uma nova proposta de atenção à saúde mental, a saber, com o objetivo de oferecer atendimento clínico e reabilitação psicossocial aos sujeitos em sofrimento psíquico intenso.

Em uma perspectiva semelhante, inicia-se um processo de intervenção, em 1989, da Secretária Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, lugar de violência e morte de pacientes. Tal afirmação é advinda de denúncias feitas na época. A referida intervenção demonstrou a necessidade da implementação de uma rede de cuidado substitutiva ao modelo asilar, até então predominante no país (Brasil, 2005).

Outro acontecimento importante nesse momento aqui abarcado é a apresentação ao Congresso Nacional do Projeto de (Lei n. 3.657, 1989) de autoria do deputado federal Paulo Delgado (PT - MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico e a retirada progressiva dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Com o projeto submetido aos parlamentares se iniciam no Brasil a confluência das lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica nos cotidianos dos serviços psiquiátricos e da construção das conjunturas legislativa e normativa da atenção em saúde mental.

As ações, principalmente, do Movimento da Reforma Sanitária, em vista de a população ter livre acesso à atenção em saúde, culminam na inclusão da atual Constituição (Constituição, 1988), em seu artigo 196, a noção de saúde como um direito de todos e dever do Estado, e, sancionamento das leis: (Lei n. 8.080, 1990) e (Lei n. 8.142, 1990), que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a Constituição de 1988, é instituído o SUS, no qual prevê atenção integral à saúde da população nos níveis de promoção, prevenção e reabilitação. A formulação do SUS contém a articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sendo que as ações dessas esferas do governo são submetidas ao poder de controle social, realizado pela comunidade através dos Conselhos de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, 2005).

Assim sendo, a década de 1990 é marcada pelas novas propostas teóricas e práticas na Política Pública de Saúde brasileira que, por conseguinte, refletiu na mobilização do processo de construção das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Dentre os marcos na história das políticas públicas de saúde mental na América Latina, destaca-se a Declaração de Caracas. Na II Conferência Nacional de Saúde Mental o Brasil firma um compromisso com a assinatura do documento norteador das políticas de Saúde Mental.

O documento chamado de Declaração de Caracas, escrito em 14 de novembro de 1990, pelos três níveis gestores do Sistema Único de Saúde, sendo estes, esferas de governo, nacional, estadual e municipal que buscaram soluções efetivas para o campo da saúde mental (Organização Mundial de Saúde, 1990).

De acordo com Hirdes (2009), este documento é considerado pilar da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois estabelece que os países da América Latina, inclusive o Brasil, dediquem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, revejam criticamente o papel centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardem os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários da saúde mental, e ainda propiciem a sua permanência em seu meio comunitário.

A Declaração de Caracas (Organização Mundial de Saúde, 1990), denuncia os elevados custos e ineficácia do sistema hospitalocêntrico, uma vez que este isola o paciente do seu contexto de referência, e reforça a relação de dependência da pessoa em sofrimento psíquico com a instituição hospitalar. Assim, reconhece a necessidade da construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos (Hirdes, 2009).

Com a proposta de reestruturação na assistência da saúde mental, nos primeiros anos do século XXI impulsionou-se o processo de ampliação e aumento da complexidade da rede de serviços de saúde mental.

As políticas públicas em saúde mental privilegiam a criação de serviços substitutivos territoriais ao hospital psiquiátrico como as redes de atenção à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas e residências terapêuticas, dentre outros, sempre buscando respeitar as particularidades e necessidades de cada local e cada sujeito. Desse modo, começam a vigorar no país as primeiras normativas federais regulamentando a substituição do modo asilar pelo modo psicossocial na tentativa de estruturação e ampliação de uma rede articulada de serviços de atenção à saúde mental que

contemple a pessoa em sofrimento psíquico. Esse conjunto de leis representa uma conquista para a sociedade como um todo, pois propõe uma mudança de conceitos e ações de como lidar com a saúde mental no país (Brasil, 2005).

Embora as normativas do Ministério da Saúde regulamentassem os serviços extra-hospitalares, deixaram algumas lacunas, como a indefinição da linha de financiamento específica para este campo, fazendo com que a maior parte dos recursos financeiros continuassem sendo destinados aos hospitais psiquiátricos. Da mesma maneira, as normativas tanto para a fiscalização como para a classificação dos manicômios não previam critérios sistematizados visando a redução dos leitos (Brasil, 2005).

Nesse sentido, importantes ações foram realizadas, em especial, ao que se refere a melhor qualidade na atenção em saúde mental às pessoas em sofrimento psíquico. Mas, a dimensão do cuidado é apenas uma das questões que envolvem essa problemática, todavia, não é a mais importante. Além de cuidados integrais para este segmento, muitas vezes, esquecido na sociedade, se faz necessário, concomitantemente, a reflexão sobre a outra parte do fenômeno. Isto é, a constituição de mudanças efetivas no aparato jurídico, inclusive aos indivíduos em sofrimento emocional (Brasil, 2005).

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional que a Lei Federal 10.216/2001 de autoria do Paulo Delgado é sancionada. No entanto, a aprovação é de um substitutivo ao Projeto de Lei original. Assim, a legislação final redireciona a atenção em saúde mental no Brasil, privilegiando o oferecimento de serviços que proporcionem o cuidado que considere a pessoa no adoecer e no restabelecimento da sua saúde. Porém, não institui mecanismos rígidos para a progressiva extinção dos manicômios (Brasil, 2001).

No mesmo ano da promulgação da Lei 10.216/2001, em Brasília, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental com o objetivo de alinhar a política de saúde mental do governo federal com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A partir desse encontro, o

campo da saúde mental passa a consolidar-se. Desta maneira, linhas específicas de financiamentos são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos procedimentos são implantados para a fiscalização, gestão e redução progressiva dos leitos psiquiátricos no Brasil (Brasil, 2005).

A saúde pública brasileira também tem se ocupado com a prevenção e o tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Em 2002, diante das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde inicia um processo de implementação do *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas*, reconhecendo que o uso abusivo de substâncias psicoativas pode concorrer para o sofrimento das pessoas, indicando uma problemática específica para a saúde pública. Assim, tal Ministério passa a considerar importante a construção de uma política pública específica para atenção às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Tal perspectiva passa a ser situada no campo da saúde mental, assumindo como estratégia de atuação a atenção psicossocial (Brasil, 2011).

As conquistas alcançadas no setor da saúde mental, e aqui descritas, indicam uma experiência exitosa na construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Amarante, 1994). Dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas apontam que continua em curso o movimento de implantação de serviços substitutivos ao modo de tratamento asilar a pessoas com sofrimento psíquico: entre 2002 a 2014 houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos em hospital geral de 51.393 para 25.998 e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de aproximadamente de 75,24% para 28,91%. Sob outra perspectiva, a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes no país subiu de 424 para 2.185 e o percentual de gastos com recursos e ações extra-hospitalares aumentou de aproximadamente de 24,76% para 71,09% (Brasil, 2015).

Diante das informações retratadas, pode-se compreender de modo geral que, apesar de todas as lutas na esfera político-ideológica e também das várias inovações teórico-técnicas efetivadas para superar o modo asilar, pode-se observar, ainda, a sua predominância, e um esforço contínuo para a sua superação (Costa-Rosa, 2000).

Ao lado dessas dificuldades, verificam-se algumas mudanças significativas. A abertura dos CAPS demonstra o direcionamento de esforços do poder público para a implementação dos pressupostos da política pública brasileira de saúde mental, assim, permitindo a redução de leitos psiquiátricos em instituições manicomialis e o conseqüente fechamento destes, sendo que este processo pode impulsionar a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Sob outra perspectiva, deve ser considerado que os CAPS, muitas vezes, se concentram nos centros de maior desenvolvimento econômico, ou seja, cidades de grande porte, enquanto regiões carentes estão restringidas desse dispositivo de saúde mental, ou seja, com difícil acessibilidade aos recursos e preceitos da atenção psicossocial. Essa realidade convoca um pensamento estratégico para que as proposições da saúde mental se materializem, de fato, na vida de todos os cidadãos (Brasil, 2005).

O século XXI, isto é, o atual momento político brasileiro retrata um significativo retrocesso das políticas de saúde conquistadas a partir da Constituição cidadã de 1988, demonstrado, neste exemplo, pelas ações dos representantes do governo, que persistem em privilegiar os tratamentos que tiram a autonomia e apostam no disciplinamento e controle da pessoa em sofrimento psíquico (Foucault, 2008a).

Nesse entendimento, a Comissão Intergestores Tripartite, que reúne representantes do Ministério da Saúde e secretários estaduais e municipais, aprovou em 14 de dezembro de 2017 uma série de mudanças na política de saúde mental. O documento, apresentado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas do ministério, garante a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, amplia os valores pagos nessas instituições asilares,

estimula a criação de novas vagas em hospitais gerais e prevê a expansão das chamadas comunidades terapêuticas para atendimentos de dependentes químicos (Dominguez, 2017).

Ainda segundo Dominguez (2017), a inversão de prioridades de financiamento indica o retorno da ênfase dada às modalidades de cunho assistencial conhecidas como ineficazes, bem como aos processos de reabilitação psicossocial, reinserção social, singularização e autonomia de pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas, sendo assim, modalidades manicomializadoras.

Em outras palavras, depois de tantos investimentos nas construções de novos conceitos, teorias e práticas na saúde mental, e também, mobilizações para a constituição de outros olhares para o adoecimento psíquico, o documento apresentado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas do ministério da saúde demonstra a prevalência de uma prática que insiste em operar com velhas ferramentas, com velhos conceitos.

Por conseguinte, compreendemos que a Reforma Psiquiátrica Brasileira na contemporaneidade está repleta de desafios. O momento indica significativa fragilidade no avanço alcançado no decorrer de várias décadas, na tentativa de instaurar mudanças na lógica de cuidado realizado nos serviços substitutivos, que enxerga o usuário de saúde mental não como ‘portadores de transtornos mentais’ e sim, como um sujeito de direitos. Depois desse processo, se ainda assim as ações com fundamento assistencial persistem e se distanciam dos pressupostos da reforma, no fim deste capítulo resgatamos a provocação inicial: será que precisamos de “Uma outra história da loucura”?

## 2.2 O OLHAR SOBRE O SUJEITO EM SITUAÇÃO DE RUA NA HISTÓRIA DA LOUCURA

Apesar dos recentes retrocessos, ao longo dos últimos 30 anos, o processo pela Reforma Psiquiátrica Brasileira avançou significativamente em sua implementação, o que é perceptível a partir de variadas dimensões. Visível por dados, como na aprovação de uma ampla legislação voltada à garantia dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, bem como, uma expansiva inserção e disponibilização de ações e estratégias como desdobramentos da política pública de saúde mental nos serviços e dispositivos territoriais em várias regiões do país e substituição às instituições manicomiais.

Para além das importantes ações que se concentram em torno das práticas substitutivas ao modo asilar, considerando que muitas pessoas ainda se encontram nos hospitais psiquiátricos espalhados pelo Brasil, se faz necessário inserir na agenda da reforma psiquiátrica outras questões fundamentais como: a pouca informação sobre o serviço, inviabilidade de acesso e a dificuldade no atendimento nas instituições de saúde mental (Bezerra, 2007). Sendo que há um grande contingente de pessoas que ainda não são contempladas pelos serviços, em suas especificidades e demandas. Dessa forma, estas, tão somente, chegam e aderem aos processos de atenção de saúde quando são conduzidas pelo serviço de resgate ou por meio de instituições assistenciais. Assim, encontram dificuldades de recorrer ao local de atendimento espontaneamente (Ministério da Saúde, 2014).

Vale lembrar que alguns dispositivos de saúde apresentam experiências exitosas nas ações ofertadas para os usuários, quando, por exemplo, atuam desconstruindo o saber unilateral do profissional de saúde, a não culpabilização do sujeito, permitindo que os usuários sejam co-gestores na construção de seu cuidado. Tais posturas são aqui valorizadas. Contudo, é preciso destacar que esses resultados positivos pontuais devem ser impulsionadores para efetivações de políticas públicas de saúde que abranjam não um ou outro indivíduo, mas toda a população (Varanda & Adorno, 2004).

É diante de alguns desafios presentes no campo da saúde mental que esta pesquisa ganha contornos. Visto que, a confluência dos temas, sendo eles, sujeitos em situação de rua e saúde mental são destacados neste estudo, não somente devido às precárias condições de saúde que essas pessoas vivem, mas com enfoque na indispensável construção de políticas públicas de saúde mental que contemplem as condições de vida e existência desses cidadãos, viabilizando seu acesso autêntico aos serviços de saúde disponíveis, o que se faz necessário para minimizar o sofrimento desses indivíduos nas ruas (Varanda & Adorno, 2004).

Em vista disso, considera-se que as pessoas que vivem nas ruas sofrem as mais variadas formas de violações. Suas realidades não condizem com o disposto pelo ordenamento jurídico do país, consoante à Constituição Federal de 1988, que em seu Capítulo II, dos direitos sociais, no Artigo 6º assegura a garantia a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (Constituição, 1988).

Dessa forma, evidenciamos neste segundo capítulo a necessidade e o desafio de políticas públicas de saúde mental que integrem a todos, inclusive as pessoas com condições de vida específicas como os sujeitos em situação de rua, tendo em vista os princípios da universalidade, equidade e integralidade, preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei nº 8.080, 1990).

Diante das diversas vulnerabilidades que marcam especificamente os indivíduos que se encontram em condição de rua, se constitui o estudo do fenômeno. Tal problemática social aponta para a diversidade que apresenta diversas terminologias e conceitos que se propõem a definir o sujeito nessa circunstância de vida.

### 2.2.1 Conhecendo a condição de vida dos sujeitos que vivem em situação de rua

Vieira, Bezerra e Rosa (2004) afirmam que seria possível determinar distintas situações quanto à permanência na rua, como: ficar na rua momentaneamente; estar na rua recentemente e o ser da rua continuamente.

Entende-se que o ficar na rua momentaneamente diz respeito a algum motivo que leva o indivíduo a não ter onde morar, como uma situação de desemprego, saída da sua cidade de origem para tratamento de sua saúde ou de algum familiar.

O estar na rua recentemente é caracterizado pela permanência mais prolongada desta condição, na qual os pernoites ocorrem em logradouros e estabelecem relações com outros indivíduos na mesma situação. Essas pessoas assumem como estratégia de sobrevivência, muitas vezes, a realização de pequenas funções com algum rendimento, como, no caso, guardadores de carros, descarregadores de carga, catadores de papéis e/ou latinhas. Além disso, tem os que se utilizam dos pequenos furtos e contravenções, e os que fazem certa mendicância (pedinte) como forma de sustento.

Por sua vez, o ser da rua continuamente, compreende-se quando a situação de rua passa de temporário para permanente. Indica a cronificação de determinada condição, pois, trata-se de pessoas que estão passando por um processo de debilitação física e mental, especialmente pelo possível uso abusivo de álcool e drogas, pela alimentação deficitária, pela vulnerabilidade à violência.

Nessa perspectiva, percebe-se que não há apenas uma caracterização dos sujeitos em situação de rua, e sim, a possibilidade de entendimento de vários dimensionamentos dessa condição de existência.

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 define esse grupo social da seguinte forma:

Trata-se de um “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população se caracteriza, ainda, pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória” (Decreto n. 7.053, 2009, p. 1).

Assim sendo, os indivíduos aqui estudados são os sujeitos que vivem nas ruas e utilizam esse espaço público como moradia, seja momentaneamente, recentemente ou continuamente. Concordando aqui com o que entende Mendonça (2007) que caracteriza os sujeitos em situação de rua como qualquer pessoa que, sem moradia, pernoita nos logradouros da cidade, nos albergues, abrigos ou lugar não destinado à habitação, que têm pouca ou nenhuma condição de higiene.

Nesse sentido, diante da necessidade de recuperação mais concreta da qualidade de vida dessas pessoas, entende-se que estas não precisam de estudos que se dediquem, meramente, em defini-las. Pelo contrário, há a necessidade de contribuições que mobilizem para consideração da heterogeneidade, como tal é caracterizada a situação de rua, em vista do aprimoramento e desenvolvimento das políticas públicas e ações oferecidas a estas pessoas (Ministério da Saúde, 2014).

Deste modo, quando se fala sobre pessoas, pressupõe que há particularidades na condição de vida, além de motivos singulares para viverem nas ruas. Considera-se também que o processo social capitalista coopera para a indução dessas pessoas para essa condição,

estas, em muitas situações, acabam padecendo pelos mecanismos políticos e econômicos excludentes.

Ghirardi, Lopes, Barros e Galvani (2005), apresentam como determinantes do viver nas ruas a elevada competição do mercado de trabalho, a não vinculação trabalhista pela escassa qualificação profissional do sujeito em situação de desabrigo.

Nesta mesma discussão, os autores Pereira, Fernandes e Barretos (2001), atribuem às pessoas o ato de morar nas ruas por questões relacionadas à desestrutura familiar, desemprego e até mesmo o azar e, ainda, evidenciam que os principais fatores para inserção nesse universo social se relacionam com o uso abusivo de bebidas e substâncias psicoativas. No último caso, o sujeito já pode ter uma relação abusiva com as drogas antes da ida para a rua, como, também, passar a fazer o uso abusivo por consequência da própria vida nesse espaço.

Snow e Anderson (1998) também refletiram sobre essa questão afirmando que o universo das pessoas em situação de rua se trata de um mundo social que não é, simplesmente, criado ou escolhido pela grande maioria deles, pelo menos não inicialmente, mas grande parcela desses indivíduos foi levada a essa condição por circunstâncias além do seu controle, como desemprego.

Além do mais, algumas pessoas são impulsionadas para as ruas por uma história de vida marcada por intolerância à diferença, alta exigência para se enquadrar em normas e formas de ser e viver, assim, restando pouco espaço para a diversidade. Tal conjuntura, muitas vezes, culmina na opção por adentrar a rua na busca pelo sentido da sua própria existência (Melo, 2011).

Ainda sobre o espaço da rua, Ribeiro (2003) diz:

A rua é um espaço que estimula, mas também restringe. Oferece muita liberdade, mas também muitas renúncias. Possibilita ampliar as relações de amizade, mas também revela a perversidade de seus pares. Ela dá a impressão de que tudo é acessível, mas

muito pouco pode ser apreendido. Ela acolhe qualquer um, mas torna todos muito vulneráveis. A rua é assim, tal como uma “sereia” seduz e atraiçoa (p.623).

Assim, para alguns que se encontram desabrigados, a realidade se apresenta como um ganho, pois, muitas vezes, é a sua única alternativa de sobrevivência, mas esse espaço também tem seus limites. Compreende-se que a situação de vida nas ruas tem suas peculiaridades, e também questões que se repetem entre essas pessoas.

Nas linhas a seguir, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2008) nos auxilia na compreensão dos aspectos que são comuns à vida nas ruas, ou seja, as situações que se repetem entre as pessoas que utilizam do espaço público como habitação.

A referida pesquisa foi realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social entre os anos de 2007 e 2008. Seu levantamento abrangeu 71 cidades brasileiras. Desse total, fizeram parte 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais. Vale destacar que dentre as capitais não foram pesquisadas São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, pois estas haviam realizado ou estavam conduzindo pesquisas semelhantes. Em todas as cidades foram realizados um censo das pessoas em situação de rua, com a aplicação de um questionário reduzido, e uma pesquisa amostral, que investigou um conjunto maior de questões em cerca de 10% das pessoas entrevistadas em cada município (utilizando a técnica de amostragem probabilística sistemática). Como resultado, o estudo identificou um contingente de 31.922 adultos em situação de rua nos municípios pesquisados (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2008).

A pesquisa citada quantifica e qualifica os principais fatores que contribuiriam para a situação de rua. Apresenta-se que os maiores motivos que ocasionam o morar nas ruas são: alcoolismo e/ou uso de drogas (35,5%), perda de emprego (29,8%) e conflitos familiares (29,1%).

Nesse seguimento, um ponto a ser ressaltado é de que a maioria dos que vivem nas ruas são homens. Do total da população, 82% é masculina. Com relação à cor de pele dos que vivem nas ruas, 39,1% se autodeclararam pardos; 29,5% se declararam brancos e 27,9% se declararam pretos. Lembramos que no censo do Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE), articulam negros e pardos, assim, contabiliza a população brasileira em 53% negros e 46% de brancos. Voltando-se para as pessoas em situação de rua, considerando o mesmo método, a representação negra é de 67%, bem mais alta que seu percentual na população brasileira (IBGE, 2010).

Ao contrário do que, frequentemente se pensa, a maioria dos que vivem nas ruas são trabalhadores. Assim, 70,9% exerciam uma atividade com remuneração e 58,6% afirmam ter uma profissão, assim, autodeclaram que as atividades mais praticadas são as de catador de materiais recicláveis, cuidadores de carros (flanelinha), trabalhos na construção civil – pedreiro (Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, 2008).

Ao que se refere à saúde desse público. Alguns dos resultados mais relevantes foram que 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde. Dentre os adoecimentos prevalentes se destacaram os sofrimentos de ordem psíquica, como estresse, depressão e o uso abusivo de álcool e drogas, sendo 6,1% (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2008).

Com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, foi possível obter dados referentes a essa população no Brasil. Apesar de ser de 2008, é a pesquisa mais abrangente e completa que há até 2018, e que leva em conta todo o país.

Deve-se sempre ter em mente que os sujeitos em situação de rua são marcados por uma característica migratória, o que não justifica a falta de pesquisas neste campo, mas torna mais complexa a dificuldade do processo de obtenção de seus dados (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2008).

Dessa maneira, os dados apresentam uma dificuldade para as pessoas em situação de rua, que é a ausência de um acompanhamento sistemático do aumento e diminuição da população. Além disso, na pesquisa só foram consideradas as cidades com mais de 300 mil habitantes. Assim, os números não refletem a realidade brasileira em termos das pessoas em situação de rua na sua totalidade, uma vez que, esses cidadãos estão presentes em todo o país, em alguma medida. Deste modo, a carência de verificação, inclusive quantitativa dos sujeitos em situação de rua, dificulta uma política eficiente, do ponto de vista de atingir seus objetivos, para esses indivíduos, mas não é impedimento, e sim, exige que os programas estejam em constante reavaliação e as pesquisas e censos sejam realizadas com frequência maior (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008).

À última pesquisa realizada em 2008, apresenta-se um estudo mais recente, de 2015, desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A finalidade deste instituto é fornecer suporte técnico às ações governamentais para a formulação e acompanhamento de políticas públicas. Na referida pesquisa consta em torno de 100 mil pessoas vivendo em condição de rua pelo Brasil. Desses, cerca de 77,02% viviam em municípios com mais de 100 mil habitantes.

Essa pesquisa também recebe críticas, neste caso, do representante do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), pois a estimativa dessa população foi feita a partir do Cadastro Único para Programas Sociais (Cadastro Único) que, a partir de 2003, se tornou o principal instrumento do Estado brasileiro que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, viabilizando a seleção e inclusão dessas pessoas em programas federais, sendo usado obrigatoriamente para a concessão de benefícios, como no Programa Bolsa Família (Decreto nº 6.135, 2007).

À vista disso, os estudantes das escolas médicas do estado do Paraná e São Paulo, em 2017, com o intuito de criar uma cartilha de formação e discussão sobre os sujeitos em

situação de rua, convidam Vanilson Torres, como representante do MNPR, para contribuir com o estudo por meio do seu comentário sobre a pesquisa (Ministério da Saúde, 2014).

Vanilson (2014) acredita que apenas 3 a 5% da população de rua de todo o Brasil está registrada no Cadastro Único que viabiliza o acesso para programas sociais do governo federal. Por conseguinte, o MNPR considera que existem mais que 100 mil pessoas em condição de rua no país, o que enfatiza a necessidade de um novo censo e de uma nova Pesquisa Nacional para a População em Situação de Rua, como realizada em 2008, o que contribuiria para a reformulação das políticas públicas para as pessoas que vivem nesses espaços públicos (Ministério da Saúde, 2014).

Frente ao panorama apresentado, percebemos como as pessoas que se encontram nas ruas desafiam os princípios da universalidade, equidade e a integralidade que fundamentam o SUS. Logo, o grande número de brasileiros nessa circunstância, denuncia as contradições de uma sociedade que tem a seguridade social como direito constitucional e, além disso, firmam a saúde como direito de todos e dever do Estado, e mesmo diante dessas garantias legais, ainda, há pessoas que não são contempladas pelas políticas públicas sociais, em especial, a de saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Ademais, a realidade dos sujeitos em situação de rua, convoca o poder público, em geral, quem atua como responsável pela implementação das políticas públicas, para a materialização da preposição presente na noção ampliada de saúde, reconhecido pelas políticas públicas de saúde como um pressuposto que contempla a heterogeneidade desse grupo e ultrapassa a dimensão biológica, sendo capazes de intervir nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Tendo em vista que essa população supera o número de 100 mil brasileiros em rua, é urgente a necessidade de o Estado garantir o pleno acesso à saúde destes, com políticas públicas, ao mesmo tempo, capazes de formar profissionais qualificados para lidarem com a

complexidade dessa realidade, que possui especificidades no modo de viver, garantindo a efetivação do seu direito à saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Novamente, ressalta-se que o conhecimento sobre essas pessoas é primordial, pois, em especial, por viverem na rua, estas carregam as vulnerabilidades e os riscos cumulativos que esse contexto traz, como a violência que esses indivíduos sofrem e que presenciam diariamente, visto que vivem sem proteção e sem abrigo constantemente. Assim, essas ações prejudicam a qualidade de vida dos que estão nessa condição (Ministério da Saúde, 2014). Para exemplificar as agressões conferidas às pessoas em situação de rua, segue o escrito de Mattos e Ferreira (2004):

[...] Comumente nós as olhamos amedrontados, de soslaio, com uma expressão de constrangimento. Alguns as veem como perigosas, apressam o passo. Outros logo as consideram vagabundas e que ali estão por não quererem trabalhar, olhando-as com hostilidade. Muitos atravessam a rua com receio de serem abordados por pedido de esmola, ou mesmo por pré-conceberem que são pessoas sujas e mal cheirosas. Há também aqueles que delas sentem pena e olham-nas com comoção ou piedade. Enfim, é comum negligenciarmos involuntariamente o contato com elas. Habitados com suas presenças, parece que estamos dessensibilizados em relação à sua condição (sub) humana. Em atitude mais violenta, alguns chegam a xingá-las e até mesmo agredi-las ou queimá-las, como em alguns lamentáveis casos noticiados pela imprensa (p. 2).

Neste sentido, entende-se que, comumente, a interação da sociedade com esses indivíduos é marcada pela hostilidade. Pois, a falta de afeto, o olhar julgador e os passos apertados de quem anda por perto tornam ainda mais sofrida a vida do sujeito em situação de rua. Mas, a violência não se trata de sua única problemática, tendo em vista que a disponibilidade e acesso aos alimentos são dificuldades que esses sujeitos precisam enfrentar.

Assim, as comidas obtidas são de baixa qualidade nutricional e a própria higienização são precárias (Ministério da Saúde, 2014).

Outra questão a ser abordada quando se vive nas ruas, é a privação do sono, diante do medo, da violência, do frio, do estômago vazio, não é possível ter tranquilidade para dormir a quantidade de horas e a qualidade de sono adequada. Assim, sua saúde é prejudicada pelo pouco descanso. Dessa forma, essas situações são potencialmente gatilhos e riscos para outros problemas mais sérios ligados à saúde, como depressão (Ministério da Saúde, 2014).

Por conseguinte, tanto situações de violências, má alimentação, pouco sono atuam não só no aspecto físico, mas também no psicológico. Além do mais, o uso abusivo de substâncias psicoativas podem gerar muitas consequências, resultando em problemas significativos, tanto no aspecto físico (advindo do efeito da droga), quanto na parte psicológica (por exemplo, a depressão, como citada anteriormente).

Diante de tantas necessidades importantes, o acesso à saúde dessas pessoas é mais que cuidado, trata-se de sobrevivência. Sendo que, por vezes, muitas dessas pessoas não sairão das ruas, pois estão em um processo complexo de exclusão e vulnerabilidade, mas, do mesmo modo, precisam de cuidados. Dar-lhes atenção e atendê-los em suas necessidades singulares é tratá-los com equidade (Anjos & Moreno, 2014).

Deste modo, faz-se necessário destacar uma realidade ainda mais complexa dos sujeitos que se encontram em situação de rua, a saber, são os que estão desabrigados e apresentam sofrimento psíquico intenso, pois essa particularidade pouco aparece nas propostas governamentais.

Para Ferraz (2000), o sujeito em situação de rua em sofrimento psíquico é quem vive a experiência da loucura em estado livre, se trata daquele que está fora do hospital psiquiátrico e não usufrui dos cuidados de seus familiares. Nesse caso, além de estar

impregnados pelas marcas que são atribuídas às pessoas em situação de rua, estes, recebem também outro rótulo: o da loucura.

Na tarefa de caracterização do que se denomina “louco de rua”, Brito (2006) acrescenta:

São pessoas, de modo geral, oriundas das camadas extremamente pauperizadas da população e, entretanto, diferentemente das demais, encontram, na estrutura psíquica que lhes é própria – a psicose – um elemento agregador ao “estado de miserabilidade e desamparo em que se encontram” (dificuldade com o cuidado de si, alheamento com relação à questão do tempo, dificuldade maior e diferenciada de fazer laço social). Por conseguinte, terão dificuldades também no estabelecimento das mediações simbólicas necessárias na apropriação do espaço e no convívio com seus pares na miséria. Fazem laços com o mínimo de pessoas e são, geralmente, portadoras de uma dignidade avessa à filantropia, figuras de uma estética bizarra e singular, que vagam pelo território urbano ou se fixam em algum ponto do espaço público, carregados de objetos aparentemente inúteis, expostos às intempéries do tempo e às vicissitudes da rua (p. 323).

Portanto, são pessoas que apresentam um aspecto mais complexo: o sofrimento psíquico intenso. Estes indivíduos, em especial, carecem de uma política pública consistente (Anjos & Moreno, 2014).

Vale destacar que as ações advindas dos mais variados segmentos sociais caritativos, como doações de roupas e alimentos, tendem a favorecer para manter as pessoas em um estado de indigência, humilhação e assujeitamento, alimentando um processo, que pode ser denominado como institucionalização do sujeito em situação de rua (Brito, 2006).

Assim, aliado às práticas da sociedade civil é imprescindível o comprometimento do poder público, para possibilitar a continuidade das ações de combate à vulnerabilidade, inclusive em direção da garantia das necessidades básicas dos indivíduos, como alimentação, que constitui um dos direitos que precisam ser viabilizados a todos os cidadãos.

Para favorecer essa compreensão, o princípio da equidade, presente no SUS se enfatiza nessa discussão, principalmente, por destacar a singularidade dos sujeitos em adoecimento de ordem mental.

Adorno e Varanda (2004) destacam que:

Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo, classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida (p.68).

Dessa maneira, diante do fenômeno apresentado, muitas vezes, os serviços públicos encontram dificuldades em se adequar às exigências que requerem este modo de existência, que se deve ao modo de vida itinerante, e também, por exemplo, a valores específicos, muitos deles ligados ao consumo de álcool e drogas, presente como uma estratégia de enfrentamento e sobrevivência que impõe essa realidade desafiadora (Ministério da Saúde, 2014).

Neste seguimento, as vulnerabilidades enfrentadas pelos sujeitos em situação de rua exigem superação para melhorar a qualidade de vida deste grupo social.

Assim, na tentativa de construção de cuidado para essas pessoas, entre as décadas de 1970 e 1980, a Pastoral do Povo da Rua, da Igreja Católica, inicia um movimento de organização de pessoas em situação de rua, com ênfase nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte.

Nota-se, nesse momento, o critério de escolha das cidades fundamentada no caráter demográfico, isto é, tendem a privilegiar ações em cidades de grande porte, com mais de 200 mil habitantes. Justifica-se que no Brasil há uma maior concentração dos sujeitos em situação de rua nas grandes metrópoles, onde há maior disponibilidade de recursos garantidores de sobrevivência, possibilidade de invisibilidade ou até mesmo anonimato. Assim, tais iniciativas de caráter religioso foram responsáveis por implantar casas assistenciais para os que não possuem abrigo (Anjos & Moreno, 2014).

Considera-se que, tanto a ação da Pastoral do Povo da Rua quanto as primeiras práticas voltadas para esse público, geralmente, provenientes de instituições religiosas, são importantes, mas atuam de forma emergencial e paliativa, o que tende a manter o problema (Brito, 2006).

Dessa forma, enquanto não forem efetivas as políticas públicas, a fim de garantir a materialização do acesso aos direitos para os que vivem na rua, como o acesso à saúde, tais iniciativas serão medidas intervencionistas. Logo, muitas das ações, são atravessadas pela lógica dos preceitos higienistas e sanitaristas, na ótica da remoção das circulações das pessoas pelas cidades (Foucault, 2008a).

Neste sentido, compreende-se que a Política Nacional para População em Situação de Rua, implementada em 2008, em que se determinam leis específicas para essas pessoas indica um reconhecimento, inclusive jurídico, desses cidadãos, pois são medidas que geram impactos a longo prazo, como por exemplo, o direito constitucional de serem considerados cidadãos integrais, o que desloca da Assistência Social a responsabilidade exclusiva desse público (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2008).

Em 2011, foram instituídos pela Política Nacional da Atenção Básica PNAB/Ministério da Saúde (Portaria nº 2.488, 2011) vários serviços de apoio e atenção psicossocial aos usuários de drogas e álcool e aos sujeitos em situação de rua, como o

Consultório na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial, as Unidades de Acolhimento Transitório, dentre outros. Tais serviços demonstram a preocupação com as pessoas em situação de rua e seus agravos em saúde (Ministério da Saúde, 2011).

É importante destacar também que as políticas públicas direcionadas às pessoas em situação de rua devem ser intersetoriais para que tenham maior alcance. Exemplificando, como o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop), destinado aos indivíduos que estão em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Quando em concordância, estas passam por atendimentos especializados, tais como: serviços de cuidado pessoal, alimentação, oficinas temáticas, promoção e assistência social, suporte e acompanhamento psicológico, de modo como são disponibilizados outros serviços e encaminhamentos ofertados na rede de assistência social e saúde (Brasil, 2011).

Neste sentido, articulações entre políticas, como as Políticas Públicas de Saúde e as de Assistência Social são fundamentais; da mesma forma, é preciso criar encontros e espaços de diálogos entre os profissionais das diferentes áreas que atuam com os sujeitos em situação de rua.

No fechamento deste capítulo, é possível verificar a compreensão da necessidade do aprimoramento das estratégias e ações que objetivam promover a saúde das pessoas que estão em situação de rua. Portanto, busca-se garantir o acesso desses indivíduos às ações e aos serviços de saúde, reduzir os riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida, e, sobretudo, garantir a concretização dos direitos desse grupo, contribuindo para ultrapassar as medidas repressivas conferidas até os dias atuais aos sujeitos em condição de rua.

## 2.3 ONDE ESTÁ O SUJEITO EM SITUAÇÃO DE RUA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

Tem se verificado nos últimos anos um crescimento significativo em várias regiões do Brasil de pessoas em situação de rua. Todos os dias entram e saem pessoas desse universo social. Recentemente, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) publicou o Texto para Discussão Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (IPEA, 2016), apontando para a existência de cerca de 101.854 pessoas em condição de desabrigo.

Compreende-se um alto nível de complexidade no processo de obtenção de dados dos sujeitos que se encontram desabrigados, apesar disso, identificam-se recentes ações de tentativa de acompanhamentos sistemáticos deste grupo social em várias cidades do país, como a pesquisa que está sendo realizada este ano para levantar o perfil das cerca de 1000 (dado atualizado) pessoas em situação de rua na cidade de Londrina – PR, chamada de “Pesquisa POP Rua”. Esta está sendo desempenhada pelo Ministério Público (MP) e prefeitura em parceria com a Defensoria Pública, Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade do Norte do Paraná (UNOPAR) (Ramos, 2018).

Em congruência com o aumento do referido fenômeno social, desponta a necessidade de dar visibilidade para a existência e qualificar o atendimento das demandas desses indivíduos. Dessa forma, estamos diante de uma problemática coletivamente relevante, que são os sujeitos que tem seus direitos mais básicos prejudicados. Sendo que, a condição de vida dessas pessoas, marcadas por insuficiências sociais, tensionam o Poder Público para um processo de reconhecimento e garantias das necessidades mais básicas desses sujeitos, elevando-os, mesmo que gradualmente, para uma situação de igualdade.

Dessa forma, a existência deste fenômeno social que persiste, convoca para novas ações estratégicas de enfrentamento. Tendo em vista que as práticas que estão sendo ofertadas são sem garantias de continuidade, concedidas mais como assistência aos *desvalidos e*

*dependentes*, exercícios mais conhecidos como assistencialismo, pois não estão colaborando para garantir os seus direitos enquanto cidadãos.

Nesta linha de pensamento, no presente capítulo, evidenciamos a temática das políticas públicas. Sendo um conteúdo que se apresenta na configuração desta pesquisa, compete, nesta ocasião, privilegiar seu processo de elaboração, assim como suas características. Dedicamo-nos, também, na contextualização da relação do Estado com a sociedade civil, no importante processo de operacionalização de políticas públicas específicas para as pessoas em situação de rua.

A política pública se configurou enquanto área de conhecimento significativo dentro da disciplina de Ciência Política entre os anos de 1960 e 1970. Os estudos da temática no Brasil ainda são muito recentes. Neste texto, atentamo-nos à apresentação dos principais conceitos e noções sobre políticas públicas, tendo em vista que sua sistematização exige um expressivo esforço que, segundo Secchi (2010) são evidenciados em razão da falta de consenso na literatura especializada quanto à definição de políticas públicas.

Embora a política pública seja, formalmente, um ramo da ciência política, esta também é objeto analítico de outras áreas do conhecimento, o que significa dizer que tal temática comporta vários olhares. Em concordância com autores (como Secchi) que se dedicam há mais tempo aos estudos dos processos da política pública, aceitamos como sugestão a escolha de definição, que se apresenta como mais concreta, na qual a compreende como sendo ações elaboradas pelo Poder Público com o objetivo de enfrentar um problema público. Como destaca Souza (2007):

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações

(variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (Souza, 2007, p. 69).

As políticas públicas após terem sido desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados, sistemas de informações e pesquisas. Quando implementadas, são submetidas ao processo de acompanhamento e avaliação que devem possibilitar que suas ações repercutam na vida de todos os cidadãos.

Uma forma de conceituar a política pública é por meio da verificação do ator político que a formula e que a implementa, quer dizer, determina quem é o protagonista dos processos de estabelecimento.

A política pública pode ser definida como sendo de abordagem estatista ou multicêntrica (Lima, 2012).

Segundo Secchi (2010), a abordagem estatista considera a gestão das políticas públicas algo estritamente relacionada aos atores governamentais, sendo que o que determina se uma política pode ser considerada ou não “pública” é a personalidade jurídica do ator principal dessa política.

Nesta mesma linha de pensamento, Salisbury (1995), considera que a política pública só ocorre mediante sanção governamental, ou seja, trata-se de um processo governamental da qual o controle se estabelece, exclusivamente, pelo Estado. Embora, admita que atores não governamentais tenham certo grau de participação no processo de formulação e inserção de políticas públicas, entende-se que este envolvimento não lhes confere o poder de decisão de encaminhar uma política pública.

Para Theodoulous (1995), a política é estatística, pois, segundo ele:

A primeira ideia que alguém se depara é que a política pública deve distinguir entre o que os governos pretendem fazer e o que, na verdade, eles realmente fazem; que a inatividade governamental é tão importante quanto a atividade governamental. O segundo elemento é a noção de que a política pública envolve idealmente todos os níveis de governo e não é necessariamente restrito aos atores formais, atores informais também são extremamente importantes (p. 2).

Nessa compreensão estatista a exclusividade para fazer políticas públicas acontece considerando que o governo em si tem consigo a capacidade e o poder de moldar, de executar, de fiscalizar e de fazer cumprir as leis, dessa forma, o Estado possui superioridade hierárquica para corrigir possíveis falhas que os demais atores políticos separadamente, em conjunto não conseguiriam por si só corrigi-los (Secchi, 2013).

A abordagem multicêntrica, por outro ângulo, considera organizações privadas, não governamentais e organizações multilaterais, em conjunto com atores estatais, como protagonistas na construção e implementação de políticas públicas.

Em geral as políticas públicas são elaboradas dentro do aparato institucional-legal do Estado, embora as iniciativas e decisões tenham diversas origens, relacionado a essa visão estão a teoria de governança pública, da coprodução do bem público e das redes de políticas públicas, em que Estado e sociedade se articulam em esquemas espontâneos e horizontais para a solução de problemas públicos (Secchi, 2013, p. 3).

Essa abordagem multicêntrica interpreta o que é um problema público e quais os diversos atores que tem a intenção de enfrenta-lo, sejam eles governamentais ou não. Sendo assim, evita-se uma pré-determinação da personalidade jurídica de um ente ou organização que pretende agir sobre um problema, já que não, necessariamente, somente instituições

públicas podem criar e executar programas e projetos que tenham um caráter público, o fundamental, na realidade, é a origem do problema a ser enfrentado.

Secchi (2013) destaca que justamente o foco dessa abordagem multicêntrica é dar oportunidade para que diversos atores auxiliem na solução dos problemas públicos, não somente aqueles ligados diretamente ao governo, a fim de poderem influenciar tanto no momento de criação, quanto na execução de políticas públicas, considera-se que estes atores civis possuem recursos e alcances que diferem do setor público. Ainda, salienta-se que em determinadas situações, esses atores podem se tornar mais efetivos ao atender uma demanda da sociedade que o Estado por motivos como: ineficiência, insuficiência de recursos, ou até mesmo ausência de interesse de lidar com o problema, que dentro de sua gestão não consegue abordar com competência.

Observa-se que inseridos em um contexto administrativo que se mostra ineficiente em suprir a necessidade da população com serviços públicos prestados com uma maior qualidade, se encontram os que vivem em situação de extrema violação de direitos.

Pode-se considerar que, o conceito de políticas multicêntricas se integra nessa problemática social, quando evidencia-se que uma forma de enfrentamento historicamente presente, em especial, da condição de rua advém, na maioria das vezes, de entidades religiosas e civis, associações, entidades e organizações não governamentais. Estes entes se articulam na tentativa de solucionar questões emblemáticas das pessoas que fazem das ruas seu espaço principal de sobrevivência, mesmo que os resultados das ações das entidades, algumas vezes, se configurem no imediato e não tenha eficácia a médio e longo prazo (Brito, 2006).

Compreende-se, que essas ações tomadas por diferentes atores, sejam positivas, no sentido de possibilitar a existência de uma estruturação em rede, cuja definição se apresenta

na busca de um objetivo comum entre os envolvidos, que concordem previamente em trabalhar em conjunto, compartilhando recursos e conhecimento (Secchi, 2013).

No entanto, será que a perspectiva, na qual o protagonismo das ações provém de atores não governamentais abarca a complexidade do processo vivenciado pelas pessoas em situação de rua? Sendo que, muitas destas pessoas estão apartadas de tantas esferas, como o acesso à saúde, que mesmo com a configuração de uma política de saúde com objetivos mais igualitários instituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ainda encontra dificuldades em serem contemplados pelos serviços.

Entre as dimensões fundamentais a serem consideradas acerca das políticas públicas se destacam as relações do Estado e sociedade civil. O que hoje reconhecemos como Assistência Social instituída como política pública nem sempre foi exercida dessa forma. Antes da ação do Estado, a sociedade civil, muitas vezes, representada pela Igreja assumia o que lhes atribuíam de prática social. Essa prática social foi historicamente referendada pela Igreja Católica alicerçada nas condutas morais na perspectiva da caridade e do amor ao próximo (Escorsim, 2008).

Dessa forma, não havia a ideia do Estado como garantidor dos direitos sociais básicos dos cidadãos. Afinal, o pensamento da proteção social como política pública, introduziu-se de forma integral no Brasil, a partir de 1988, com a Constituição Federal, após reivindicações por parte da sociedade (Escorsim, 2008). Antes de 1988, Santos (1979), identificou e problematizou em um estudo sobre o desenvolvimento da cidadania no Brasil, a associação entre a possibilidade ou não do exercício de direitos sociais, econômicos e políticos e a inserção formal no mercado de trabalho. Essa relação entre cidadania (por vezes restrita) e ocupação profissional definido por normas legais que produziram normas sociais que denominou o conceito de cidadania regulada.

Mesmo diante do marco legal da Constituição Federal, percebe-se que a responsabilidade da proteção social atribuída ao Poder Público, em alguma medida, continuou sendo repassada à sociedade, por meio das entidades assistenciais, organizações não governamentais, movimentos sociais, também como parcerias com o setor privado.

Deste modo, não é incomum verificar, na conjuntura atual, essas instituições e grupos operacionalizando grande parte dos serviços da Política Nacional de Assistência Social, porém, há um esforço de acompanhamento por parte dos Conselhos da Assistência Social, em se estabelecerem e serem aplicados critérios mínimos para aberturas de serviços conveniados, já que se observa certa constituição de rede do Estado com o setor privado para olhar e atuar com uma determinada população. Cabe dizer que essa relação por si só é positiva, mas a qualidade das ações deve ser observada e questionada, já que podem se configurar como assistencialismo (Escorsim, 2008).

Esse cenário em que o Estado compartilha sua responsabilidade, inclusive, quanto à Assistência Social é desafiador. Ainda mais, quando compreende-se a dimensão histórica da implementação da Política de Assistência Social pautada no assistencialismo. Nesse sentido, a Constituição Federal é um marco fundamental desse processo, pois reconhece a assistência social como política social que, junto com as políticas de saúde e de previdência social, compõe o sistema de seguridade social brasileiro (Constituição, 1988).

A partir de 2003, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva como Presidente do Brasil e, posteriormente no mandato de Dilma Roussef, a Política de Assistência Social obteve avanços, o que possibilitou importantes mudanças no padrão de distribuição da renda do país com a redução das desigualdades sociais. Essas conquistas foram resultado de um grande esforço do governo, o qual empreendeu em um significativo número de programas sociais lançados durante este período, dentre os quais se destacam: Bolsa Família, que inclusive, obteve reconhecimento internacional pela sua eficácia na redução da miséria; o

Programa minha casa, minha vida; Luz para Todos; Ciência sem fronteiras; Programa Universidade para Todos (PROUNI); programas de aquisição de alimentos, entre outros.

Todavia, a partir da posse de Michel Temer como presidente do país, os programas e medidas foram sendo desmobilizadas pela dita austeridade econômica, por meio de uma agenda de cortes de investimentos sociais em prol dos valores do mercado e do desmonte do Pacto Social instituído pela Constituição Federal de 1988.

No cenário atual do Brasil, como também do mundo, evidenciam-se fortes inspirações neoliberais nas ações do Estado e no campo social. Nesse contexto, as políticas sociais assumem características seletivas e compensatórias. Deflagra-se um movimento de desresponsabilização do Estado na gestão das necessidades e demandas dos cidadãos. O Estado passa a transferir suas responsabilizações para organizações da sociedade civil sem fins lucrativos e ao mercado, como já mencionado neste capítulo (Nogueira, 2004).

Atualmente, observam-se fortes medidas apresentadas pelos representantes dos poderes públicos com desdobramentos nos níveis estaduais e federal, como a Nota Técnica nº 11/2019 intitulada “Nova Saúde Mental”, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, que no início deste ano de 2019 estabeleceu medidas que desconstroem a política de saúde mental com a indicação de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), contribuindo, assim, para o retorno à lógica manicomial. O Ministério da Saúde também passou a financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, incentivando o tratamento desumanizado. Desdobramentos práticos e políticos destas questões ainda precisam ser melhor compreendidas (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Assumimos nesta discussão a compreensão de que, as políticas que não são elaboradas, ou até mesmo aprimoradas, apesar de movimentações e demandas sociais e

políticas, evidenciam o que o Estado julga importante e merecedor de ser o objetivo de intervenção, e a que é destinado o lugar de invisibilidade em uma dada sociedade (Santiago, 2014).

De um modo geral, considera-se que a construção e execução de políticas públicas voltadas o segmento social dos sujeitos em situação de rua, historicamente, ocupa a margem das prioridades dos poderes públicos (Brasil, 2008). Porém, se esses sujeitos têm por direito constitucional serem considerados cidadãos integrais, o questionamento é que também as políticas públicas que os contemplam precisam acompanhar a mesma linha de pensamento e de ação: ser assumidos na sua integridade por todas as áreas e braços do poder público. Assim, espera-se, que o tratamento desta temática tenha mais concretude, para tanto, ressalta-se a importância dos diferentes setores do governo, em articulação com ações públicas não estatais de iniciativa da sociedade civil, a busca pela construção de ações mais efetivas que possibilitem, ao mesmo tempo, os direitos de cidadania desse segmento social.

## 2.4 MODOS DE FAZER POLÍTICA NA PERIFERIA

A atenção em saúde mental se configura como um campo complexo, que exige a construção de diferentes estratégias de intervenção que contemplem o ser humano de forma integral. Referindo-se ao sujeito em situação de rua como parte de uma população em alta vulnerabilidade, suas demandas de cuidado convocam, ainda mais, uma perspectiva de acompanhamento intersetorial, a fim de buscar atender suas reais demandas e necessidades integralmente.

As dificuldades em se fazer política pública na saúde mental de forma holística seriam decorrentes dos resquícios de uma política manicomial. Por consequência deste modelo de tratamento centrado na instituição hospitalar, encontra-se constantemente, ainda, uma ênfase na determinação orgânica do sofrimento mental e na terapêutica medicamentosa. Tal perspectiva dificulta a inserção de diferentes recursos terapêuticos na atenção à saúde mental, como psicoterapia, laborterapia, socioterapia, cooperativa de trabalho, dentre outros. Além disso, minimiza a existência do sujeito e sua importância na participação do tratamento (Costa-Rosa, 2000).

Neste capítulo nos propomos problematizar como a política pública de saúde mental brasileira abrange, ou não, os territórios e populações marcadas por desigualdades e invisibilidades. A partir dessa discussão, faremos o mapeamento de dois projetos culturais desenvolvidos junto ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua na cidade de Londrina – PR. Tais práticas se propõem a cumprir uma função de intervir principalmente em territórios da cidade e grupos em que as políticas públicas não os contemplam acirrando as desigualdades sociais.

Para nos auxiliar no entendimento da temática política pública, retomaremos a discussão do terceiro capítulo deste trabalho, a fim de neste espaço de discussão destacarmos os diferentes modos de se fazer políticas públicas, especialmente nas periferias.

Compreendemos política pública como ações elaboradas pelo Estado com o objetivo de enfrentar um problema considerado público (Souza, 2007). A política pública pode ser definida como de abordagem estatista ou multicêntrica, a forma de verificação da abordagem é por meio da identificação do ator social principal que a formula (Lima, 2012).

Segundo Secchi (2010), a abordagem estatista considera a gestão das políticas públicas como algo estritamente relacionada aos atores governamentais. Em contrapartida, a abordagem multicêntrica, considera organizações privadas, não governamentais e organizações multilaterais, em conjunto com personalidades estatais, como protagonistas na construção e implementação de políticas públicas (Secchi, 2013).

Esta pesquisa compartilha da reflexão de Secchi (2013), que destaca que o enfoque da abordagem multicêntrica é a de dar oportunidade para que diversos atores sociais auxiliem na formulação de estratégias de enfrentamento dos problemas considerados públicos, tanto no momento de criação quanto na execução e avaliação de tais políticas. Uma vez que, em determinadas situações, esses atores podem se tornar mais efetivos ao entender e atender uma demanda da sociedade que o Estado, seja, por motivo de insuficiência de recursos, ou até mesmo ausência de interesse em lidar com a problemática, que em sua gestão não consegue abordar algumas questões com competência.

Dessa maneira, a política multicêntrica interpreta o que é um problema público e quais os diversos atores que possuem condições de enfrenta-lo. Principalmente em casos em que se identificam a inatividade governamental, evidenciam-se movimentações da sociedade, em esquemas horizontais e espontâneos buscando estratégias de enfrentamentos comprometidos com o dinamismo da realidade local que se constroem nas relações com seu território (Secchi, 2013).

Tais movimentações dos atores sociais visando uma condição de vida melhor para todos os cidadãos se mostram necessárias, pois o Poder Executivo, enquanto responsável pelo

ato de administração do Estado, de modo discricionário se afasta da concretização dos direitos sociais que deveriam ser materializados por meio da elaboração e do cumprimento de políticas públicas (Gonçalves, 2007).

Os direitos sociais são garantias fundamentais previstas no artigo 6º da Constituição Federal no qual assegura a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados para todos os cidadãos (Constituição, 1988). No entanto, sua materialidade é frágil e seu acesso é desigual entre os diferentes grupos, como: crianças, mulheres, homens, idosos, população negra, população branca, na região central da cidade, quem vive na periferia, dentre outros.

Esclarecemos que o termo periferia aqui tem duplo sentido: periféricos porque algumas pessoas enfrentam a diferença no tratamento de saúde e outras necessidades, por fazer parte do grupo que reside em áreas afastadas dos centros urbanos, ou áreas privilegiadas econômica e socialmente. Ainda também há periféricos na questão política, pois o segmento que não se “enquadra” no padrão normativo de um sujeito específico, para exemplificar, um sujeito masculino, branco, heterossexual, cisgênero, proprietário e cristão. Assim, em sua maioria, não tem seus direitos constitucionais garantidos pelo Estado e as desigualdades nestes locais continuam abissais (Theodoulous, 1995).

Neste pensamento, os grupos que historicamente ocupam os espaços de decisão e poder político, preponderantemente, não contam com a participação destes sujeitos periféricos. Diante disso, há o investimento em políticas públicas priorizando demandas, questões e problemas do grupo dominante no poder. Sob uma perspectiva, equivocada, de que seus problemas possuem maior relevância.

Deste modo, o Estado apresenta dificuldade ou falta de interesse em olhar pelo prisma do outro, o que inviabiliza identificar e trabalhar aspectos que são de outra ordem, além de, por vezes, terem a compreensão que suas concepções são “corretas”. Neste caso, não faz

sentido pensar em outra ótica, já que sua concepção está certa. No entanto, toda essa dinâmica se reverte no território, tornando alguns privilegiados e outros periféricos.

Distantes estruturalmente e não contemplados na maioria das políticas públicas, as periferias encontram fôlego nas iniciativas advindas da própria comunidade, essas ações deslocam o olhar sociocêntrico para a pluralidade e diversidade. Esses atores sociais juntamente à política institucional, organizações não governamentais (ONGs), coletivos informais buscam materializar em práticas a efetivação dos direitos mais elementares previstos em legislação (Secchi, 2013).

Nesse sentido, a proposta de mudança que enfrenta de forma mais efetiva o cenário de desigualdades vigentes emana do comprometimento da própria comunidade com o dinamismo da realidade periférica. A resistência vem de uma política de pertencimento, uma política capaz de escutar as pessoas que estão inseridas neste universo social, específico: o periférico.

Assim, as criações de novas formas de fazer política ganham contornos com a responsabilidade de resgatar a confiança da população no próximo e na possibilidade de uma política pública que abarque a todos, interessada na construção de pontes, aliás, hoje necessita mais que pontes, é fundamental a criação de portais capazes de conectar as pequenas ações possibilitando transformações nos territórios vividos.

A compreensão do conceito de território demarcado neste trabalho tem sustentação na análise de Santos (2002, p.48), que propõe o território como espaço em que os sujeitos “vivem, trabalham, sofrem e sonham [...] É também, o repositório final de todas as ações e de todas as relações”. A perspectiva de Santos (2002) auxilia na discussão sobre a experiência de políticas construídas com a participação dos atores sociais, sem perder de vista sua historicidade, processos e relações.

Entre o espaço da elaboração e da prática política despontam iniciativas de pessoas tentando atualizar a política e possibilitar que a mesma seja democrática. O que significa,

especialmente nos territórios precários e homogêneos, criar outros recursos, inventar e produzir espaços que operem segundo a lógica do próprio território, que considere a vida que pulsa neste lugar (Santos, 2002).

Partindo dessa compreensão de nova cultura política, tomaremos como cenário de discussão o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) da cidade de Londrina, no estado do Paraná. Este serviço inserido em um modo de gestão governamental que estimula cada município fazer o que preferir, o que favorece o poder discricionário do órgão Executivo, ou seja, não assegura a sustentabilidade e continuidade das políticas públicas, programas e ações (Wagner, 2018).

Neste contexto de fragmentação, a política de assistência social que atualmente é a principal responsável em atender e acolher os sujeitos em situação de rua apresenta a compreensão de que, mesmo com esforço, somente a assistência social não contempla essas pessoas em suas especificidades de demandas e necessidades. Pois o trabalho realizado junto à referida população ganha mais abrangência quando as práticas são complementadas por demais secretarias como as do Trabalho, Emprego, Renda, Saúde, Educação, Esporte e Lazer, Previdência, Cultura (Prefeitura Municipal de Londrina, 2014).

Tal como previsto no Decreto nº 1.385, de 2014, que institui a Política Municipal para a População em Situação de Rua da cidade de Londrina, que visa ampliar o acesso aos serviços, programas e benefícios a este grupo social, tendo como base o Decreto Federal nº 7.053, de 2009, que estabelece a política nacional sobre o mencionado tema. O decreto de 2014 também oficializa o Comitê Intersetorial, formado por órgãos da Prefeitura e da sociedade civil, que tem a função de elaborar os planos, medidas e ações a serem executadas em cada uma das políticas públicas envolvidas (Prefeitura Municipal de Londrina, 2014).

Ao analisarmos o processo de historização, em especial da saúde mental, área em que se dedica esta dissertação, identifica-se a perspectiva intersetorial muito recentemente neste

campo. As primeiras instituições manicomiais brasileiras, se inspiravam no modelo asilar francês que tinham o isolamento como primazia, no entanto alcançavam apenas o louco, o pobre que perambulava pelas ruas. Esses locais surgiram, em resposta aos reclames gerais da sociedade contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades, que segundo esta visão ameaçava a ordem pública (Resende, 2000).

Com o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil o ideal de desconstrução e de desinstitucionalização das práticas hospitalares, concomitante à criação de novos modelos de atenção a pessoa em sofrimento psíquico ganham força no país. Assim, a antiga instituição asilar- manicomial cede espaço para equipamentos que permitem o resgate da cidadania do indivíduo em sofrimento mental. Essa nova perspectiva compreende um processo que desvincula a loucura de estigmas como periculosidade, incapacidade, isolamento, e tantos outros que ainda permeiam o imaginário social (Brasil, 2005).

Na atual lógica reformista, se faz importante refletir sobre os dispositivos de saúde mental que funcionam como estratégias para a reinserção psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico. Um dos equipamentos que primam pelo cuidado do sujeito com uma visão holística é o Centro Pop. Esse serviço é destinado aos indivíduos que estão em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, incluindo também aqueles que demandam um cuidado em saúde mental, decorrente, principalmente, do uso abusivo de álcool e outras drogas, utilizados por algumas pessoas como uma estratégia de sobrevivência à condição de vida nas ruas (Brasil, 2011).

Dentre as atividades desenvolvidas nas dependências do Centro Pop como também nos espaços e locais extramuros (fora do serviço), destacam-se as oficinas terapêuticas que funcionam como espaços destinados a dar vazão à singularidade e subjetividades dos atendidos através da expressão e produção artística, corporal, verbal e musical, considerado

estas como, também, essenciais para o exercício de cidadania, autonomia e autoestima do sujeito (Lima, 2004).

As oficinas terapêuticas compõem um dos dispositivos da Política Nacional de Saúde Mental que visam sensibilizar e efetivar um cuidado integral fomentado pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2004). As oficinas podem ser coordenadas por terapeutas ocupacionais ou quaisquer outros profissionais membros da equipe multidisciplinar dos serviços, que possam oferecer oportunidades aos usuários através de maneira criativa, a diversas formas de poder expressar (Rocha, 2012).

Para Botti-Lappann e L'Abate (2004), as oficinas podem ser consideradas espaços terapêuticos a partir do momento que possibilitem aos sujeitos que nelas participam um lugar de fala, expressão e acolhimento, ações necessárias para buscar assegurar sua integralidade.

Cabe ressaltar que, neste novo modelo de atenção, entende-se que as oficinas terapêuticas não devem possuir um sentido de mera ocupação, combate a ociosidade e ofertar entretenimento, mas sim de serem promotoras da reinserção social de forma legítima, por meio de uma enorme gama de atividades, ações que podem envolver o trabalho, a criação de produtos, a geração de renda e primordialmente estimular e retomar a autonomia do sujeito, para que não ocorra uma nova institucionalização, criando casos crônicos de sofrimento mental (Brasil, 2004).

Neste contexto, uma iniciativa ampla e interessante, desenvolvida na cidade de Londrina, é o projeto Brisa – Saraus artísticos. O projeto nasceu em agosto de 2018 e é uma ação proveniente da parceria entre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (*Centro Pop*) e Fundação da Cultura Artística de Londrina (FUNCART). Os recursos para sua execução são por meio da organização de eventos, que são proporcionadas pelo Programa Municipal de Incentivo à Cultura (PROMIC) (Londrina, 2018).

Estes eventos tem o objetivo de disponibilizar acesso à atividades artístico-culturais variadas às pessoas que estão em situação de rua ou acolhimento institucional em abrigos, bem como, à comunidade em geral, através de encontros anuais em praças e locais de atendimento e/ou acolhimento. Em cada sarau ocorrem atrações artísticas como música, circo, dança, poesia e uma dinâmica teatral, tudo dirigido às pessoas em situação de rua, mas também aberto à participação geral para promover a integração e reduzir preconceitos.



**Figura 1-** Projeto Brisa – Saraus artístico no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.

O referido projeto cultural se mostra uma excelente ferramenta terapêutica, pois promove a interação social aos usuários do serviço em que muitas pessoas ficam privadas em função do sofrimento mental, além disso, pode ser entendido como um espaço que propicie o fortalecimento dos vínculos estremecidos ou rompidos em decorrência da fragilidade mental ainda mais com o elemento agregador da situação de rua (Cardozo, Borri & Martinez, 2009).

Ribeiro (2004) entende que as oficinas terapêuticas desempenham o papel de produzir catalizadores da subjetividade dos sujeitos envolvidos, facilitando o trânsito social deles na

família, na cultura. Em alguma medida, auxilia, também, na inserção e reinserção no trabalho produtivo, pois disponibiliza aos participantes das oficinas recuperar ou desenvolver habilidades exigidas no cotidiano, até mesmo nas tarefas diárias e sociais que em muitos casos foram perdidas devido ao sofrimento mental ou ao longo processo de institucionalização e medicalização.

Nas oficinas terapêuticas as pessoas se conhecem, estabelecem vínculos, passam a ocupar territórios a priori proibidos, como praças, ruas, cinema, enfim, ocupam os lugares do território e com isso recuperam o reconhecimento de que possuem o direito de estar ali assim como qualquer outro cidadão. Além de exercitarem a tolerância, respeito, afeto, como exemplifica a atividade que será descrita a seguir.

Dentre as atividades que surgiram através do contato do Centro Pop com o projeto Brisa, cabe destacar a elaboração da Companhia de Teatro POP Show. A companhia consiste na confecção de teatros de fantoches, que têm sua estrutura, roteiro, confecção de personagens, sonoplastia e apresentações organizados pelos usuários e profissionais dos serviços Centro Pop e Consultório na Rua.



**Figura 2-** Companhia de Teatro POP Show no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.

É importante destacar que as atividades preparadas e desenvolvidas junto ao grupo atendido proporcionam mais prazer aos mesmos, seja em realizar ou não tais propostas, já que quando parte do interesse dos participantes pode estimulá-los a tomar iniciativas, bem como a criatividade de cada um (Rocha, 2012).

Neste sentido, a primeira apresentação do POP Show aconteceu em outubro de 2018 como uma das atrações do projeto Brisa no Centro Pop. O fantoche retratou cenas do cotidiano do serviço. A partir de então, houve uma expansão de apresentações para outros territórios, como na escola. A pedido dos atendidos do Centro Pop foi escrito uma peça para apresentar na instituição onde os mesmos estudam com o tema: A companhia POP Show vai à escola. Este show foi apresentado também na casa de acolhimento Bom Samaritano, em um evento da Psicologia Social na Universidade Estadual de Londrina, no Museu Histórico de Londrina para as crianças que o visitavam, e também em um encontro da Diretoria de Proteção Social Especial da Secretária de Assistência Social. Em todos os locais a peça foi a mesma, mas foram realizadas adequações de acordo com o tema do mês ou o grupo que seria apresentado.



**Figura 3-** Companhia de Teatro POP Show no Museu Histórico de Londrina.

Como foi o caso do mês de dezembro, no dia do aniversário da cidade de Londrina, a peça foi apresentada em um evento no centro cívico, a convite da Secretária da Educação, e foi realizada nova adaptação a fim de transmitir uma mensagem geral sobre os problemas vividos pelos sujeitos em situação de rua. Também em dezembro, nasceu a “Palhaçaria”, outro grupo que se somou ao fantoche do POP Show, composto pelos profissionais do Centro Pop e Consultório na Rua. Atuam juntamente os profissionais e pessoas atendidas por esses serviços. O grupo estreou em dezembro na festa do Centro Pop de final de ano, neste dia o grupo de fantoche também se apresentou com uma nova peça: O natal do Pop.



**Figura 4-** Companhia de Teatro POP Show na Reunião da Secretária da Assistência Social de Londrina.



**Figura 5-** Projeto Brisa – Saraus artísticos no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.

A iniciativa cultural auxilia os usuários a acessar um necessário espaço de convivência e criação para expressar suas opiniões, se apropriar de si, de suas histórias. A interação em grupo oportuniza o desenvolvimento de laços de cuidado entre os próprios atendidos e destes com os profissionais envolvidos no processo de criação e de subjetividade, bem como o compartilhamento de experiências (Mendonça, 2005).



**Figura 6-** Companhia de Teatro POP Show na Universidade Estadual de Londrina.

Dentre as atividades realizadas pelo Centro Pop, o projeto cultural se mostra como uma excelente ferramenta terapêutica, pois através dela pode-se proporcionar o cuidado de forma abrangente aos usuários do serviço também no campo da saúde mental. No entanto, tais iniciativas não devem ser vistas como forma de dar conta da demanda total de usuários em sofrimento psíquico, neste caso a política de saúde mental orienta os serviços especializados.

Tais dispositivos atuam como uma forma de cuidado que possa propiciar a socialização, integração, apoio psíquico, troca de experiências e saberes como também a construção de projetos coletivos (Rocha, 2012).

Torna-se imprescindível refletir sobre os projetos culturais que são aqui descritos como dispositivos de prática de cuidado em saúde mental, pois, estas experiências cumprem uma função de intervir principalmente em áreas da cidade e grupos onde não existem outros pontos de atenção neste campo, que são o caso das periferias. Apesar de não ser a solução, é através dessas iniciativas que se consegue ter alternativas ao atendimento especializado, evitar que a medicação seja o único recurso de tratamento, prevenir a cronificação e, por fim a negligência que são muito comuns no caso de sofrimento psíquico, experienciado pelo sujeito em situação de rua que, muitas vezes, não são materializadas no serviço público a política de saúde mental que de fato considere as suas especificidades de demandas e necessidades.

Do mesmo modo, ressalta-se a importância de tais projetos culturais, que se propõem dar voz para compreender as pessoas que enfrentam cotidianamente nos seus corpos a distância da política institucional no seu universo social. A partir das necessidades prementes vivenciadas por quem habita na periferia, torna-se imprescindível a construção de iniciativas que valorizem as identidades presentes no território. Além disso, ações que abram espaço para darem sentido as suas trajetórias de vida.

Em alguma medida, novas práticas políticas, como mencionadas nesta pesquisa, atuam como ferramentas que convocam os sujeitos a se inserir nas discussões que estão sendo realizadas pelos políticos formais brasileiros. Por mais que alguns grupos, como os dos sujeitos em situação de rua, historicamente ocupem as margens das prioridades dos poderes públicos, seu lugar é dentro do sistema, pois os que estão nos territórios periféricos, mais do que se ocupar com seu modo de sobrevivência, sua realidade de vida exige a participação dos mesmos na busca por enfrentamentos dos

seus desafios e redução das desigualdades presentes nas periferias.

## 2.5 PERCURSO METODOLÓGICO

Como mencionado na introdução deste trabalho de pesquisa, esta dissertação propõe a intersecção entre dois temas: a atenção em saúde mental e sujeitos em situação de rua.

Ambos os fenômenos, atenção em saúde mental e sujeito em situação de rua configuram uma mesma e complexa problemática, tanto para o poder público como para a sociedade (Amarante, 2000). Na confluência destas questões, o sujeito em situação de rua, quando experiencia o sofrimento psíquico intenso, coloca um duplo desafio para as políticas públicas de saúde sobre como contemplá-lo de forma integral, considerando e respeitando suas singularidades.

A partir disso, temos como objetivo principal, nesta pesquisa, delinear e problematizar, a partir da visão dos sujeitos em situação de rua, como as políticas públicas de saúde mental contempla-os em suas especificidades de demandas e necessidades, e como estas proposições se materializam, ou não, na prática cotidiana de um serviço de saúde mental.

Levantamos a preposição, ao iniciar este estudo, de que a Constituição Federal Brasileira (Constituição, 1988) em seu artigo 196º firma que a saúde é um direito de todos, devendo ser viabilizado por políticas que garantam acesso universal e igualitário, promoção e proteção, recuperação da saúde para todos os cidadãos, inclusive ao sujeito em situação de rua que se encontra em múltiplas vulnerabilidades.

Frente ao que foi disposto pelo ordenamento jurídico do país emergem diversas composições reflexivas que permeiam o processo de confecção desta pesquisa, tendo em vista que as pessoas em condição de rua sofrem as mais variadas formas de violação, além do mais, são precárias as circunstâncias de saúde desses indivíduos.

Entre os anos de 2007 e 2008, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Seu levantamento abrangeu 71 cidades brasileiras. Como resultado, o estudo identificou um contingente de 31.922 adultos em situação de rua nos municípios pesquisados (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2008). Estes dados apresentados correspondem à última pesquisa mais abrangente sobre os sujeitos em situação de rua.

A constatação de tal quantidade de pessoas que vivem em situação de rua convoca para a discussão do tema em questão; do mesmo modo, o resultado da pesquisa demonstra o quanto se faz relevante a investigação da temática. Pois, apesar de nas últimas décadas terem estudos que possibilitaram uma maior compreensão do campo das políticas públicas em saúde mental, como o movimento da reforma psiquiátrica que trouxe novas propostas na construção da atenção em saúde mental aos sujeitos, quando contrapõe o tratamento centrado no modo asilar com a atenção psicossocial, ainda se identifica que as proposições das políticas públicas de saúde mental não se materializam na vida de todos os sujeitos.

As pessoas em situação de rua se configuram como sendo uma problemática social na visão do poder público, estes requerem do Estado intervenções que abranjam a sua constituição e suas formas de sobrevivência (Amarante, 2000). Conhecer e identificar suas necessidades sociais e a complexidade e especificidade de seu processo de saúde - doença é condição para a construção de uma atenção em saúde de fato universal, equânime e integral.

Logo, justifica-se o interesse pelo tema aqui eleito pela possibilidade que temos de contribuir com os que estudam a temática das políticas públicas em saúde mental, propiciar um olhar mais sensível aos profissionais que atuam nos dispositivos de saúde para que as ações nestes contemplem o princípio de justiça assegurado pela Constituição e direcionem os atendimentos para as particularidades de cada cidadão.

Este estudo se desenvolve na perspectiva qualitativa, que tem o contexto social como fonte privilegiada dos dados. Nesta perspectiva, o pesquisador mantém contato direto com o

território de estudo e o sujeito, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo. Os dados coletados nessa abordagem são descritivos, retratando o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada. Considera-se mais o processo do que o produto. Na análise dos dados coletados não há preocupação em comprovar hipóteses previamente estabelecidas, mas sim, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa (Severino, 2017).

Como estratégia para o trabalho de campo se utiliza da perspectiva etnográfica enquanto teoria-técnica orientadora do estar no campo. Mattos (2001) compreende a etnografia como um estudo que possibilita a observação por um período de tempo (preferivelmente um longo período) das formas costumeiras de viver de um grupo particular de pessoas que estão associadas de alguma maneira, sendo uma unidade social representativa para uma investigação científica, seja ela formada por poucos ou muitos elementos.

Compreende-se o estar no campo de forma etnográfica como um processo de busca pelo conhecimento do universo social pesquisado. Compreensão que se concretiza, na maioria das vezes, pela ação de olhar, se necessário, complementada pelo ouvir. Assim, inicia-se o movimento de entendimento do mundo, por vezes, desconhecido pelo pesquisador, no qual deseja penetrar (Oliveira, 1998).

O interesse de estudo, nesta pesquisa, é o universo social dos sujeitos em situação de rua. Percebemos que a perspectiva etnográfica enquanto teoria-técnica orientadora do estar no campo possibilita maior proximidade com os participantes da pesquisa. Tendo em vista, que as pessoas que vivem nas ruas, experienciam um modo de vida marcado, muitas vezes, pelo rompimento de vínculos sociais, como a relação familiar.

Assim, privilegia-se, neste trabalho, o estabelecimento de acolhimento como intrínseco na relação pesquisadora – participante. Mesmo sabendo que o laço pode acontecer

ou não, em alguns casos, a consolidação acontece depois de um difícil trajeto de aproximação (Oliveira, 1998).

Dessa forma, o desafio deste estudo configura-se em construir uma condição de autêntico diálogo entre pesquisadora-participante; sendo assim, os instrumentos de coleta utilizados nesta abordagem de pesquisa, muitas vezes, têm que ser reformulados ou recriados para atender à realidade do trabalho de campo (Mattos, 2001).

Aliado à abordagem etnográfica, este estudo utiliza ao longo de todo o processo de coleta e análise de dados alguns operadores analíticos de Michel Foucault. São estes: o da disciplina, normalização (Foucault, 2008a) e biopolítica (Foucault, 2003).

Em *História da Loucura*, Foucault (2008a) demarca o dispositivo de disciplina que se constitui na normalização do indivíduo, adestrando-os como forma de controlar e classificá-los. Para avançar nessa discussão, faremos uma breve caracterização da chamada sociedade disciplinar, para uma possível compreensão de como ganha forma e articula uma microfísica do poder. Na sequência, também será feita uma discussão sobre o conceito de biopolítica, assim como, seus desdobramentos na sociedade contemporânea.

A sociedade disciplinar pode ser localizada historicamente a partir do século XVIII, tendo como condição para sua emergência a composição de diversas forças, dentre elas se destaca a expansão do capitalismo e a industrialização.

Foucault (2014) mostra-nos que para atender às demandas econômicas que se constituíam naquele momento, a sociedade disciplinar ajudou a consolidar e a disseminar a noção de indivíduo. Este era tomado como uma “unidade evidente” que precisava ser conhecida a fim de responder a uma demanda da época como mão de obra disciplinada e inserida no sistema de produção. Para viabilizar essa tarefa, o indivíduo foi submetido a um sistema de vigilância especializado que se ocupava em fazer respeitar todo conjunto de referências às leis e às normas.

A incorporação das práticas de vigilância ocorreu por meio das instituições disciplinares que tinha por objetivo incluir cada indivíduo em domínios específicos de poder a fim de fixá-los em papéis sociais que deveriam ser desempenhados sob o olhar fiscalizador e atento (Foucault, 2014).

Sendo assim, a disciplina aqui abordada está relacionada à busca pela produção de corpos dóceis, ou seja, submissos e exercitados, que aumentem as forças das utilidades econômicas e diminuam as de utilidades políticas, a fim de obter expansão das aptidões e da sugestão (da Silva, Lemos & Galindo, 2016).

É oportuno ter em vista a multiplicidade de conexões que são operadas no campo disciplinar em virtude de um corpo dócil. Sendo que, o corpo constitui-se em uma rede, para além da disciplina. A definição de biopolítica, proposta por Foucault (1999), abarca uma maior compreensão acerca das relações entre corpo e poder. Este mecanismo tenta manter os corpos dentro de estados globais de estabilidade e regularidade; também os estimula na busca por suas potências, as quais possam garantir o aprimoramento da vida (da Silva, Lemos & Galindo, 2016).

A disciplina e biopolítica aparecem relacionadas à norma que por estas circula e opera simultaneamente ao deslizamento das existências e corpos nos entremeios das tramas de invenção e resistência às normas. Sobre a norma Foucault (1999) afirma:

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço - essa não é, acho eu, se não uma primeira interpretação, e insuficientemente, da ideia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam,

conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação (p. 302).

Nota-se que, tanto os cuidados do corpo como a gestão da vida são atravessados pelo biopoder, o qual busca se efetivar por meio de aspectos de normalização. Em função de a sociedade contemporânea estar cada vez mais voltada ao enquadramento de pessoas às normas, os operadores analíticos de Foucault auxiliam também na análise da configuração do processo de saúde mental, principalmente, quando enfrentados por pessoas que possuem uma condição de existência considerada “desviante” por elas não se adequarem ao padrão “normal” predominante como moradia convencional.

Outro aspecto é que este sujeito itinerante não apresenta utilidade, sob a ótica de que se trata de um corpo indisciplinado; em sua maioria não se enquadra no mercado formal de trabalho, rompendo a lógica capitalista prevista para os corpos, para as existências.

Recordemos que o conceito de biopoder foi pela primeira vez, enunciado em uma conferência ministrada por Foucault, em 1974, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Essa exposição foi publicada em 1977 com o nome de *O nascimento da medicina social* (Foucault, 2008b), posteriormente, compôs a obra *A Microfísica do Poder* (Foucault, 2003).

Entretanto, é no quinto capítulo de *A vontade de saber* (Foucault, 1988), que o estudioso esclarece e aborda atentamente o conceito. A mesma temática foi discutida no curso do Collège de France nos anos de 1975 e 1976. Dedicados à problemática da guerra de raças e as suas relações com o biopoder no curso dos anos de 1977-1978, *Segurança território e população* (Foucault, 2008c), e no curso dos anos de 1978-1979, dedicado a *O nascimento da biopolítica* (Caponi, 2009).

Foucault delineia os conceitos de biopoder e biopolítica ao vislumbrar o aparecimento, ao longo do século XVIII e, sobretudo, na virada para o século XIX, de um poder

disciplinador e normalizador que já não se exerce sobre os corpos individualizados nem se encontra disseminado no tecido institucional da sociedade, mas se concentra na figura do Estado e se exerce a título de política estatal que pretende administrar o corpo e a população (Duarte, 2008).

Evidentemente, esta descoberta pressupõe combinar as análises desenvolvidas em *Vigiar e Punir*, Foucault (2014), definidas como uma “anátomo-política do corpo” (p.119), com o que o pesquisador agora denominava no volume I da *História da Sexualidade* (1988), como biopolítica das populações. A partir do momento em que passou à análise dos dispositivos de produção da sexualidade, Foucault percebe que a própria vida se torna alvo privilegiado da atuação de um poder que já não trata de disciplinar e regradar comportamentos individuais, mas que pretende normalizar a própria conduta da espécie (Duarte, 2008).

A partir do século XIX, sobretudo, o que importa é implantar um gerenciamento planificado da vida das populações. Portanto, o que se produz por meio da atuação do biopoder não é apenas o indivíduo dócil e útil, mas, sim, a própria gestão do corpo social. Desde então, interessa ao poder estatal estabelecer, entre outras estratégias de gestão, políticas públicas por meio das quais se podem sanear o corpo da população. A tarefa agora é “fazer viver”, mas o cuidado da vida de uns traz consigo a exigência contínua e crescente da morte em massa de outros, pois, é no contraponto da violência depuradora que se pode garantir mais e melhores formas de sobrevivência a determinada população (Duarte, 2008).

A biopolítica, como modalidade de exercício do poder própria dos Estados modernos, no momento que garante a sobreposição entre vida e política, possibilita que com um mesmo gesto sejam definidas as populações que pertencem ao espaço da vida nua, ou seja, vidas que foram postas “fora da jurisdição humana” de modo tal que a “violência cometida contra eles não constitui nenhum sacrilégio”, e aquelas que formam parte da vida ativa, isto é, da condição humana que deve ser cuidada, estimulada e multiplicada. Mas, para multiplicar a

vida e o cuidado com os cidadãos, admite a precondição de existência de dois mundos: o mundo dos direitos e das “exceções”, o mundo dos corpos que devem ser cuidados e o mundo habitado por aqueles que têm o estatuto de vida nua (Caponi, 2009).

Uma descrição da vida que não merece viver se encontra nas periferias das grandes cidades, sobretudo naqueles casos em que o confronto entre duas forças soberanas, a polícia e o crime organizado gera um duplo espaço de indistinção em que a autoridade está puramente diante da vida nua, que pode ser descartada sem mais a qualquer momento. Diante do preso, o favelado, o migrante, o imigrante, o pobre, entre outras tantas figuras que confirmam o caráter biopolítico da política contemporânea: essas figuras constituem o elemento que não pode ser incluído no todo de que formam parte e o que não pode pertencer ao conjunto que está sempre incluído (Duarte, 2008).

O que foi exposto no último parágrafo colabora para verificar a existência e a permanência dessa “vida nua” analisada por Giorgio Agamben (1987) como a contraface do biopoder. Na discussão do biopoder se configura a instituição Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop), quando considera que a constituição do serviço insere-se na lógica estatal que pretende administrar o corpo e a população, isto é, as políticas públicas direcionadas aos sujeitos em situação de rua por meio do serviço de assistência social correspondem ao interesse do Estado de estabelecer sua gestão sobre o corpo social do indivíduo que se encontra na rua (Duarte, 2008).

Diante disso, nas linhas a seguir, este estudo abarca a instituição em que se realiza o trabalho de campo, bem como suas características e seu cotidiano. Apresenta os participantes do estudo, a entrada da pesquisadora no território pesquisado e os processos da coleta de dados.

O território escolhido para campo em nossa pesquisa de mestrado é o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop) da cidade de

Londrina – PR. Esta instituição é uma unidade de referência da Assistência Social na Proteção Social Especial de Média Complexidade, de natureza pública e municipal. É um local que tem por objetivo realizar acompanhamento especializado, para o desenvolvimento de sociabilidades, fortalecimento ou construção de vínculos interpessoais/familiares, tendo em vista a construção de outros projetos e trajetórias de vida e, possível, saída das ruas (Brasil, 2011).

A escolha deste território ocorreu por ele ser referência às pessoas em situação de vulnerabilidade. Muitos destes sujeitos participam das atividades diárias ofertadas pela instituição. Deste modo, o contato da pesquisadora com o grupo social ocorreu por meio desse espaço.

Em conformidade com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, constituem o público do Centro Pop: jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Com relação à equipe do Centro Pop, esta é composta por coordenação, assistentes sociais, psicólogos, administrativo, educadores, serviços gerais, agente operacional e guardas (Brasil, 2011).

O acesso dos usuários ao Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua pode ser feito por meio de busca espontânea, tendo em vista que o serviço deve ser ofertado em unidade de referência de fácil localização pelas pessoas em situação de rua; encaminhamentos realizados pelo Serviço Especializado em Abordagem Social, ou outros serviços, como programas ou projetos da rede socioassistencial municipal, das demais políticas públicas setoriais ou órgãos de defesa de direitos da localidade (Brasil, 2011).

Ao chegar ao Centro Pop os usuários são cadastrados para que, a partir destes dados, o serviço possa obter informações com o intuito de quantificar a utilização do equipamento. No dia a dia, os sujeitos, ao chegarem ao local, passam por uma triagem em que são apresentados pelos técnicos da instituição as atividades que acontecerão no dia. Quando em concordância,

os sujeitos em situação de rua passam por atendimentos especializados como serviços de cuidado pessoal (banho, corte de cabelo, lavagem das suas próprias roupas), alimentação, oficinas temáticas, serviços de promoção e assistência social, serviços de suporte e acompanhamento psicológico. Também são disponibilizados outros serviços e encaminhamentos ofertados na rede de assistência social e saúde (Brasil, 2011).

Inicialmente, as pessoas em situação de rua podem vir a serem atraídas para o serviço pelos espaços que a unidade de oferta proporciona, como dito anteriormente, espaços para higiene pessoal, além de guarda de pertences, lavanderia, entre outros (Brasil, 2011).

A equipe técnica precisa estar atenta a esses momentos, aproximando-se das pessoas que buscam a utilização destes espaços para, estrategicamente, motivá-las para inserção no trabalho social desenvolvido pela equipe interdisciplinar. Sendo assim, a oferta desses espaços na unidade pode representar elemento estratégico para a atração das pessoas que vivem em condição de rua e sua vinculação ao serviço, visando à atenção às suas demandas (Brasil, 2011).

Os participantes desta pesquisa (e por participantes, entendemos todos os atores sociais que colaboram, de forma dinâmica no processo da pesquisa) estão sendo compostos mediante alguns critérios que são a) Homens ou mulheres maiores de 18 anos de idade; b) Que se encontram em situação de rua e que se queixem de sofrimento psíquico; c) que frequentem o Centro Pop e que foram ou estão sendo atendidos por serviços de saúde, por conta de queixas a respeito da saúde mental.

O processo de acompanhamento dos sujeitos em situação de rua ocorre desde o caminho que a pesquisadora faz até chegar à instituição. Dessa forma, o primeiro contato acontece aos redores e no pátio do serviço, sendo que no primeiro horário da manhã os sujeitos já se dirigem ao local para aguardar pelo atendimento.

A pesquisadora participa da atividade do dia oferecida pelo Centro Pop, enquanto os sujeitos realizam as tarefas como pinturas e confecção de desenhos, modelagem de massinhas, exibição de filmes, oficina de escrita criativa, curso de violão, chaveiros de missangas, como também no momento que estão lanchando. Eventualmente, surge uma conversa, comumente os próprios sujeitos iniciam a conversa com a pergunta da minha função naquele espaço, após saberem da pesquisa, contam de si e da sua história. O vínculo acontece também quando mostram as suas pinturas, as tarefas que estão realizando, ou mediante a concordância dos sujeitos realizo junto deles a mesma atividade.



**Figura 7** – Apresentação do curso de violão no Serviço Social do Comércio (SESC) em Londrina – PR.



**Figura 8** – Oficina de artes no Centro Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) – Londrina – PR.



**Figura 9** – Oficina de artes no Centro Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) – Londrina – PR.

Após ocorrer a vinculação sempre se aproximam para contar sobre o que estão vivenciando. No diário de campo pessoal são anotadas as interações com os sujeitos, entre a pesquisadora, os sujeitos e os técnicos da instituição, entre os próprios sujeitos. Alguns

sujeitos são convidados pela pesquisadora para participar de uma conversa mais demorada, que aqui chamamos de entrevista. Com alguns, o convite é realizado no primeiro encontro, pois há quem relate suas histórias com mais abertura; outros são convidados para conversar após alguns dias de aproximações através das atividades da instituição.

Assim, o dia e o horário das entrevistas são de acordo com o período de funcionamento da instituição (segunda a sexta feira das 08 às 17 horas) e conforme a disponibilidade do entrevistado, de modo que não interfiram nas atividades que desenvolvem no estabelecimento.

Para tanto, a pesquisadora está participando do cotidiano institucional do Centro Pop em suas aproximações e relações de cuidado com pessoas em situação de rua de julho a dezembro de 2018, em uma frequência de duas vezes semanais. Foi definido pela pesquisadora a colaboração de forma mais próxima de cinco participantes, podendo ser alterados para mais ou para menos em função de discussões e reflexões do próprio processo desta pesquisa. O número dos participantes resulta de uma consideração, a de que embasada teoricamente nos pressupostos da pesquisa qualitativa em que a qualidade e a intensidade do contato com o participante são priorizados, não sendo relevante a quantidade de pessoas, mas sim, o tempo e a vinculação com os sujeitos (Severino, 2017).

Depois do processo de aproximação, como dito anteriormente, ocorre a coleta de dados, que é uma parte do processo, ocorre através de entrevistas abertas que se aproximam mais de conversas ou diálogos de que interrogatórios, de modo que o colaborador tenha a possibilidade de narrar com mais fluidez sobre suas experiências.

As informações são coletadas também, por meio da observação participante, que Angrosino (2009, p. 17), considera “um modo de pesquisa que coloca o pesquisador no meio da comunidade que está estudando”. Sendo assim, essa técnica compõe umas das etapas de apreensão dos fenômenos sociais, por meio do qual o pesquisador busca compreender o

universo social do outro “de dentro”, “estando lá”, em sua verdadeira interioridade (Oliveira, 1998).

Nesse sentido, os etnógrafos se ocupam basicamente das vidas cotidianas rotineiras das pessoas que eles estudam. A técnica de observação-participante pode ser entendida como um dos recursos utilizados pelo pesquisador etnográfico, permite que quem estiver no exercício de investigação possa se integrar ao grupo e realizar a mesma tarefa, possibilitando a captação de alguns significados do cotidiano, das experiências subjetivas relatadas pelos sujeitos no momento da interação social. Ademais, o momento, frequentemente, é de aprender normas, linguagens, gírias, especificidades que compõem esse grupo heterogêneo, que só podem ser fornecidas pelos próprios membros da comunidade (Oliveira, 1998).

Deste modo, são observados de forma direta os participantes da pesquisa nas atividades oferecidas pelo serviço de assistência social, e à medida que as circunstâncias permitem, como no curso de violão, confecção de chaveiros de missangas, em concordância com o grupo de pessoas presentes na ocasião, a pesquisadora realiza o mesmo exercício que os sujeitos do estudo estão fazendo.



**Figura 10** - Aula de violão no Serviço Social do Comércio (SESC) em Londrina - PR

Com relação aos registros de todo o trabalho de campo, as narrativas estão sendo escritas pela pesquisadora em um diário de bordo pessoal, que se trata de um caderno, no qual são anotadas as informações referentes ao campo, inclusive as entrevistas, que somente a autora tem acesso.

O referido recurso didático aqui apresentado colabora para marcar a singularidade no texto acadêmico elaborado, pois o instrumento possibilita articulação do campo e a oralidade escrita do trabalho, conexão que se apresenta no momento de desenvolvimento do estudo, e marca, principalmente, no fechamento do trabalho escrito, pois dispõem de subsídios para consolidar argumentos (Oliveira, 1998).

Juntamente com a responsabilidade firmada pela pesquisadora de oferecer escuta às vozes dos sujeitos em situação de rua, outros compromissos precisam ser evidenciados, como

o sigilo que assegurado durante todo o processo, a utilização apenas da primeira inicial dos nomes para diferenciar os relatos. Além disso, todos os dados pessoais registrados em papéis e meio eletrônicos foram descartados e apagados ao término do presente estudo.

O acompanhamento do cotidiano desses sujeitos no contexto institucional se iniciou somente após a aprovação do projeto desta pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL (CEP-UEL) (ver Anexo B). Assim, as aproximações somente aconteceram após o esclarecimento referente aos procedimentos desta pesquisa e da concordância por assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em caso de pessoas não alfabetizadas, o esclarecimento se dá através da leitura da pesquisadora aos participantes, o aceite do (TCLE) (ver Anexo A) verbalmente estabelecido e a coleta da assinatura por impressão digital.

No decorrer da conversa, caso apresentada alguma aparente manifestação de incômodo ou desconforto por parte do entrevistado a pesquisadora se dispôs à escuta e suporte qualificado no local da realização da pesquisa - Centro Pop, se assim o sujeito desejasse, e em caso de agravamento da situação e/ou manifestação por parte do colaborador, a pesquisa seria interrompida com o sujeito em questão.

Esperava-se que ao final desta pesquisa, a partir dos relatos das experiências vividas pelos sujeitos em situações de rua acerca do sofrimento psíquico, ampliássemos a discussão e o acompanhamento das políticas públicas no seguimento da saúde mental.

## 2.6 NA RUA PELO MENOS TEM AR: UMA ETNOGRAFIA DO SUJEITO EM SITUAÇÃO DE RUA

Nunca imaginei que apresentar o desenvolvimento de um processo intenso de trabalho seria uma tarefa fácil. Aliás, percebi o quanto é desafiador escrever sobre um trabalho que me atravessa cotidianamente. Pensei em diversas maneiras de começar, mas, a cada tentativa, surgia uma imensidão de sentimentos e recordações que me distanciavam do esforço da objetividade.

Lembrei da graduação, onde dei os primeiros passos no território da saúde mental, e tive o meu primeiro contato com o Centro Pop, com uma ternura sem igual fui apresentada pela psicóloga do serviço ao universo social dos sujeitos em situação de rua. A partir desse encontro a presente pesquisa foi delineada, e ao me deparar com tamanha dedicação e sensibilidade no cuidado ao sujeito em situação de rua, meu coração ali elegeu o Centro Pop para ser meu campo de pesquisa.

Depois de alguns anos voltei ao Centro Pop como pesquisadora, houve medo e receio ao ingressar em um novo projeto, mas também uma imensa vontade de aprender, vontade de conhecer e de ouvir aqueles que fizeram da rua um espaço de vivência/existência.

Fui me inserindo em todo o processo de trabalho do Centro Pop de maneira gradativa, mas intensa, em poucas visitas já havia me surpreendido com a grandeza do serviço, com os desdobramentos dos profissionais ao desempenhar a missão de cuidar dos que estão nas ruas. E logo, fui afetada pelos sujeitos em situação de rua, que considero meus companheiros na jornada de pesquisa, que me apresentaram outras possibilidades de pensar o mundo através do turbilhão de vivências que estão embutidas no processo de ida e instalação nos espaços públicos.

Dessa forma, depois de muito pensar e lembrar, decidi, afinal, tentar transpor as afetações do campo em texto. Assim, nas linhas a seguir, ofereço da melhor maneira que posso neste momento, o depoimento sincero do meu mergulho no campo estudado.

A análise desta jornada de pesquisa experienciada em diversas ocasiões durante a relação de cuidados disponibilizados aos sujeitos em situação de rua, especialmente no Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop) no Paraná, campo escolhido para o desenvolvimento do estudo, serão apresentados neste capítulo através de temáticas. Ou seja, de toda vivência no campo, enfatizamos algumas questões que se destacaram na visão da pesquisadora, transformamos em tópicos que orientam esta discussão.

Sendo as temáticas: 1) Assistência social como porta de entrada dos sujeitos em situação de rua nos serviços de saúde mental; 2) Quem são os sujeitos em situação de rua atendidos pelo serviço de saúde mental; 3) Desafios no acesso do sujeito em situação de rua ao serviço de saúde mental; 4) O olhar dos sujeitos em situação de rua sobre o serviço de saúde mental. A organização da análise em temáticas foi uma escolha para comunicar os dados coletados no estudo. Deste modo, será realizada uma retomada do campo com a apresentação dos relatos, seguidos das nossas discussões.

A maioria dos discursos aqui colocados foram extraídos de conversações com os atendidos pelo Centro Pop no decorrer das atividades diárias oferecidas pela instituição. De um modo geral, são conversas realizadas voluntariamente pelos usuários do serviço de assistência social, ocorrendo em maior parte das vezes, quando a pesquisadora estava na presença de um grupo de usuários, sem nenhuma provocação da pesquisadora.

Nesta perspectiva, no território a pesquisadora ofereceu uma escuta atenta e curiosa a quaisquer conversas que pudessem vir à tona, mesmo que estas a princípio não fossem de interesse direto da investigação ou tivessem a ver com o quesito saúde.

Todavia, neste capítulo serão privilegiadas narrativas relacionadas com o tema de estudo, ou seja, o sujeito em situação de rua quando vivencia o sofrimento psíquico ou demanda atenção em saúde mental devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Neste sentido, esta pesquisa busca contribuir na reflexão e nas estratégias de atenção à saúde mental, disponibilizadas a este público.

A política de saúde pública propõe diretrizes para o acompanhamento das pessoas em situação de rua em sofrimento psíquico, porém, a prática da atenção em saúde mental às pessoas em condição de desabrigo é permeada por desafios, como, por exemplo, as características desse grupo social, o acesso<sup>2</sup> ao serviço de saúde, à disponibilidade de profissionais e recursos e os entraves relacionados ao funcionamento dos serviços e das redes de atenção (Brasil, 2004).

Diante destes desafios e a partir de uma perspectiva etnográfica, neste estudo confrontamos o discurso da política pública de saúde mental com o cotidiano dos processos de cuidado das pessoas em situação de rua quando vivenciam o infortúnio psíquico.

Neste espaço de discussão serão explicitados os obstáculos e pontos de força presentes no cotidiano dos serviços de saúde mental. Será localizada como se configura a prática dos serviços às políticas públicas de saúde mental destinada às pessoas em situação de rua, na perspectiva do próprio sujeito. De antemão, destacamos que para compor essa discussão em duas temáticas apresentaremos a visão dos profissionais do Centro Pop sobre o serviço de saúde mental, destaca-se que a percepção dos trabalhadores não se sobrepõe aos relatos do grupo estudado, mas sim, apresentam-se neste estudo como parte constitutiva do recorte de análise (Magnani, 2002). Neste momento, abordamos a problemática da saúde mental na perspectiva dos profissionais do Centro Pop.

---

<sup>2</sup> O conceito “acesso” nesse estudo é compreendido de maneira semelhante à preconizada pelo SUS, se relacionando com a noção de acolhimento nas práticas de produção de saúde. A aceitação, o atendimento e a aproximação devem conduzir o contato entre profissional e usuário, de maneira a permitir a inclusão de cidadãos na rede pública de serviços (Brasil, 2009).

Recorremos a algumas frases destes profissionais para compor a discussão das temáticas, estas representam metáforas que ajudam a compreender como se expressam as relações no universo social dos sujeitos em condição de desabrigo. Em uma reunião da secretária da assistência social um profissional assistente social do Centro Pop ouviu esta frase referente ao sujeito em situação de rua: *“Você tá com dó leva pra casa”*.

O integrante da secretária da assistência social se referia, especificamente, sobre o trabalho do assistente social aos sujeitos em situação de rua, que tem como objetivo de intervenção, materializar na prática a garantia dos seus direitos como cidadãos, mas com a frase o representante exprime a opinião de que os profissionais assistenciais querem ajudar demais este público.

#### 2.6.1 “Você tá com dó leva pra casa”: Assistência Social como porta de entrada dos sujeitos em situação de rua aos serviços de saúde mental

O texto abaixo é um trecho de uma conversa entre um profissional do Centro Pop, um profissional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) e um usuário de ambos os serviços. A conversa ocorreu em uma sala, no término de uma atividade. Apesar de a pesquisadora não ter dirigido o diálogo, em alguma medida houve uma provocação de sua parte, tendo em vista que um dos consensos partilhados pelos profissionais da assistência é o desafio de atender o sujeito em situação de rua quando vivencia o sofrimento psíquico. Deste modo, a presença da pesquisadora abre um espaço para o diálogo e discussão sobre o tema.

*“Tem uma coisa que eu acho importante pensar. Por que o nosso público resiste tanto ir ao CAPS ad? A maioria que são atendidos pelo Centro Pop não passam por atendimento no CAPS ad. Os técnicos orientam eles passarem por atendimento em qualquer outro serviço*

*da cidade, mas eles não vão” (T., terapeuta ocupacional do Centro Pop - Diário de Campo, 08/2018).*

Escolhemos iniciar com esse relato, dentre muitos outros possíveis, porque tal questionamento indica que há uma resistência no processo de procura do cuidado das pessoas em situação de rua aos serviços no âmbito da saúde, do mesmo modo a indagação concede abertura a exposição das diferentes características facilitadoras e/ou dificultadoras que envolvem tanto os aspectos do grupo social como dos serviços de saúde.

Como exemplifica a declaração a seguir realizada por um profissional do Centro Pop para a pesquisadora acerca do serviço de saúde mental. O trecho apresentado decorreu de uma conversa que teve duração três horas e meia, e aconteceu no primeiro contato da pesquisadora com o serviço. Sobre a demanda de atenção à saúde mental aos sujeitos em situação de rua a fala da profissional tenta expressar que o diálogo entre Centro Pop e o CAPS ad não estão acontecendo.

*“O CAPS ad não é braço do Centro Pop” (L., assistente social do Centro Pop - Diário de Campo, 07/2018).*

A falta de interação entre os serviços de assistência social e saúde pode ser considerada como um fator de dificuldade no atendimento desse grupo social. Destacamos que o sujeito em condição de desabrigo, em sua maioria, procura raramente os serviços de saúde, buscando com frequência os serviços da assistência social.

Estes equipamentos sociais que disponibilizam respostas às diferentes necessidades que o grupo social apresenta, como atendimento especializado, serviço de cuidado pessoal, como também, encaminhamentos ofertados na rede de assistência social e saúde atuam estrategicamente contemplando as demandas emergenciais do referido grupo. Este modo de

trabalho contribui para atração e vinculação deste público aos serviços assistenciais (Brasil, 2011).

Ressalta-se nesta discussão que, as tentativas de acesso dessas pessoas aos serviços de saúde mental são frequentemente intermediadas pela Assistência Social (Borysow, 2012; Varanda & Adorno, 2004). Porém, este serviço tem enfrentado desafios ao lidar com os sujeitos em situação de rua quando apresentam sofrimento psíquico intenso ou demandam atenção em saúde mental devido ao uso abusivo ou abstinência pelo consumo do álcool e substâncias psicoativas. A dificuldade da assistência social se apresenta, especialmente no que se refere à articulação com os equipamentos de saúde (Albuquerque, 2009).

Trata-se de usuários com especificidades de demandas e necessidades que fogem às características apresentadas pelos usuários do setor de saúde. Os trabalhadores dos serviços de saúde mental, por exemplo, podem demonstrar reservas em relação ao sujeito em situação de rua, vistas predominantemente como portadores de questões sociais e, posto isto, objeto de cuidado ligado ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Scheffer & Silva, 2014).

Por sua vez, o acolhimento de sujeitos em sofrimento psíquico nos serviços socioassistenciais pode ser percebido como especial sobrecarga para trabalhadores pouco ou nada familiarizados com os determinantes subjetivos envolvidos nos diferentes modos de sofrimentos psíquicos. Como foi possível perceber quando conversamos com algumas pessoas que participam das atividades no Centro Pop durante o dia e no período noturno se utilizavam de lugares como carcaça de carro para acomodar os seus poucos pertences e dormir. Estes relatavam em suas histórias perdas como separações, ou aquisições, tal qual a chegada de um filho inesperado, estas são circunstâncias que podem levar as pessoas ao seu limite de resiliência e pode acabar desencadeando o sofrimento psíquico.

Compreende-se o sofrimento psíquico também como uma emergência especializada aos serviços de saúde mental, principalmente, nos casos em que, geralmente, já existe uma

fragilidade psíquica intensa, e diante de uma determinada situação passa a expressar a agudez dos sintomas relacionados à crise psíquica.

Assim, consideramos os elementos envolvidos no momento de uma crise contextual ou em uma pessoa que apresenta uma estrutura psíquica fragilizada como determinantes que requerem uma maior instrumentalização dos profissionais para realizar os procedimentos ou encaminhamentos adequados (Andrade & Bosi, 2015).

Essas são algumas questões que permeiam o atendimento do SUAS e do Sistema Único de Saúde (SUS) aos sujeitos em situação de rua quando estes apresentam sofrimento psíquico. São desafios que adentram o exercício profissional diariamente e que exprimem a dificuldade dos sujeitos em situação de rua no acesso ao cuidado em saúde mental.

A fala a seguir é de um profissional do Centro Pop, em uma reunião de equipe do serviço que a pesquisadora participou com a finalidade de apresentar o seu estudo aos profissionais. Após a apresentação, o trabalhador que compõe a equipe de abordagem social tenta contextualizar para a pesquisadora um pouco do seu processo de trabalho, especialmente quando realiza busca ativas e se depara com pessoas que estão na rua e possuem demandas em saúde mental.

*“É um público que é necessário pegar na mão e levar até o serviço (CAPS)” (L., assistente social do Centro Pop - Diário de Campo, 07/2018).*

Os trabalhadores da política socioassistencial por estarem mais próximos do referido segmento, ou seja, por já haver conquistado o vínculo com o usuário e com seu contexto de vida são os primeiros a entrar em contato com o sofrimento psíquico vivenciado pelo sujeito em situação de rua, apesar de se pautar em uma percepção, pois o diagnóstico não compete à sua área de atuação (Silva, 2005), necessitando do apoio das equipes de saúde mental.

Além dos profissionais da assistência servirem de facilitadores para o acesso da pessoa em condição de rua ao serviço de saúde, os vínculos afetivos, a aproximação, a compreensão

e reconhecimento das fragilidades e necessidades dos usuários tendem a mobilizar estes profissionais a se dedicarem ainda mais que os outros profissionais que não tem a vinculação como parte do processo de trabalho ao cuidado dos sujeitos em situação de rua.

Como explicita este relato de um profissional do Centro Pop dirigido a pesquisadora quando contava sobre um caso de um atendido pelo serviço de assistência social que estava em um momento de crise psicológica, em situações como essa o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) transporta para o CAPS. Mas, se tratando de um grupo social que possui rompimentos, principalmente familiar, conduzir a pessoa até o serviço é apenas uma das questões que compõe todo o processo de atendimento. O fato de não ter companhia pode ser também uma dificuldade para o sujeito em situação de rua quando prova o sofrimento psíquico.

*“Já precisou que os técnicos do Centro Pop se revezassem no acompanhamento do usuário a noite toda no CAPS” (L., assistente social do Centro Pop - Diário de Campo, 07/2018).*

Tal dedicação pode resultar na realização de ações fora do horário de trabalho, como a situação citada acima. Tratando-se de um grupo com características desafiadoras, como a ausência de rede social de apoio se faz necessária a resolução, em alguma medida, dos “problemas sociais”, para então viabilizar o atendimento e acompanhamento nos serviços da rede pública de saúde mental (Albuquerque, 2009; Borysow, 2012).

Consideramos que o profissional da assistência social que fez o acompanhamento do usuário no serviço de saúde mental, ofereceu além da sua presença, um espaço para a emergência da palavra, pois esta experiência concede uma possível abertura para conversas, fazer perguntas, pedir ajuda, aceitar o laço com o outro, se vincular, se deixar acompanhar (Silva, 2014).

Em face das dificuldades em responder às necessidades dessas pessoas, torna-se indispensável desenvolver mecanismos de enfrentamento, como uma comunicação aberta e flexível entre os profissionais das diferentes instituições, o que contribui para a cooperação entre as organizações. Apesar de o diálogo ser uma estratégia que possa ampliar o cuidado disponibilizado ao sujeito em situação de rua, há uma expressiva distância entre o discurso e a materialização desse modo de trabalho compartilhado, o que se configura como mais um obstáculo no enfrentamento das demandas complexas em saúde vivenciadas pelo público em questão.

A Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR), orienta que estes sujeitos necessitem de atenção de modo integral, através de medidas intersetoriais, que gerem impactos a longo prazo na vida dos sujeitos (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008).

O conceito de intersetorialidade nesta discussão está de acordo com a compreensão do ministério da saúde que o define como um modo de gestão desenvolvido por meio de um processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre distintos setores da sociedade e entre estes e as diversas políticas públicas para o enfrentamento de conflitos e problemas sociais (Brasil, 2013).

Deste modo, a troca e constituição de ações intersetoriais constitui um discurso entre os profissionais que norteia as discussões voltadas às estratégias de cuidado ao referido público e, ao mesmo tempo, como já foi mencionado nesta análise, trata-se do grande desafio ao serem transpostas as discussões para o plano operacional.

Observamos no estudo de campo um discursivo advindo dos profissionais e dos serviços que compreendem a troca entre os diferentes setores e órgãos governamentais ou não, como uma ferramenta importante para o enfrentamento de um problema social como o

sujeito em situação de rua em sofrimento psíquico, cuja complexidade extrapola significativamente a capacidade de um único setor (Andrade, 2006).

A intersectorialidade na saúde mental coloca o usuário em uma nova posição, não como um doente, mas como pessoa que necessita ser visto como um indivíduo humanizado e, para isso, é preciso fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando a integralidade do sujeito (Severo & Dimenstein, 2011). Em outras palavras, o princípio da intersectorialidade como estratégia na construção do cuidado em saúde orienta os serviços a saírem de suas sedes e buscar vínculos que os complementem e os ampliem.

Os dados aqui apresentados apontam o Centro Pop como um importante ‘possibilitador’ da rede ao tentar romper os impasses de uma lógica de reprodução de um modelo higienista, no qual o sujeito em situação de rua passa a ser enquadrado em programas e ações que apenas auxiliem as instâncias estatais na remoção dessas pessoas dos espaços públicos para os equipamentos sociais, tais como acolhimentos institucionais, informalmente chamados de abrigos (Londero, Ceccim & Bilibio, 2014).

Tais iniciativas ainda vigentes são eivadas do discurso missionário de que a assistência social acolhe os problemas que outros setores não são capazes de resolver, o que desqualifica ou ignora a complexidade e as necessárias ações intersectoriais na efetividade da resposta da assistência às necessidades dos sujeitos em situação de rua (Varanda & Adorno, 2004).

Na temática a seguir, o aspecto da pessoa em situação de rua como um sujeito de desejo será incorporado a partir dos discursos dos atores sociais participantes da pesquisa. Para uma melhor contextualização será apresentada a primeira letra do nome, o sexo e faixa etária de idade.

Em uma manhã de atividade coletiva no Centro Pop, em um dia que os profissionais consideram difícil para realização do trabalho, pois havia um usuário na parte externa do serviço sob efeito de substâncias psicoativas em um estado bastante alterado. O que gerou

uma agitação nas pessoas que estavam conduzindo e realizando as atividades na instituição. Em meio algumas conversas entre os atendidos pelo Centro Pop, um dos usuários que não faltava nas oficinas, mesmo que fosse para estender seu cobertor em um canto da sala e dormir na metade do tempo da atividade sempre comparecia e quando acordava conversava bastante, tanto com seus companheiros que vivem nas ruas, quanto com os profissionais do serviço.

Neste dia, dizia de alguns guardas municipais que chegam aos locais de uso de substâncias psicoativas e realizam maus-tratos físicos, também verbais como chamá-los de “lixo de rua”, “macacos de rua”. Diante dessas situações diziam que se portavam “na democracia”, não revidavam, conversavam, apesar de acharem esses agentes uns “vermes” e achar que guardas municipais são frustrados porque gostariam de ser policiais, já que “policial de verdade” não chega espancando, mas na frente dos guardas não discordava, dizia “sim senhor”, e acreditava que quem discutia com os guardas municipais ou policiais não sabia agir na democracia.

Compreendemos que nessa conversa o “agir na democracia” é ter esperteza e persuadir o outro com palavras e não com atitudes de violência. Tal sagacidade é uma habilidade percebida neste universo social e parece ser um elemento que se desenvolve conforme a pessoa se depara com as dificuldades enfrentadas no cotidiano das ruas.

Nesta mesma conversa, destacamos também um diálogo entre um profissional do Centro Pop e o mesmo usuário da situação acima contada sobre um episódio de violência que viveu. O profissional indaga o sujeito: “*Mas você não tem medo de morrer?*” (...). A frase proferida pelo ator social do grupo pesquisado em resposta à pergunta do profissional foi: “*Vocês conhecem a lógica da rua, mas não sabem o que é viver na rua*”. O sujeito explicita na resposta que mesmo que a pessoa esteja trabalhando em uma relação de cuidado muito próxima ao grupo social, compreenderá a dinâmica do grupo até certo ponto, mas não tudo o

que se passa, pois os mesmos possuem sua própria cultura e suas particularidades, que pode ser percebida pela pesquisadora, a partir do convívio com as pessoas que conhecemos, ou seja, um modo de se relacionar com as instituições e seus pares, marcados pela desconfiança.

O exposto também indica a importância de se oferecer escuta para as vozes das próprias pessoas sobre seu modo de vida e como e o quanto desejam contar o que experiecia para quem demonstra interesse em sua história. Ainda acrescentamos que a atitude de escutar as vozes dessas pessoas que se utilizam das ruas como seus espaços de moradia, abre um caminho de aproximação com os mesmos, abertura para enxergá-los não somente como um grupo heterogêneo, mas para olhá-los na singularidade. Aproveito para justificar que nas páginas a seguir, passo a usar o verbo na primeira pessoa do singular e até mesmo o pronome pessoal *minha*, porque considero importante destacar essa escolha ao leitor para explicitar que ressalto situações que estão diretamente relacionadas às minhas experiências, aos meus sentimentos, percepções e afetações em mim suscitadas no território de pesquisa.

#### 2.6.2 “Vocês conhecem a lógica da rua, mas não sabem o que é viver na rua”: Quem são os sujeitos em situação de rua atendidos pelo serviço de saúde mental

A pesquisa de campo iniciou neste dia antes mesmo que eu adentrasse a instituição. Choveu durante a noite toda, aos arredores do serviço tinham várias pessoas com as roupas ensopadas. De manhã o costume é desejar um bom dia para quem encontramos na rua e nos lugares, neste começo de sexta-feira, a expressão “bom dia” se engasgou em minha garganta. A primeira pessoa que acompanhei neste dia estava desabrigado em uma noite de chuva e frio, tossindo e molhado, como desejar bom dia? Bom dia pra quem? Assim começou o dia das dezenas de pessoas que aguardavam na fila pelo início das atividades no Centro Pop. A

narrativa a seguir foi realizada para a pesquisadora por uma dessas pessoas que aguardavam o funcionamento do serviço.

*“Sabe o que afunda todo morador de rua? É a droga. Fumo crack, e por conta da pedra eu perdi a família. Eu não consigo deixar de usar o crack, eu sinto falta quando fico dias sem usar” (M., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 40 anos – Diário de Campo, 08/2018).*

Foi exposto acima o trecho de uma conversa que teve duração de aproximadamente uma hora. Depois de um tempo a emoção encheu o nosso diálogo, e um laço se estabeleceu entre nós, e concebeu abertura para contar o motivo da sua ida e permanência na rua, inclusive contar sobre sua família, seus filhos, sendo que um deles também se encontra em condição de rua e no dia da conversa estava angustiado por não saber onde seu filho estava.

*“Uso álcool e drogas, não consigo ficar sem. Choro todos os dias, pensando nos meus filhos. Choro por estar nessa vida. Eu que sempre trabalhei, pela igreja ajudava os moradores de rua, agora eu estou nessa condição (M., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 40 anos – Diário de Campo, 08/2018).*

O tema: ‘uso de álcool e outras drogas’ surge com frequência na fala dos sujeitos em situação de rua como uma questão primordial que atua como um mantenedor da vida nas ruas assim percebido por quem vive nessa condição. Deste modo, concordamos com os autores Pereira, Fernandes e Barretos (2001) que apontam o uso das substâncias psicoativas intimamente ligadas ao fenômeno social do viver nas ruas.

Neste mesmo dia quando adentrei a instituição um dos profissionais me disse que a recepção do Centro Pop é como um laboratório, em outras palavras, me dizia que coisas importantes acontecem naquele lugar. Arrisco dizer pelo tempo em que estive mergulhada na

rotina do serviço que realmente, coisas importantes acontecem na recepção e em todas as dependências do dispositivo social. Digo isso, pois enquanto conversava com uma pessoa, geralmente outra se aproximava de mim, simplesmente para ser ouvida, consolidando o objetivo do meu trabalho que se configura em dar voz às pessoas que estão vivendo em condição de rua dizer sobre suas experiências.

Foi o que aconteceu neste dia de visita. Era o momento da atividade coletiva, algumas pessoas desenhavam, outras pintavam, outras assistiam a filmes. Eu me sentei em uma das cadeiras, um dos participantes se aproximou e surgiu uma conversa. A. queria me contar do seu universo social.

*“Eu tinha tudo, tinha família e agora eu estou no fundo do poço. Tem pessoas aqui que estão pior do que eu, que não faz um cuidado próprio, nem tomam banho” (A., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 30 anos – Diário de Campo, 07/2018).*

No decorrer da nossa conversa passavam algumas pessoas por nós que estavam em outra atividade e que resolveram trocar por aquela, ou estavam no momento de higiene pessoal e voltavam para a sala. Durante a conversa A. quis contar como vê as pessoas que também estão em condição de rua. Em sua visão, muitos que procuram o Centro Pop estão em uma situação mais difícil que a sua, acha que são pessoas que estão somente no consumo das drogas e se esquecem até mesmo do cuidado pessoal como o banho. Diz isso pensando nele mesmo, pois quando utiliza as substâncias psicoativas de forma abusiva já chegou ficar mais de dois meses sem fazer um exercício simples que a maioria das pessoas fazem todos os dias que é se olhar no espelho, se não fazia o simples quem diria outras coisas fundamentais como uma boa alimentação, um sono adequado.

*“Quando eu chego aqui no Centro Pop eu me olho no espelho, eu penso, quanto tempo eu não me olho no espelho, sabe” (A., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 30 anos – Diário de Campo, 07/2018).*

A. conta esta situação com um semblante triste e com os olhos cheios de lágrimas. Naquele momento não estava diante do espelho, mas estava diante de si mesmo, o primeiro ouvido que ouvia sobre o que estava vivendo era o seu.

Essa conversa em minha concepção se apresenta como um motivador de problematização dos modos de cuidados que atravessam a atenção em saúde. Pessoas como esta que até então, encontravam-se invisíveis aos cenários do SUS colocam o sistema de saúde em xeque ao trazer a tona um público diverso, que problematiza os modos estruturados de produzir saúde e presentifica no cotidiano um conjunto inusitado de necessidades de saúde para a rede de cuidados (Londero, Ceccim & Bilibio, 2014).

Devido ao alto grau de vulnerabilidade psicossocial aos quais estes sujeitos estão submetidos parecem ficar desencorajados a buscar o serviço de saúde. Como eu pude perceber no diálogo a seguir. Encontrei J. em direção ao Centro Pop, próximo ao horário de almoço e me contou que quando fosse 14 horas iria até o restaurante pedir alimento, disse também que consegue alimentação com mais facilidade, em sua visão, para a mulher é mais fácil conseguir doações de comida. Enquanto conversávamos percebi um incômodo em seus olhos.

Sujeito em situação de rua: *“Nossa, meu olho tá ardendo, não consigo nem abrir o olho. Acho que é conjuntivite, parece que tem areia no meu olho e remela.*

*Pesquisadora: E você vai ao médico pra ver?*

*Sujeito em situação de rua: Não, isso aqui é questão de dias, passa sozinho” (J., Sujeito em situação de rua do sexo feminino, faixa etária de 20 anos – Diário de Campo, 09/2018).*

Muitas vezes, os que estão em condição de rua demoram reconhecer um sintoma como algo necessário de ser cuidado, e assim, recorrer a um atendimento médico, e quando

procuram a rede de saúde estão com vários problemas acumulados e não conseguem mais lidar sozinhas com as dores ou resistir a elas, geralmente o perfil deles que acessam o tratamento de saúde é quando estão em uma condição de agravamento (Varanda & Adorno, 2004).

Situações como essa explicitam as necessidades de saúde que atravessam o universo deste grupo social, e o quanto ações do Ministério da Saúde (MS) em composição com trabalhadores da saúde e da assistência social e de movimentos ligados ao coletivo dos sujeitos em situação de rua, bem como, a atuação desses serviços de modo intersetorial auxiliam no enfrentamento das complexas demandas presentes nas ruas (Londero, Ceccim & Bilibio, 2014).

Na sequência, colocamos uma fala dirigida pelo sujeito em situação de rua para duas profissionais do Centro Pop. As mesmas são duas figuras de referência no processo de atendimento pela instituição. A narrativa foi justamente durante uma reunião de orientação para um possível processo de saída do sujeito das ruas. Os técnicos iniciaram a conversa elogiando o engajamento de D. nos serviços oferecidos pela instituição e que diante desse progresso iriam auxiliá-lo no processo de aquisição de um benefício que o ajudaria a pagar um cômodo para morar, além disso, iriam acompanhá-lo em toda jornada de possível saída das ruas. Um dos técnicos destacou que o ajudaria a administrar o seu dinheiro, mas não iria administrar seu uso das drogas, no sentido de que D. iria precisar priorizar os valores recebidos pelo benefício social para o custeio do aluguel, já para as drogas, se fosse de seu desejo realizar o uso, teria que pensar em outra estratégia para obtê-las.

*“Eu não vou prometer que não vou usar ainda um pouco [crack], ainda mais quando estiver na abstinência, mas eu não quero mais me prejudicar. Quando tá na rua as pessoas te julgam, porque eles acham que você tá ali porque quer. Para estar nas ruas acontecem*

*várias coisas, a pessoa não tá ali porque quer” (D., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 30 anos – Diário de Campo, 08/2018)*

Nesta expressão se evidencia o olhar de quem está de dentro, ou seja, os próprios sujeitos em situação de rua, suas compreensões de mundo e o que de fato julgam importante pra eles. Além disso, nessa conversa D. fez questão de enfatizar que não consegue se acostumar a essa vida, não gosta da rua. Para ele, trabalhar é importante, sua profissão é açougueiro, gosta de se virar e fazer as coisas por si mesmo e gostaria de voltar a ter autonomia, isto é, ter o seu dinheiro, poder aos finais de semana assar uma carne e tomar uma cervejinha.

Na narrativa de D. mostra alguns fatores que se inter-relacionam no processo de ida e permanência nas ruas, o que me faz olhá-los como pessoas que estão passando por um momento difícil em sua vida e que as ruas acabou sendo uma alternativa viável de sobrevivência e não uma escolha.

Na atualidade, há uma crescente demanda sobre como dar conta das necessidades sociais das pessoas que vivem nas ruas, constatando-se ações divergentes no seio da sociedade a partir das posições de cidadãos, do Estado, da mídia, dos serviços de saúde e das organizações coletivas como um todo.

Na visão de um participante da pesquisa que está em processo de saída das ruas, enquanto conversava comigo no caminho de uma atividade artística que ocorre fora da instituição proferiu que em sua visão, se uma pessoa oferece esmola para ajudar o sujeito que está na rua só estará contribuindo para a sua permanência, e mesmo alguns que recebem oportunidade de mudança da condição de rua, tem preferência em continuar na mesma situação. Sua fala expressa:

*“Tem muita gente que quer ficar igual zumbi, não quer sair dessa vida” (J., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 20 anos – Diário de Campo, 09/2018).*

Todavia, pergunto: quando não se pode escolher a comida que come ou a roupa que veste, o exercício da vontade não fica bastante comprometido? As particularidades das experiências de cada um e de como cada pessoa reage aos efeitos de sua trajetória de ida para rua e depois que se instalam nesse espaço, parece impedir generalizações.

Além disso, J. parece expressar quando diz que *“tem gente que quer ficar igual zumbi”* uma lógica de pensamento presente no imaginário social que passaram a ver os sujeitos em situação de rua como os “novos desviantes da sociedade”, como perigosos, devido ao seu consumo de crack, álcool e outras drogas, e porque perambulam pelas ruas pedindo ou até mesmo roubando para sustentar o uso abusivo de substâncias psicoativas, deixam de ser sujeitos desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis pelos seus próprios atos (Merhy, 2012).

Essas pessoas que vivem nas ruas e sem ganho definido, ainda com uma situação agravada, pela contínua permanência em condições insalubres, sujeitas à violência ou ainda, sob a ação contínua de álcool e drogas, são vistos nas sociedades urbanizadas, como uma presença inoportuna e ameaçadora (Merhy, 2012).

Esse coletivo formado pelos sujeitos em situação de rua, quando ocupantes das ruas e praças, em qualquer cidade podem ser rotulados como os novos anormais, à luz do pensamento foucaultiano na atualidade. Esses sujeitos vêm se tornando um público-alvo para um medo atávico pelo não controlado, levando de roldão qualquer tipo de movimento que se alie a uma aposta em uma vida livre, estes são considerados pelo imaginário social como vítimas da captura que as substâncias químicas ilícitas provocam (Merhy, 2012).

Porém, essa concepção de pensamento que não reconhece o sujeito em situação de rua como humano se esquece da variedade de condições que permeiam essa problemática social, e que conhecer tais fatores permite a ampliação da visão acerca da temática.

A conversa a seguir demonstra a heterogeneidade do grupo em questão. O acompanhamento deste dia ocorreu em uma atividade externa do Centro Pop. O grupo que passa por atendimento pelo serviço social se reuniu para apresentar uma peça de fantoche para as crianças de um colégio municipal de Londrina que foram visitar o Museu Histórico da referida cidade.

Após a atividade nos reunimos para o café, tanto para quem participou da apresentação como quem estava no Centro Pop e foi para assistir ao teatro. Depois do lanche, aqueles que tinham atendimento no serviço social voltaram com os técnicos e os que não tinham continuaram no Museu conversando comigo. Neste dia conheci H. que morava com a mãe e o irmão. H. conta que tinha emprego, carro e tinha tudo, mas teve depressão e seu irmão começou a fazer uso de substâncias psicoativas, o que gerou vários conflitos até que decidiu sair de casa.

A partir de então, realizava sua higiene pessoal e dormia em um posto de gasolina na região norte da cidade e frequentava o Centro Pop somente para tomar café. Mas no presente dia começou a participar das atividades oferecidas pela instituição, contou que estava fazendo os documentos porque gostaria de trabalhar e fazer faculdade, contou que considerava como seu maior problema a solidão.

*“O meu problema é que sou muito calado. Eu não uso drogas e nem álcool, eu não posso, se eu usar eu morro, sou hipertenso” (H., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 30 anos – Diário de Campo, 08/2018).*

Apesar de alguns autores, como Pereira, Fernandes e Barretos (2001), entenderem o uso do álcool e das drogas estarem associados com a vida nas ruas, este participante fez questão de contar que seu modo de existência não é marcado pelo uso das mencionadas substâncias, sendo assim, foi possível acolher e compreender sua vivência que se mantém por outras complexidades, como conflitos familiares.

Porém, por mais diferentes que sejam as adversidades experienciadas pelos sujeitos que conhecemos em campo, muitas dessas pessoas ao contarem de suas múltiplas vulnerabilidades demonstravam a busca por apoio dos profissionais diante do processo desafiador que o viver nas ruas representa.

A parte de uma conversa que será evidenciada aconteceu na mesma roda de pessoas no término da atividade cultural no Museu Histórico de Londrina. Um dos presentes estava passando também por depressão, segundo a sua afirmação, e quis compartilhar um pouco da sua vivência para que eu pudesse compreender suas dificuldades.

*“Na verdade é bom viver na rua... não que é bom, eu vim pra rua com 13 anos. Via meu padrasto bater na minha mãe, eu já sofri abuso dele. O meu padrasto me perguntou, o que eu queria de presente de aniversário, eu pedi uma bolsa e uma barraca, fui embora e não voltei mais. Eu tenho raiva, sofro até por ser bissexual, eu fico pensando se é por causa do abuso. Mas, se eu matar o meu padrasto eu acabo com minha família, não vai adiantar, por isso eu faço o que Jesus ensinou que é amar e perdoar” (M., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 20 anos – Diário de Campo, 12/2018).*

A aproximação da realidade da rua, a partir da convivência com os que estão morando nela, especialmente, nos locais que ofertam os serviços sociais para o grupo em questão, possibilita a oportunidade do contato com a grande experiência de vida nas ruas, e aponta

sinais para a compreensão da necessidade dos serviços aperfeiçoarem a atenção para este público.

Aliás, depois de tanto empenho, principalmente por parte dos segmentos conservadores, na construção de um imaginário social que não reconhece o sujeito em situação de rua como humano, dificilmente, no campo da atenção em saúde mental, de forma especial às pessoas que se utilizam das drogas como forma de sobrevivência nas ruas, se dedicarão em atuar ou desenvolver intervenções de abordagem participativa, ou seja, um modelo de atuação que considera a criação de diferentes vias de interlocução entre as instituições e as opiniões e saberes das pessoas com que se trabalha.

A perspectiva participativa se afasta de uma abordagem dicotômica de drogas ou não-drogas advinda e fortalecida pelo proibicionismo e propõe um enfoque na possibilidade de solucionar alguns aspectos ou de fazer frente aos efeitos mais danosos derivados de certos consumos de drogas (Romani, 2008). Ao contrário, é possível notar um forte apelo midiático que coopera para um tipo de política prescritiva, na qual privilegia o saber das instituições, nesta lógica os atendidos têm que aceitar o que diz o especialista (Romani, 2008).

Neste cenário, observam-se propostas de internação compulsória e desmantelamento dos lugares de consumo de drogas, como as chamadas Cracolândias, via ofensiva policial, sem um mínimo de planejamento que inclua as pessoas que estão em condição de rua em programas de acolhimento de suas necessidades sociais. O que se identifica é um movimento de expulsão e maior exposição (Londero, Ceccim & Bilibio, 2014).

A temática a seguir se refere aos desafios ligados à localização do serviço de saúde mental CAPS ad. A frase “Nós por nós” estava exposta em um quadro em uma atividade cultural realizada pelos e aos sujeitos em situação de rua.

O enunciado se configura como uma denúncia que reivindica o quanto são pessoas que não tem acesso às políticas públicas, exemplificando, não somente a política pública de saúde, como de educação, moradia, cultura, políticas públicas de um modo geral.

No tópico seguinte serão integradas as considerações dos profissionais do serviço assistencial Centro Pop e do serviço de saúde mental CAPS ad sobre as características do serviço de saúde mental que limitam seu uso pelos sujeitos em situação de rua.

### 2.6.3 “Nós por nós”: Desafios no acesso do sujeito em situação de rua ao serviço de saúde mental

A declaração a seguir foi partilhada pela equipe de profissionais do Centro Pop. A fala foi realizada em uma reunião de equipe por um profissional, dirigida à pesquisadora na tentativa de localizar o cenário da saúde mental aos sujeitos em situação de rua.

*“As dificuldades dos usuários acessar o CAPS ad, é principalmente pela localização”*  
(E., assistente social do Centro Pop – Diário de Campo, 07/2018).

Neste tópico se evidenciou a localização do serviço de saúde mental como uma barreira que pode interferir no processo de procura e conquista do cuidado deste público (Borysow & Furtado, 2013). Ao referirmos ao local como um desafio no acesso ao serviço de saúde mental pelo sujeito em situação de rua em sofrimento psíquico, é possível ampliar a reflexão, a partir da perspectiva da Atenção Psicossocial que é coerente, inclusive, com a Lei da Reforma Psiquiátrica e as diretrizes do Ministério da Saúde, que propõe o acolhimento do seu público alvo na comunidade por meio dos serviços descentralizados e territorializados, como o CAPS (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

O CAPS se apresenta como o principal dispositivo para a implantação da atual política de Saúde Mental. Porém, muitos destes equipamentos ainda estão distantes do que são delineados pelo modo de Atenção Psicossocial, cuja ética implica na ousadia de buscar o novo, visando superar o paradigma asilar já conhecido, discutido no primeiro capítulo deste trabalho (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Na opinião de um profissional do CAPS ad em diálogo realizado com um profissional do Centro Pop e na presença de um atendido pelos dois serviços (CAPS ad e Centro Pop) disse:

*“A solução não é trazer o CAPS ad para o centro, porque lá na zona norte tem muitas pessoas que procuram atendimento. A solução é construir outro aqui no centro” (M., assistente social do CAPS ad – Nível Superior – Diário de Campo, 08/2018).*

A partir da fala do profissional do serviço de saúde mental recordei de uma narrativa de um técnico do Centro Pop que dizia sobre um barracão que estava sendo construído para funcionar como um centro dia para o sujeito em situação de rua na área central de Londrina. No entanto, sem nenhuma explicação para os usuários e nem para os cuidadores deste público a obra não foi inaugurada. Para o trabalhador do serviço social, alguns vizinhos poderiam ter pedido para não ter o barracão, pois incomodaria a vizinhança ter os sujeitos em situação de rua transitando nas redondezas, e por isso pararam com a obra naquele momento. Ainda faz a observação de que em todo lugar é assim, os vizinhos não permitem que essas pessoas fiquem, eles são jogados de um lado para o outro.

Assim, retomo a fala do profissional do CAPS ad e concordo que se faz necessário o referido dispositivo de saúde mental na região central, mas será que é de interesse do poder público realizar essa construção? Leonardis (1998) salienta o caráter classista da instituição manicomial destinada à expulsão e repressão dos setores mais pauperizados da população, das

classes consideradas marginais e, portanto, perigosas. Ainda nos dias atuais encontramos a mesma lógica de pensamento que destinam às pessoas consideradas pobres serviços sem levar em consideração a necessidades do grupo social, exacerbando os pontos de fragilidades que limitam o acesso ao atendimento e acompanhamento no serviço da rede pública de saúde mental.

Diante disso, apontamos a pouca sustentação do sofrimento psíquico intenso no território. Nossa experiência tem demonstrado que essas pessoas que vivem pelas ruas quando começam a importunar a sociedade são, na maioria das vezes, recolhidos por guardas municipais que os levam para o Centro Pop ou para os outros serviços da rede, reproduzindo uma forma sutil e com uma tecnologia sofisticada, a mesma lógica de exclusão e controle (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Nisso se expressa a utilização do poder para fazer calar aquilo que não se compreende, e mostra os desafios enfrentados para gerar um modo de cuidado que sustenta o sofrimento em diálogo íntimo com o contexto que foi produzido. Nossa vivência neste estudo, tem mostrado o quanto as pessoas em situação de rua em sofrimento psíquico são mantidas circulando entre diferentes equipamentos, com muitas dificuldades de serem efetivamente cuidados no quesito saúde.

Um profissional do Centro Pop fez um apontamento importante sobre o serviço de saúde mental.

*“O CAPS está previsto o atendimento a toda população, inclusive do sujeito em situação de rua. Mas, o CAPS não vai até a rua onde o sujeito está. Eles ficam nos viadutos próximos ao Centro Pop na região central, então não vão ao CAPS por conta da distância. O CAPS poderia sair para a rua, mas se sair quem substitui a técnica de lá que trabalha não somente com a população em situação de rua, como também outras demandas” (L., assistente social do Centro Pop - Diário de Campo, 07/2018).*

Na declaração o profissional destaca a importância da equipe estar onde as pessoas estão que neste caso é na rua, propondo novos projetos de vida a essas pessoas e inserindo os trabalhadores nesse contexto. Pensamos que o território pode trazer benefícios para a relação profissional e usuário, especialmente para o profissional, pode possibilitar uma percepção da relação do usuário com a droga em sua complexidade, incorporando a experiência de vida do usuário e seu local de moradia/estadia na constituição de novas ações em saúde mental.

Se não consegue sustentar a crise no território pode gerar efeitos de uma rede em saúde mental enfraquecida, o que pode acabar pressionando a se recorrer ao recurso do hospital psiquiátrico. Parece que o que sobra é a velha fórmula aplicada aos anormais e perigosos, de abandono em abandono reside o destino esperado do hospital psiquiátrico, as ruas higienizadas, a exclusão como medida de segurança, o isolamento como medida terapêutica (Lisboa, 2013).

Frente a todas as necessidades vivenciadas pelo sujeito em situação de rua, sejam elas de ordem material, relacional ou emocional, o hospital parece virar a solução para todas as carências, já que as outras intervenções se encontram enfraquecidas (Lisboa, 2013).

Nesta discussão teórica, interrogamos as interações que ocorrem sem chances de acolhimento ao longo de suas estadias nas ruas, chances de escuta das suas dificuldades, chances de ações que pudessem de fato concorrer contra o percurso de exclusão, intervenções que considerem e busquem o estabelecimento de estratégias de cuidados mais apropriados às suas necessidades (Lisboa, 2013).

Chamamos atenção neste momento de análise para um tipo de processo de trabalho, que não se vincula ao contexto interno do serviço de saúde como única alternativa de atendimento, mas que aposta no território como uma possibilidade de um novo espaço de cuidado. Um trabalho itinerante que busca maior cobertura de ações de cuidado na tentativa

de alcançar grupos sociais com dificuldade de acesso aos serviços e de criação de vínculos, como é o caso do sujeito em situação de rua, que dificilmente se adapta ao modelo tradicional de atendimentos dos serviços (Silva, 2014).

Dois profissionais do Centro Pop expressam uma perspectiva diferente sobre a pouca utilização do serviço de saúde mental pelos sujeitos em situação de rua. Em conversa com a pesquisadora quando a mesma explicava seu objetivo de pesquisa os profissionais narraram sua percepção:

*“Não acredito que eles querem recuperação, acredito que eles não vão até o CAPS ad, porque não querem” (C., assistente social e D., psicólogo do Centro Pop – Diário de Campo, 07/2018).*

Um sujeito em situação de rua em fragilidade psíquica que se recusa ir até a instituição de saúde mental, porque aceitou tratamento naquele dado momento, sob a insistência da equipe da abordagem social, mas muda de ideia ao se deparar com o processo de busca do cuidado em saúde mental. Em situações como essa se mostra grande parte da responsabilidade transferida para o indivíduo, e uma dificuldade de pensar um atendimento que pode ser produzido além das fronteiras do serviço. Assim, parece que o enfrentamento da problemática depende mais do sujeito em situação de rua e é como se o serviço de saúde mental já tivesse feito o que seria de sua competência.

A temática a seguir ainda discorre sobre o serviço de saúde mental, mas nessa discussão contempla a visão sincera de quem vive nas ruas e utiliza dos serviços de saúde mental, os próprios sujeitos em situação de rua.

Anunciamos a temática com uma frase pronunciada pelo sujeito em situação de rua: *“A pessoa que trabalha aqui tem que saber que vai lidar com vários tipos de mentes”*. Este sujeito reconhece que o trabalho realizado junto ao referido grupo social é exigente, mas

entende que o profissional que se dispõe a trabalhar com este público precisa estar preparado para se defrontar com as complexidades que este universo apresenta.

Na sequência evidenciamos um trecho de uma conversa de aproximadamente uma hora. Esse diálogo ocorreu após a atividade de violão que acontece em uma entidade cultural que disponibiliza cursos de violão e teatro para os atendidos do Centro Pop. Interessante que quem iniciou a conversa foi G. que me contou que é um homem trans, que por ser um sujeito em situação de rua trans, precisa de apoio em saúde mental e se sente deixado de lado. Conta também que foi o primeiro homem trans da cidade de Londrina a passar pelo procedimento cirúrgico pelo SUS, foi acompanhado e encaminhado pelo CAPS ad e ainda precisa continuar passando por atendimento psicológico, mas disse que está frequentando outro serviço.

*“Eu não tenho ido no CAPS ad, porque é muita burocracia, e eu não tenho paciência. Tenho que começar tudo de novo, passar pela triagem...” (G., Sujeito em situação de rua, homem trans, faixa etária de 30 anos – Diário de Campo, 12/2018).*

Neste caso se evidencia o questionamento: os protocolos incorporados aos serviços de saúde mental têm feito desses dispositivos menos ou mais efetivos? Quando G. menciona que para passar pelo serviço de saúde mental é muito burocrático parece falar dos procedimentos que são comuns na busca por atendimento no serviço público como aguardar na sala de espera. Mas, se tratando de um grupo social que tem seu modo de funcionamento pautado em demandas emergenciais, dentre tantas evidenciamos a alimentação. Será que o atendimento no serviço público de saúde mental poderia levar em consideração tais particularidades? Não se trata de privilegiá-los em detrimento de outras pessoas que estão aguardando, mas compreender que situações contornáveis para os usuários da saúde de um modo geral como uma fila pode se tornar para o sujeito em situação de rua mais uma dificuldade de acesso e busca por atendimento e tratamento em saúde mental.

Para exemplificar segue parte de uma conversa de A. que atualmente está em processo de saída das ruas, isto é, está estudando, consegue realizar trabalhos como capinar e com a remuneração alugou um cômodo para morar e quer fazer faculdade. A. passou por atendimento pelo CAPS ad de 2010 a 2014, neste período o CAPS ad era localizado na região central do município, o que facilitava o acesso para o mesmo, pois sua estadia era próxima ao do serviço. A. acredita que toda região, todos os bairros necessitam de um serviço de saúde mental, mas com a mudança do dispositivo para zona norte entende que para o pessoal da área central ficou muito mais difícil buscar o serviço. Afirma que em sua opinião, gostaria que os poderes públicos investissem em mais serviços, mas sabe que isso é muito difícil de acontecer. Entretanto, observa que o número de pessoas nas ruas só aumenta e com isso, também cresce a demanda de utilização do CAPS ad, mas há pouco investimento dos recursos públicos para ampliar a capacidade do serviço.

*“Essas pessoas não acessavam o serviço, por vários motivos, acessibilidade, por falta de interesse até pelo momento psicológico que eles vivem, mas também existe o fato que o serviço não busca essas pessoas” (A., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 40 anos – Diário de Campo, 12/2018).*

O relato de A. aponta para algumas compreensões a respeito da pergunta realizada por um dos profissionais do Centro Pop que dizia o porquê o público do serviço social resiste tanto em acessar, de forma especial o serviço de saúde mental CAPS ad. No relato de A. se encontram considerações que apontam para algumas limitações do serviço que atuam como impedimento na procura por cuidado em saúde mental do sujeito em situação de rua no mencionado dispositivo, ainda A. aponta para o espaço social como um território de atuação do CAPS ad.

Os dois trechos das conversas acima foram diálogos demorados quando estava somente eu e o interlocutor. Diferente da narração abaixo que aconteceu em meio a uma atividade coletiva entre assuntos variados. Para mostrar um pouco do contexto, recorro que a conversa principal deste dia foi uma proposta pelo técnico do serviço dos guardas municipais que cantam música gospel ir visitar o grupo. A proposta provocou um alvoroço, a maioria disse que o que se os guardas fossem no Centro Pop era pra avisar porque eles não iriam comparecer, pois mesmo que não sejam todos os guardas que maltratam os sujeitos em situação de rua, há os “coleguinhas deles” que fazem isso. Nisso, tiveram uma ideia: se os guardas viessem conversar com eles sem farda seria uma forma de aproximação, mesmo assim, a maioria dos que estão vivendo em condição de rua e estavam na sala disseram que não iriam comparecer e pronto.

Em meio a várias conversas surgiram reclamações tanto do Centro Pop como do CAPS ad. Dentre estas, chamamos atenção para uma narrativa que dizia que a ênfase na forma de tratamento medicamentosa no serviço de saúde mental inviabiliza a sua aderência na atenção em saúde mental.

*“Eu não vou no CAPS ad, para sair de uma droga e entrar em outra droga, lá eles me enchem de medicamento. Eu prefiro continuar na droga que estou. Não é pra mim isso não, eu não vou lá pra eles mandarem eu tomar remédio se eu quero usar” (J., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 20 anos – Diário de Campo, 07/2018).*

Diante deste relato emergem algumas indagações. Será que para o sujeito que vive nas ruas, que tem nas substâncias psicoativas um mecanismo que colabora para suportar as vulnerabilidades deste espaço público, o tratamento medicamento seria uma terapêutica viável?

Uma comunicação aberta entre psiquiatra, bem como, da equipe do serviço de saúde e o usuário facilitaria para uma prescrição mais adequada possível ao estilo de vida desse grupo social?

Durante a pesquisa de campo ouvi várias vezes as pessoas que passam por atendimento no Centro Pop dizer que não vão ao CAPS ad porque não querem sair de uma droga e entrar em outra. Vale dizer que a prescrição medicamentosa realizada pelo psiquiatra compõe o tratamento terapêutico disponibilizado pelo CAPS ad. São receitados medicamentos como rivotril, fluoxetina para tratar, principalmente quadros depressivos e de ansiedade relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Remédios que também podem ser receitados durante o período de abstinência. Porém, as pessoas que eu conversei fazem a observação de que ficariam dependentes de outra droga, que seria o medicamento e ainda, acreditam que alguns medicamentos controlados em interação com o álcool ou substâncias psicoativas podem gerar efeitos indesejados, assim como aumentar a dose do medicamento no organismo, o que compreendem que ingerir tais substâncias enquanto há uso de medicamento pode levar a efeitos graves.

Em razão disso, entendo que realizar o uso de psicofármaco no universo social desses sujeitos que vivem em condição de desabrigo significaria uma mudança de trajetória de vida que se configura como uma tarefa complexa. Do mesmo modo, a dificuldade em estabelecer planejamentos para a vida são fatores que podem desencorajar a procura desses sujeitos pelos serviços de saúde mental (Borysow & Furtado, 2013).

Nesta perspectiva, nossos dados apresentam um testemunho de uma circunstância do serviço de saúde mental que ainda não conseguiu deslocar a hegemonia das práticas orientadas pelo modelo médico tradicional para o modelo psicossocial de atendimento. Os usuários que fazem uso do serviço Centro Pop e que estão utilizando de forma abusiva as substâncias psicoativas estão sendo orientados a buscar o serviço adequado. Mas, o fato da

maioria dos casos receber prescrição medicamentosa por parte da psiquiatria se denota uma tendência preocupante e sugere que o atendimento médico neste serviço tem eliminado o espaço de ponderação sobre qual tipo de tratamento indicar para uma paciente que tem demandas de necessidades específicas, como é o caso do sujeito em situação de rua (Ferrazza, Rocha & Luzio, 2013).

Deste modo, percebemos a junção de medicalização e atenção psicossocial como um encontro arriscado, tendo em vista que muitas pessoas que vivem em condição de rua estabelecem no uso das drogas um mecanismo de resistência ao modo de existir nesse espaço público.

Na sequência sublinhamos um relato que aponta alguns aspectos internos que envolvem o serviço como o contato do usuário com a equipe e o modo dos procedimentos de saúde oferecidos, que neste caso apresentam características que dificultam o acesso do seu público.

*“Estou indo no CAPS ad segunda e terça, antes eu ia quatro dias na semana, chapava a minha mente. É uma falação, eles pensam que a gente é criança. A gente passava a manhã inteira lá ouvindo eles falar sobre se cuidar quando for usar, tipo beber água e prevenir de doenças. Ficava nisso a manhã inteira, eu falava pra eles, isso que vocês estão explicando eu aprendi na escola, lá no segunda série. Acha que a gente é bobo, ninguém quer morrer. Eu falava, porque vocês não usam esse tempo falando coisas mais úteis, não dando só palestra” (O., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 40 anos – Diário de Campo, 07/2018).*

Nem sempre as demandas do público coincidem com os recursos disponíveis pelo serviço de saúde e isso é compreensível. Mas, o relato me faz pensar na importância de uma comunicação aberta e flexível com o usuário. Por exemplo, na questão medicamentosa será que o usuário está sendo orientado quanto ao objetivo terapêutico, efeitos esperados, reações adversas e cuidados na administração do medicamento. O ato de negociar, de refletir sobre o que está sendo oferecido pelo serviço e o que o usuário tem buscado no serviço e tentar ajustar as demandas pode indicar um processo de superação de limites da clínica tradicional em direção a uma prática que valoriza as relações intersubjetivas na produção do cuidado, isto é, uma relação entre médico-usuário, equipe-usuário (Andrade & Bosi, 2015).

Finalizamos esta temática com um relato de uma pessoa que passou por atendimento pelo CAPS ad por vários anos e tivemos a oportunidade de ter uma conversa longa sobre o referido dispositivo. A. apresenta sua opinião quanto às práticas de cuidado em saúde mental refletindo a heterogeneidade do grupo estudado.

*“Frequentei por quatro anos, de 2010 a 2014. Mas, tive alta. Busquei o serviço, porque eu percebi que os meus hábitos não eram benéficos e favoreciam a dicção. Foi muito bom pra mim, o atendimento do serviço, os funcionários, as psicólogas, os assistentes sociais, teve também, um certo acompanhamento psiquiátrico, toda a rede do CAPS ad foi muito útil para a minha progressão mental que hoje está no nível controlado, graças ao atendimento do serviço. O CAPS ad foi muito útil pra mim, e eu queria que fosse útil para outras pessoas também” (A., Sujeito em situação de rua do sexo masculino, faixa etária de 40 anos – Diário de Campo, 12/2018).*

Findamos estas páginas com esta narrativa para demonstrar a importância do CAPS ad e a inter-relação de outros dispositivos como o Centro Pop no processo de reconstrução do projeto de vida do sujeito em situação de rua. Ressaltamos que esta investigação não pretende se configurar com uma verdade absoluta acerca das práticas de cuidados desenvolvidas no

CAPS ad estudado, mas antes, apontar aproximações, reflexões e alguns subsídios importantes que corroboram para aproximar o que está previsto nas políticas públicas de saúde mental nas práticas de cuidados cotidianas dirigidas a este público.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob uma perspectiva etnográfica, dedicamo-nos ao longo destas páginas a refletir sobre os desafios enfrentados pelos sujeitos em situação de rua quando experienciam o sofrimento psíquico intenso. Para tanto, percorremos teoricamente a relação da sociedade com a loucura nas diferentes épocas, tendo em vista que os olhares e práticas dispensadas às pessoas em sofrimento psíquico ao longo desta história nos auxilia na compreensão de como estes sujeitos foram e são, ou não, contemplados pelas políticas públicas de saúde mental nos dias atuais.

Nesta trajetória da saúde mental identificamos, em síntese, alguns acontecimentos que destacamos como contribuintes na temática. Iniciamos pela representação da loucura na era clássica, passamos pelo nascimento da psiquiatria no século XIX, e culminamos no Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir de 1970.

Apesar dos recentes retrocessos, apontamos que no entendimento da pesquisadora, consideramos retrocessos medidas que rompem com a política de desinstitucionalização e incentiva a hospitalização e o tratamento desumanizado, o processo pela Reforma Psiquiátrica Brasileira avançou significativamente em sua implementação. As conquistas foram estabelecidas, principalmente com a Lei nº 10.216 de 2001, o que se torna perceptível por dados que mostram a aprovação de uma ampla legislação voltada à garantia dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, bem como, importantes ações que se concentram na proposição de práticas substitutivas ao modo asilar, prioritariamente em contexto comunitário (Ministério da Saúde, 2014).

No entanto, se faz necessário inserir na agenda da reforma psiquiátrica outras questões fundamentais como a inviabilidade de acesso e a dificuldade técnica no atendimento nas instituições de saúde mental, considerando que, ainda, um grande contingente de pessoas não

são contempladas pelos serviços em suas especificidades e demandas, inclusive, o sujeito em situação de rua. Estas pessoas demandam a construção de políticas públicas em saúde mental que contemplem as suas condições de vida, viabilizando o seu acesso autêntico aos serviços de saúde mental, o que se faz necessário para minimizar o sofrimento desses indivíduos nas ruas (Varanda & Adorno, 2004).

Os dados coletados nesta pesquisa durante o acompanhamento de diversos processos de atenção e cuidado disponibilizadas aos sujeitos em situação de rua, especialmente no Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop) no Paraná, campo de pesquisa, demonstraram os desafios vivenciados pelos sujeitos em situação de rua na prática cotidiana nos serviços de saúde mental.

Chegamos a algumas considerações para finalizar esta pesquisa de que o sujeito em condição de desabrigo, em sua maioria, procura raramente o serviço de saúde mental, buscando com frequência o serviço de assistência social, o que indica que o modo de trabalho nestes equipamentos sociais têm contribuído para a vinculação deste público na rede socioassistencial. Porém, o serviço de assistência social têm enfrentado dificuldades na articulação com os dispositivos de saúde ao lidar com os sujeitos em situação de rua quando apresentam sofrimento psíquico intenso ou demandam atenção em saúde mental devido ao uso abusivo ou abstinência pelo consumo do álcool e substâncias psicoativas (Albuquerque, 2009).

Podemos dizer, com base em nossa pesquisa, que a temática do uso abusivo do álcool e outras drogas surge com frequência nos relatos dos sujeitos em situação de rua atendidos pelo Centro Pop. A substância é vista por quem está nesta condição como um mantenedor da vida nas ruas, o uso das mencionadas substâncias pode atenuar a fome e o rigor do clima frio, de modo que contribuem para dormir, apesar da violência presente nas ruas.

Sendo assim, evidenciou-se nas conversas realizadas com os sujeitos em situação de rua que um dos fatores limitantes na busca por cuidados em saúde mental é a ênfase na forma de tratamento medicamentoso, pois tendo em vista que a interação do álcool e substâncias psicoativas com psicofármacos podem gerar efeitos indesejados (como aumentar a dose do medicamento no organismo, aumentar o risco de coma e insuficiência respiratória), o tratamento iria exigir uma mudança na trajetória de vida. Tal decisão se configura em uma tarefa complexa para indivíduos que tem no uso do álcool e nas substâncias psicoativas um mecanismo de resistência ao modo de existir nesse espaço público.

Nesta perspectiva, nossos dados apresentam um testemunho de uma circunstância do serviço de saúde mental que ainda não conseguiu deslocar a hegemonia das práticas orientadas pelo modelo médico tradicional para o modelo psicossocial de atendimento. O fato de que na maioria dos casos, são orientados a procurar o serviço de saúde mental e receber prescrição medicamentosa, por parte da psiquiatria, denota uma tendência preocupante e sugere que o atendimento médico neste serviço tem eliminado o espaço de ponderação sobre qual tipo de tratamento indicar para um usuário que tem demandas e necessidades específicas, como é o caso do sujeito em situação de rua (Ferrazza, Rocha & Luzio, 2013).

Ao final de nossa pesquisa, vemos que o objetivo principal, qual seja, de problematizar a partir da visão dos sujeitos em situação de rua, como as políticas públicas de saúde mental os contemplam em suas especificidades de demandas e necessidades, e ainda, de como estas proposições se materializam, ou não, na prática cotidiana de um serviço de saúde mental, foi alcançado, sem, no entanto ter se esgotado, o que, na verdade, não era a nossa pretensão e nem a nosso ver, algo possível.

Ainda mais no cenário atual, em que se observam fortes medidas sendo apresentadas pelos representantes dos poderes públicos com desdobramentos nos níveis estaduais e federal, como a Nota Técnica nº 11/2019 intitulada “Nova Saúde Mental”, publicada pela

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, que no início deste ano de 2019, estabeleceu medidas que desconstroem a política de saúde mental com a indicação de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), contribuindo, assim, para o retorno à lógica manicomial. O Ministério da Saúde também passou a financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, incentivando o tratamento desumanizado. Desdobramentos práticos e políticos destas questões ainda precisam ser mais bem compreendidos.

Diante deste momento em que a sociedade brasileira está vivendo, faz-se necessária a união de forças para o enfrentamento dos retrocessos que marcam, inclusive, a política pública de saúde mental e a garantia de novos avanços.

Por fim, desejamos que estas páginas sejam alimentos para fomentar discussões e ações práticas que contribuam para superação dos obstáculos que têm sido colocados para nós neste momento da história.

## REFERÊNCIAS

Agamben, G. (1987). *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: EdUFMG, 2002. *Dilema de conceitos: espaço-território e contenção territorial*.

Albuquerque, C.M.C. (2009). *Loucos nas ruas: um estudo sobre o atendimento à população de rua adulta em sofrimento psíquico na cidade do Recife*. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco. Recuperado de <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/8283>

Alves, C. D. O., Ribas, V. R., Alves, E. V. R., Viana, M. T., Ribas, R. M. G., Júnior, L. P. M. et al. (2009). Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*, 72(1), 85-96. Recuperado de [http://www.neurobiologia.org/ex\\_2009/Microsoft%20Word%20-%2011%20Ribas%20Fred%20et%20al%20Rev%20OK.pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-%2011%20Ribas%20Fred%20et%20al%20Rev%20OK.pdf).

Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: SciELO - Editora Fiocruz.

Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Amarante, P. (2000). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SciELO - Editora Fiocruz.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Recuperado de <https://taymarillack.files.wordpress.com/2017/09/212474750-amarante-p-saude-mental-e-atencao-psicossocial.pdf>.

Andrade, A. B. D., & Bosi, M. L. M. (2015). Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saúde e Sociedade*, 24, 887-900. Recuperado de [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902015000300887&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902015000300887&script=sci_arttext&tlng=pt)

Andrade, L.O.M. (2006). *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec.

Angrosino, M. (2009). Etnografia e observação participante: coleção pesquisa qualitativa. Bookman Editora. Recuperado de [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=sIUfqvzo3Q8C&oi=fnd&pg=PA7&dq=observa%C3%A7%C3%A3o+participante+etnografia&ots=QQq5QsYUt7&sig=-yF6zX0Wmdue4fIMsIl\\_ybOz\\_JY#v=onepage&q=observa%C3%A7%C3%A3o%20participante%20etnografia&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=sIUfqvzo3Q8C&oi=fnd&pg=PA7&dq=observa%C3%A7%C3%A3o+participante+etnografia&ots=QQq5QsYUt7&sig=-yF6zX0Wmdue4fIMsIl_ybOz_JY#v=onepage&q=observa%C3%A7%C3%A3o%20participante%20etnografia&f=false)

Anjos, M. A. Moreno, P. M. (2014). Psicologia: vínculos, contribuições e desafios junto a população em situação de rua. *Psicologado artigos*. Recuperado de <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-social/psicologia-vinculos-contribuicoes-e-desafios-junto-a-populacao-em-situacao-de-rua>.

Bezerra B., Jr. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 243-250. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/physis/2007.v17n2/243-250/pt/>.

Birman, J., Costa, J. F., & Amarante, P. (1994). Organização das instituições para uma reforma comunitária. In: Amarante. (Org.), *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 41 – 72). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Borysow, I.C. (2012). Assistência Social e Saúde: acesso de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde mental. *Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Mental*, Fortaleza, CE, Brasil 31. Recuperado de [https://www.congresso2012.abrasme.org.br/download/download?ID\\_DOWNLOAD...](https://www.congresso2012.abrasme.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD...)

Borysow, I. C., & Furtado, J. P. (2013). Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23, 33-50. Recuperado de [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312013000100003&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312013000100003&script=sci_abstract)

Botti Lappann, N. C., & L'Abate Curi, R. (2004). Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(4). Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/714/71413403/>

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários e Outras Drogas*. Secretária de Atenção à Saúde. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12*. Brasília. SAS/DAPES. Recuperado de [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental).

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. *Estabelece CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi e CAPsad*. Diário Oficial da União. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). Conselho Nacional da Assistência Social. Resolução nº 109. De 11 de novembro. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Brasília: MDS. Recuperado de [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/.../tipificacao.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/.../tipificacao.pdf)

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2011). *Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua*. Brasília. Editora Brasil. Recuperado de [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/orientacoes\\_centro\\_pop.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Secretária de Vigilância em Saúde. (2013). *Glossário Temático: promoção da saúde*. 1 ed. Brasília. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf)

Brasil. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. (2004). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Saude\\_mental\\_no\\_SUS\\_os\\_centros\\_de\\_atencao\\_psicossocial/48](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Saude_mental_no_SUS_os_centros_de_atencao_psicossocial/48)

Brito, M. M. M. (2006). A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26 (2), 320-327. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000200013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200013)

Caponi, S. (2009). Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & saúde coletiva*, 14, 95-103. Recuperado de [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100015&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100015&script=sci_arttext&tlng=en)

Cardozo, M. A. V., Borri, A. P. C. M., & Martinez, V. (2011). As oficinas terapêuticas enquanto uma possibilidade de resgate da cidadania. *Revista Humanas*, 2(1), 48-60. Recuperado de <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Oficinasterapeuticasnoprocessodereabilitacaoopsicossocial.pdf>

Conselho Federal de Psicologia. (2019, fevereiro 08). CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>

*Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em 5 de outubro de 1988.* Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)

Costa, J. F. (1980). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4 ed. Rio de Janeiro. Xenon Editora.

Costa-Rosa, A. D. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In Amarante P., (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. (pp. 141 – 168). Rio de Janeiro: Fiocruz  
Recuperado de <http://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>

*Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009.* Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm).

*Decreto n. 6.135, de 26 de junho de 2007.* Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e das outras providências. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6135-26-junho-2007-555845-publicacaooriginal-75331-pe.html>

Dominguez, B. (2017). Gestores aprovam pacote que reforça institucionalização e abre caminho para retomada da participação do setor privado. *Revista Radis*. Recuperado de <http://outraspalavras.net/outrasaude/2018/02/19/contrarreforma-chega-saude-mental/>.

Duarte, A. (2008). Sobre a biopolítica: de Foucault ao século XXI. *Revista Cinética*, 1, 1-16. Recuperado de <http://www.observatoriodeseguranca.org/files/sobre%20a%20biopolitica.pdf>

Escorsim, S. M. (2008). A filantropia no Brasil: entre a caridade e a política de assistência social. *Revista Espaço Acadêmico*, 8(86), 86-96. Recuperado de <http://www.espacoacademico.com.br/cgi-sys/defaultwebpage.cgi>

Ferraz, F. C. (2000). Andarilhos da imaginação: um estudo sobre loucos de rua. Recuperado de <https://books.google.com.br/>

Ferrazza, D. D. A., Rocha, L. C. D., & Luzio, C. A. (2013). Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 255-65. Recuperado de <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/126847>

Foucault, M. (2008a). História da Loucura: Na idade clássica. São Paulo: Perspectiva. Recuperado de <http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>.

Foucault, M. (1999). Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (1988). História da sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2008c). Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2014). Vigiar e punir. Recuperado de <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=8aN4AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Foucault.+vigiar+e+punir++&ots=f1fkIFIKkh&sig=BZYpcB9kMMo1s-syHF9nnqwJ3II#v=onepage&q=Foucault.%20vigiar%20e%20punir&f=false>

Foucault, M. (2008b). Nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes. Recuperado de <https://gambiarre.files.wordpress.com/2011/01/foucault-nascimento-da-biopolc3adtica1.pdf>.

Ghirardi, M. I.; Lopes, S. R.; Barros, D. D. & Galvani, D. (2005). Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 9, 601-610. Recuperado de [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832005000300014&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832005000300014&script=sci_arttext&tlng=pt)

Goffman, E. (2005). Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva. Recuperado de <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf>.

Gonçalves, L. A. (2007). Políticas públicas e direitos sociais. In *XVI Congresso Nacional do Conpedi-Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito*. Recuperado de [http://www.publicaireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/leonardo\\_augusto\\_goncalves.pdf](http://www.publicaireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/leonardo_augusto_goncalves.pdf).

Guljor, A. P.; Amarante, P. (2018). Movimentos sociais e luta antimanicomial: Contextos políticos, impasses e agenda prioritária. *Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades*, (242), 635-656. Recuperado de <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/412/0>.

Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1>.

Honneth, A. (2009). *Luta por Reconhecimento: A Gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2016). Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Brasília. Recuperado de [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td\\_2246.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Censo Demográfico. Recuperado de <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>

*Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).

*Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080).

*Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado de [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm).

Leonardis, O. (1998). “Estatuto y figuras de la peligrosidad social. Entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. *Revista de Ciencias Penales*, 4, 429-449. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3681554>

Lima, E. A. (2004). Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In Costa, C. M; Figueiredo A. C. *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. (pp. 59-81). Rio de Janeiro: Contra Capa. Recuperado de <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/beth/oficinas.pdf>

Lima, W. G. (2012). Política pública: discussão de conceitos. *Revista Interface (Porto Nacional)*, (05). Recuperado de <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/interface/article/view/370>.

Lisboa, M. S. (2013). *Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/17023>

Londero, M. F. P., Ceccim, R. B., & Bilibio, L. F. S. (2014). Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 251-260. Recuperado de [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832014000200251&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832014000200251&script=sci_arttext&tlng=pt)

Londrina. (2018). Fundação Cultura Artística de Londrina. Secretaria Municipal de Cultura. **Projeto Brisa: Saraus Artísticos**. Recuperado de <http://londrinacultura.londrina.pr.gov.br/projeto/123/#/tab=sobre>.

Magnani, J. G. C. (2002). De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 17, n. 49, p. 11-29, 2002. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v17n49/a02v1749>

Mattos, C. L. G. D. (2001). A abordagem etnográfica na investigação científica. *Rio de Janeiro: UERJ*, 4-18. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/8fcfr/pdf/mattos-9788578791902-03.pdf>

Mattos, R. M.; Ferreira, R. F. (2004). Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, v. 16, n. 2. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a07v16n2>

Melo, T. H. D. A. G. (2011). A rua e a sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua. Recuperado de <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/48438>

Mendonça, G. C. (2007). Sentidos subjetivos de moradores de rua frente ao futuro.

PUC – Campinas. Recuperado de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/177/1/GABRIEL%20COELHO%20MENDONCA.pdf>

Mendonça, T. C. P. (2005). As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(4), 626-635. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5984025>

Merhy, E. E. (2012). Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. *Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. Drogas e cidadania: em debate. Brasília, DF: CFP*, 9-18.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2008). *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Secretaria de avaliação e gestão da informação*. Recuperado de <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>

Ministério da Saúde. (2011). *Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde*. Recuperado de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.

Ministério da Saúde. *Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano*. (2014). Secretária de gestão estratégica e participativa. Brasília. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_ rua.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ rua.pdf)

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

Nogueira, M. A. (2004). Um estado para a sociedade civil (capítulo 2). *Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. São Paulo: Cortez.

Oliveira, R. C. (1998). O trabalho do antropólogo. Unesp. Recuperado de <https://books.google.com.br/>

Organização Mundial de Saúde; Organização Panamericana de Saúde. (1990). *Declaração de Caracas*. In *Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)*. Caracas: OMSOPAS. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf).

Pereira, A.; Barreto, P. & Fernandes, G. (2001). Análise longitudinal dos sem abrigo em Lisboa: a situação em 2000. Relatório final. Lisboa.

Prefeitura Municipal de Londrina. (2014). *Decreto n. 1.385, que institui a Política Municipal à População em Situação de Rua*. Recuperado de [http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20734:kireeff-institui-politica-municipal-a-populacao-em-situacao-de-rua&catid=108:destaques](http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20734:kireeff-institui-politica-municipal-a-populacao-em-situacao-de-rua&catid=108:destaques).

*Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de Setembro de 1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília. Recuperado de <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>.

Ramos, L. (2018). Pesquisa com moradores de rua será usada para direcionar atendimentos. *Redação Paiquerê*. Recuperado de <https://www.paiquere.com.br/pesquisa-com-moradores-de-rua-sera-usada-para-direcionar-atendimentos/>.

Resende, H. (2000). Política de saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In Tundis, A. S; Costa, R. N. (Orgs.), *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-73). Recuperado de <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-402113>.

Ribeiro, M. O. (2003). A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 622-629. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1810>.

Ribeiro, R. C. (2004). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In Costa C.M.; Figueiredo A.C., (Orgs). *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania*. (pp. 105-116). Rio de Janeiro: Contra Capa.

Rocha, R. M. (2012). *Enfermagem em Saúde Mental*. 2ed. Rio de Janeiro. Senac nacional.

Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, 4, 301-318. Recuperado de [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1851-82652008000300004&script=sci\\_arttext](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1851-82652008000300004&script=sci_arttext)

Salisbury, R. H (1995). The Analysis of Public Policy: A Search for Theories and Roles. In Theodoulous, S. Z., Cahn, M. A. (Org.). *Public Policy: The Essential Readings*. New Jersey: Prentice Hall.

Santiago, E. S. (2014). O trabalho como estratégia de atenção em saúde mental: cartografias do conceito Trabalho nas políticas públicas de saúde. Recuperado de <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/116057>.

Santos, M. (2002). *O país distorcido*. São Paulo: Publifolha.

Santos, W. G. (1979). *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus.

Secchi, L. (2013). *Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análises, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning.

Secchi, L. (2010). *Políticas públicas*. São Paulo: Cengage Learning.

Scheffer, G., & Silva, L. G. (2014). Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv. soc.* (118), 366-393. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n118/a08n118.pdf>

Severo, A.K. & Dimenstein, M. (2011). Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 31, n. 3, p. 640–655. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a15>

Severino, A. J. (2017). *Metodologia do trabalho científico*. Rio Grande do Sul. Cortez editora. Recuperado de <https://books.google.com.br>

Silva, A. B. D. (2014). *O cuidado ao usuário de crack: análise da concepção de território de trabalhadores de um CAPS AD*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/95385>

Silva, M.B. (2005). *O “louco de rua” e a Seguridade Social em Porto Alegre: Da (in)visibilidade social à cidadania?*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado de <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp002218.pdf>

Silva, M. B. (2005). *O “Louco de Rua” e a Seguridade Social em Porto Alegre: da (in) visibilidade social à cidadania?* (Dissertação Mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado de <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp002218.pdf>

Silva, D. G., Lemos, F. C. S., & Galindo, D. (2016). Corpos em situação de rua: entre práticas de normalização e resistência. *Revista Semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar*, 6(2), 467. Recuperado de <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/431/0>

Souza, C. (2007). Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. *Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz*, 65-86. Recuperado de <https://books.google.com.br>.

Snow, D., & Anderson, L. (1998). Desafortunados. Um estudo sobre o povo da rua. Rio de Janeiro: Vozes.

Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a03v15n2>

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, 9(1), 25-59. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010459702002000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010459702002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt)

Theodoulous, S. Z. (1995) The Contemporary Language of Public Policy: A Starting Point. In Theodoulous, S. Z., Cahn, M. A. (Org.). *Public Policy: The Essential Readings*. New Jersey: Prentice Hall.

Varanda, W. & Adorno, R. D. C. F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e sociedade*, 13, 56-69. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/sausoc/2004.v13n1/56-69/>

Vieira, M. A. D. C., Bezerra, E. M. R. & Rosa, C. M. M. (2004). População de rua: quem é, como vive, como é vista. *São Paulo: Editora Hucitec*.

Wagner, G. (2018, maio 21). O ministério da saúde transformou-se em garoto propaganda e incentivador do desenvolvimento do mercado da saúde. *Abrasco*. Programa Entrevista. Recuperado de <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/gastao-wagner-o-ministerio-da-saude-transformou-se-em-garoto-propaganda-e-incentivador-do-desenvolvimento-do-mercado-da-saude/34239/>.

Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, 32(78-79-80), 27-37. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>

**ANEXOS**

## ANEXO A

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Caro participante,

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa ligada ao Departamento de Psicologia Social e Institucional, do Centro de Ciências Biológicas. As atividades são parte do projeto de pesquisa intitulado “Atenção em saúde mental aos sujeitos em situação de rua: desafios para as políticas públicas” a ser realizada no Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP).

Sua participação no projeto de pesquisa será por meio de uma entrevista. Informamos que a sua participação não é obrigatória. Não haverá qualquer gasto para a participação nesta pesquisa.

A pesquisa não gerará nenhum tipo de risco aos participantes. Porém, caso haja alguma manifestação de incômodos, desconfortos ou alterações emocionais por parte do entrevistado no decorrer da entrevista, a pesquisadora sendo uma profissional da área de Psicologia, disponibilizará escuta e suporte qualificado, se assim o (a) senhor (a) desejar, e em caso de agravamento da situação por parte do (a) senhor (a), a sua participação poderá ser encerrada e o consentimento retirado. De qualquer modo, o(a) senhor(a) possui a liberdade de recusar a participar da pesquisa em qualquer momento da mesma, sem penalização ou prejuízo algum.

Declaramos, ainda, o nosso compromisso segundo normas da CONEP, assegurando que os dados coletados serão mantidos em sigilo, ou seja, a publicação não incluirá informações que permitam qualquer identificação.

Em caso de dúvidas, o(a) senhor(a) poderá solicitar informações com a responsável pelo projeto de pesquisa – Mestranda Lucielly Conceição dos Santos – a qualquer momento e sobre quaisquer aspectos éticos do projeto, pelos telefones: (43) 98493-9308 / (43) 99693-9701 ou pelo endereço eletrônico [luciellycs@gmail.com](mailto:luciellycs@gmail.com)

Este termo foi elaborado em duas vias de igual teor, que após serem assinadas pela responsável pela pesquisa e pelo senhor(a), uma via ficará com o senhor(a) e uma será devidamente arquivada. Respeitando, portanto, o procedimento de padrão ético em pesquisa, pedimos que o senhor(a) autorize sua participação, assinando esse termo de consentimento.

Eu, \_\_\_\_\_  
informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e certificado(a) de que os dados coletados serão confidenciais e que poderei optar pela retirada do consentimento a qualquer momento da pesquisa, autorizo a participação de meus dados na pesquisa.

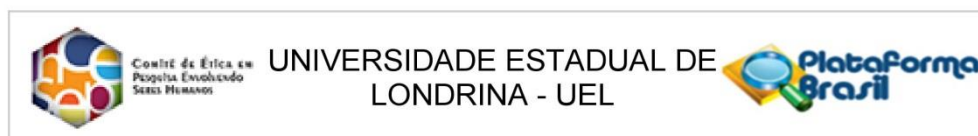
Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Responsável pela Pesquisa

## ANEXO B

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UEL (CEP – UEL)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL AOS SUJEITOS EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS.

**Pesquisador:** LUCIELLY CONCEICAO DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 90066218.3.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCB - Programa de Pós-graduação em Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.695.033

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa para dissertação de mestrado que pretende investigar a atenção em saúde mental aos sujeitos em situação de rua (especialmente, quando experimentam o sofrimento mental). Será acompanhada de agosto a dezembro de 2018 em uma frequência de três vezes semanais a rotina de trabalho do Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP) em suas aproximações e relações de cuidado com pessoas em situação de rua, preferivelmente casos de sujeitos em sofrimento psíquico. Assim, essa pesquisa contará com a colaboração de forma mais próxima de 5 pessoas em situação de rua, maiores de 18 anos, que estão sendo atendidas por serviços de saúde por conta de queixas a respeito da saúde mental. Essas pessoas serão acompanhadas pela pesquisadora nas atividades cotidianas oferecidas pela instituição. As entrevistas nesse estudo serão abertas (as entrevistas se aproximarão mais de conversas ou diálogos de que interrogatórios).

Será utilizado como abordagem metodológica a etnografia que permite e valoriza uma postura mais dialógica na “coleta de informações” (é uma etapa de vivência, convivência e de trocas com a instituição e os sujeitos. O processo de análise dos dados que serão apresentados terão uma perspectiva qualitativa de pesquisa, contará com a reflexão dos acontecimentos relatados após leituras críticas da pesquisadora, da orientadora e de outros atores sociais presentes na construção da pesquisa.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

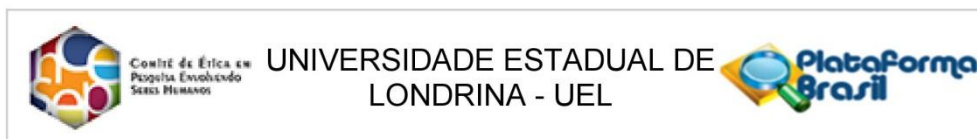
**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 2.695.033

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Descrever e analisar, a partir da visão dos sujeitos em situação de rua, como as políticas públicas de saúde mental os contemplam em suas especificidades de demandas e necessidades, e como estas proposições se materializam na prática cotidiana de um serviço de saúde mental.

Objetivo Secundário:

- a) Investigar como se configura na prática de um serviço as políticas públicas de saúde mental destinada às pessoas em situação de rua, a partir da visão dos próprios sujeitos em situação de rua.
- b) Acompanhar como se articulam as intervenções práticas em saúde mental para as pessoas em situação de rua, quando estas se queixam de sofrimento de ordem psíquica.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

De acordo com as resoluções CNS nº 510/2016 e CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes da pesquisa são considerados grupo de vulneráveis, deste modo, a pesquisa tem como risco alguma manifestação de incômodos, desconfortos ou alterações emocionais por parte do entrevistado no decorrer da entrevista, a pesquisadora sendo uma profissional da área de Psicologia, disponibilizará escuta e suporte qualificado, no local da realização da pesquisa - Centro POP, se assim o sujeito desejar, e em caso de agravamento da situação e/ou manifestação por parte do sujeito, a pesquisa será interrompida com o sujeito em questão.

Benefícios:

Nesta direção este estudo objetiva também delinear as condições de saúde mental bem como evidenciar sua relação com os serviços de saúde da perspectiva dos próprios sujeitos em situação de rua da cidade de Londrina. Contribuir com aqueles que estudam a temática, e possibilitar discussões que futuramente possam auxiliar na elaboração das políticas públicas em saúde mental, específicas para a população em situação de rua, e possibilitar um olhar mais sensível aos profissionais que atendem nos equipamentos de saúde. (BOTTIL, 2009).

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo importante para área pois, os resultados da pesquisa será possível poderá contribuir com os que estudam a temática das políticas públicas em saúde mental, propiciar um

**Endereço:** LABESC - Sala 14

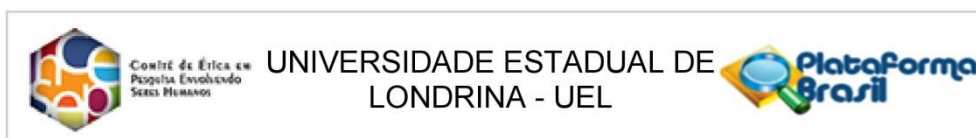
**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 86.057-970

**UF:** PR **Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 2.695.033

olhar mais sensível aos profissionais que atendem nos serviços de saúde para que as ações nos serviços contemplem o princípio de justiça assegurado pela constituição e direcionem os atendimentos para as particularidades de cada cidadão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos de apresentação obrigatória estão corretos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa não possui pendências. Está aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UDEL.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1080625.pdf	21/05/2018 21:27:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPLATAFORMABRASIL.doc	21/05/2018 21:25:37	LUCIELLY CONCEICAO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	21/05/2018 20:35:35	LUCIELLY CONCEICAO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAOINSTITUICAO.pdf	21/05/2018 20:28:49	LUCIELLY CONCEICAO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	21/05/2018 20:26:15	LUCIELLY CONCEICAO DOS SANTOS	Aceito

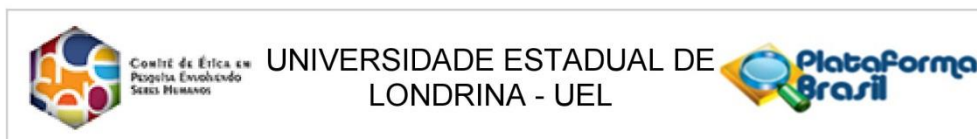
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

<b>Endereço:</b> LABESC - Sala 14	
<b>Bairro:</b> Campus Universitário	<b>CEP:</b> 86.057-970
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> LONDRINA
<b>Telefone:</b> (43)3371-5455	<b>E-mail:</b> cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 2.695.033

LONDRINA, 06 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** LABESC - Sala 14  
**Bairro:** Campus Universitário  
**UF:** PR      **Município:** LONDRINA      **CEP:** 86.057-970  
**Telefone:** (43)3371-5455      **E-mail:** cep268@uel.br