

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

MARTA BORBA SILVA

**O “LOUCO DE RUA” E A SEGURIDADE SOCIAL EM PORTO
ALEGRE:
Da (in)visibilidade social à cidadania?**

PORTO ALEGRE

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARTA BORBA SILVA

O “LOUCO DE RUA” E A SEGURIDADE SOCIAL EM PORTO

ALEGRE:

Da (in)visibilidade social à cidadania?

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dr. Berenice Rojas Couto

Porto Alegre

2005

MARTA BORBA SILVA

**O “LOUCO DE RUA” E A SEGURIDADE SOCIAL EM PORTO
ALEGRE:
Da (in)visibilidade social à cidadania?**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em _____, pela Banca Examinadora.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr. Berenice Rojas Couto
PUCRS

Prof^a Dr. Jane Cruz Prates
PUCRS

Prof. Dr. Dinarte Alexandre Prietto Ballester
PUCRS

DEDICATÓRIA

À Ana Carolina, minha filha, que, com tanta paciência, aguarda sua hora de chegar, pelos momentos que estamos passando juntas.

A todos os “loucos de rua”, que, com sua visibilidade, despertam cotidianamente meu olhar.

AGRADECIMENTOS

Ao final de dois anos certamente a presença de muitas pessoas foram importantes na interlocução para a realização dessa dissertação, ficando difícil enumerar todas. Sem sombra de dúvida, sem a presença destas, este processo não teria sido tão rico em minha caminhada. No entanto, neste momento gostaria de registrar algumas participações que foram essenciais;

À Profa. Dra. Berenice Rojas Couto, orientadora deste trabalho e minha grande amiga. Bere, mais uma etapa desta história de vinte anos de convivência. Certamente não caberiam em palavras os meus agradecimentos, eles são maiores, maiores que um oceano. A felicidade de poder compartilhar contigo mais este processo de minha trajetória profissional se traduz em uma imensa satisfação ao concluí-lo, onde tua competência e generosidade de educadora se fizeram sempre presentes;

À minha mãe, Ana Maria, pelos ensinamentos de viver tão corajosamente cada dia;

Ao Carlos, pelo nosso convívio e pela paixão de vivermos juntos nossos sonhos. Obrigada pelo incentivo e pela paciência durante a realização deste trabalho, tua presença e estímulo são fundamentais em minha vida!

À Sofia, tão pequena, mas com uma imensa curiosidade. Sempre participativa, com suas opiniões, desculpe pelos momentos em que não pudemos estar mais juntas;

À Profa. Dra. Jane Cruz Prates, por suas importantes contribuições na construção deste trabalho;

Ao Prof. Dr. Dinarte Ballester, por sua disponibilidade em contribuir neste momento, proporcionando, mais uma vez, interessantes trocas interdisciplinares em minha trajetória profissional;

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, pela oportunidade oferecida ao longo destes dois anos de aprofundamento em minha formação profissional;

Aos colegas do Núcleo de Estudos em Política e Economia Social (NEPES), pela acolhida solidária e trocas importantes que lá realizamos;

Aos meus colegas do Atendimento Social de Rua/FASC, em especial à Assistente Social e amiga Rejane Pizzatto, pelos momentos de construção vivenciados em nossa “trajetória nas ruas”;

À colega e amiga Maria Cristina Carvalho Silva, por termos tido coragem de enfrentar nossos desafios juntas, no intuito de acreditar e construir alternativas para o atendimento aos “loucos de rua” e por sua generosidade em colaborar com suas valiosas contribuições na elaboração deste trabalho;

Aos colegas da Assessoria de Planejamento/FASC, pelo apoio na realização deste;

Aos sujeitos entrevistados nesta pesquisa, pela disponibilidade e cordialidade com que colaboraram;

À Regina Oliveira, amiga incansável, por todo apoio que me proporcionou durante a elaboração desta dissertação.

*“Há algo na humanidade de cada um que faz com
que este trabalho seja para nós tão especial e faz
valer a luta contra os imensos moinhos e, tal qual
Dom Quixote, seguimos nesta aventura de desbravar
caminhos na selva de pedra”*

(trabalhadora 2).

RESUMO

O presente estudo aborda uma análise sobre o sistema de seguridade social na cidade de Porto Alegre, em especial no que se refere às políticas de Assistência Social e Saúde, disponíveis para atendimento do “louco de rua”, no período compreendido entre os anos de 1997-2004. Busca-se identificar como os avanços jurídicos formais, decorrentes da Constituição de 1988 e das leis ordinárias que a regularam são materializados na vida desta população. Para tanto, o estudo que se define como uma pesquisa do tipo qualitativa, fundamentada no referencial dialético crítico, realizou uma revisão bibliográfica do tema, bem como uma pesquisa documental e empírica. Na pesquisa documental foram analisados os projetos de 05 serviços que compõem a rede municipal de atendimento destinada a esta população e, na empírica, foram realizadas 12 entrevistas com trabalhadores e gestores destes serviços. A pesquisa buscou desvelar o movimento que denota a (in) visibilidade desta população. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de manter um debate permanente com a sociedade, os gestores e os trabalhadores das áreas no sentido de romper com a visão conservadora, paternalista e tuteladora ainda presentes e garantir que a cidadania seja um patamar efetivo de sociabilidade para esta população.

Palavras-chave: “louco de rua”, assistência social, saúde, saúde mental e proteção social.

ABSTRACT

The present study speaks of an analysis over the social security system in the city of Porto Alegre, specially in what concerns to the Health and Social Assistance politics, available for attendance of the "insane person of street", in the period between the years of 1997-2004. It looks for identifying how the formal legal advances, decurrent from the Constitution of 1988 and from the usual laws that regulated it, are materialized in the life of this population. For in such a way, this study is defined for a research of the qualitative type, based on the critical dialectic referencial, has gone through a bibliographical revision of the subject, as well as a documentary and empirical research. In the documentary research, the projects of 5 services that compose the municipal net of attendance destined to this population were analised, and, in the empirical research, 12 interviews with workers and managers of these services. The research searched to reveal the movement that denotes the (in) visibility of this population. The results of this study point to the need to keep a permanent debate with the society, the managers and the workers of these areas, in the sense to brake the conservative and pattern view that is still present, and to guarantee that the citizenship is an effective platform of sociability for this population.

Keyword: "insane person of street ", social assistance, health, mental health and social protection.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	12
LISTA DE QUADROS E FIGURA.....	14
INTRODUÇÃO.....	15
1 O FENÔMENO DA LOUCURA E A CIDADE – A PRESENÇA DO “LOUCO DE RUA” ENQUANTO COMPONENTE DESSE CENÁRIO.....	22
1.1 PORTO ALEGRE: CONSTRUINDO UM SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL.....	35
1.2 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DE PORTO ALEGRE: O CAMPO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E DA SAÚDE.....	41
2 A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE 1980.....	53
2.1 A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	59
2.1.1 A LOAS e o processo de implementação da assistência social brasileira: possibilidades e limites.....	62
2.2 A SAÚDE COMO POLÍTICA SOCIAL: DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA À CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	73
2.2.1 O campo da saúde na Constituição de 1988: possibilidades e limites.....	78
2.3 AS LEIS DAS POLÍTICAS DA ASSISTENCIA SOCIAL E DA SAÚDE EXPLICITADAS NOS SERVIÇOS MUNICIPAIS DE ATENDIMENTO: GARANTIA DE ACESSO A DIREITOS SOCIAIS?.....	88
2.4 A SAÚDE MENTAL: CONSIDERAÇÕES ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	91
2.4.1 A legislação e o CAPSCAIS Mental8: explicitação de direitos?.....	101
3 O CAMINHO METODOLÓGICO: DESVELANDO O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA O “LOUCO DE RUA” EM PORTO ALEGRE.....	106
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	107

	11
3.2 A COLETA E A ANÁLISE DE DADOS.....	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	137
APÊNDICES.....	142

LISTA DE SIGLAS

ASR	Atendimento Social de Rua
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAD	Centro de Atenção Diária
CAPSCAISMental 8	Centro de Atenção Integral à Saúde Mental
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CRB	Coordenação da Rede Básica
CRE	Coordenação da Rede Especializada
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
FESC	Fundação de Educação Social e Comunitária
FSS	Faculdade de Serviço Social
GAPH	Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV	Índice de Condições de Vida
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NESPRua	Núcleo de Estudos sobre População de Rua
NOB	Norma Operacional Básica
OP	Orçamento Participativo
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PACS Cruzeiro	Pronto Atendimento da Vila Cruzeiro do Sul
PCB	Partido Comunista do Brasil
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programas de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Assistência Médica de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPM	Secretaria de Planejamento Municipal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNB	Universidade de Brasília

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1 – Rede de Proteção Especial de Média Complexidade segundo seus objetivos e atividades – FASC-PMPA.....	45
Quadro 2 – Rede de Proteção Especial de Alta Complexidade segundo objetivos e atividades – FASC-PMPA.....	46
Quadro 3 – Princípios e Diretrizes da Lei nº 8.142 e Lei nº 8.080.....	88
Quadro 4 – Legislação da Política de Saúde Mental no Brasil – anos 1990/2002.....	98
Quadro 5 – Legislação Estadual e Federal: novo modelo de atenção à saúde mental.....	102
Figura 1 – Multiplicidade de Fatores Geradores da Situação de Rua.....	32

INTRODUÇÃO

A presença de sujeitos vivendo nas ruas não é uma característica da contemporaneidade. Essa presença foi se constituindo ao longo da história de diversas maneiras, aceitas ou não pelas comunidades. Criaram-se muitas denominações para classificar tais sujeitos: mendigos, errantes, vagabundos, desviados, loucos, entre outras, conforme a época e locais em que se encontravam. Os portadores de transtorno mental¹, mais comumente chamados de “loucos de rua”², foram compondo também o mosaico das cidades nesse cenário diverso. Fazem parte dessa parcela de excluídos que muitas vezes foram vistos como casos de “polícia”, recebendo pouco ou nenhum atendimento por parte das políticas sociais públicas.

¹ Conforme a Classificação Internacional das Doenças **CID-10**, o termo transtorno mental “não é um termo exato, porém é usado aqui para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível, associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído em transtorno mental, como aqui definido”. O uso do termo transtorno mental surge de forma a evitar problemas inerentes ao uso do termo “doenças” ou “enfermidade”.

² “Para ser classificado como um ‘louco de rua’ faz-se necessário, naturalmente, que um indivíduo preencha dois requisitos: ser ‘louco’ e ser ‘de rua’. É assim, então, que tais pessoas podem ser pensadas como ‘personagens do teatro do mundo’, cuja loucura se encena no palco da cidade, em praça pública. Para que estas condições sejam preenchidas, esse louco, evidentemente, será o louco ‘solto’, não institucionalizado, aquele que escapou da psiquiatria, da medicalização e do hospício. De um modo geral, será o louco pobre e sem família, não existe quem possa envergonhar-se da publicidade de sua loucura. Na maioria das vezes, ainda que haja exceções, sua loucura acrescenta-se à mendicância e à perambulação, circunscritas a limites que podem ser os da cidade ou uma parte dela, ou ainda, em certos casos, ampliarem-se para áreas rurais do Município e mesmo abranger cidades vizinhas” (FERRAZ, 2000, p. 112).

Apesar de o estabelecimento de direitos sociais no Brasil datarem do início da Nova República, essa parcela da população em estudo não fazia parte do mercado formal de trabalho e, portanto, não tinha direitos instituídos pelo modelo de proteção social vigente. Continuam nos dias de hoje compondo esse enorme exército de excluídos do mundo do trabalho, porém desde a Constituição de 1988, denominada Constituição-Cidadã, essa parcela da população, pelo menos no campo jurídico formal recebe um tratamento diferenciado. Pela primeira vez o Estado brasileiro assume um compromisso legal com as políticas sociais, através do conceito de Seguridade Social, estendendo os direitos a toda população que necessita de assistência, sem o vínculo obrigatório com contribuições prévias, no campo da Saúde e da Assistência Social.

A partir desse marco na história, de mobilizações e lutas por direitos e garantias de igualdades para todos, surgem nas políticas sociais inovações em seu arcabouço jurídico, além das garantias previstas no texto constitucional.

No âmbito federal, um avanço importante a ser considerado no campo da saúde foi a implementação da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde, sistema este com caráter universal e público. Na área da assistência social, pela primeira vez na história do país esta assume o status de política pública se efetivando enquanto tal com a Lei n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Mais especificamente, no Estado do Rio Grande do Sul, na esfera da saúde mental, em 1992, foi aprovada a primeira lei do país que trata da Reforma Psiquiátrica e dos Modelos de Atenção aos Portadores de Sofrimento Psíquico (Lei n° 9.716, de 7/8/1992).

No entanto, sabe-se que nem tudo que é previsto na legislação se efetiva na vida real da população brasileira.

Frente à realidade encontrada pelo cotidiano dos serviços de atendimento e por estudos desenvolvidos na cidade de Porto Alegre, justifica-se o interesse em, através deste estudo, analisar os programas da área da saúde e da assistência social que atendem o morador em situação de rua com transtorno mental, no intuito de contribuir com subsídios para o processo de construção das políticas públicas, que vêm sendo executadas no Município ao longo dos últimos nove anos. Este período é recente na construção desta história, porém marcado por lutas na busca da garantia de direitos e na construção de uma cidade com vida mais digna a todos que nela transitam, independentemente das suas condições de moradia e sanidade mental.

Assim, o presente estudo busca desvelar algumas inquietações encontradas no caminho percorrido pela trajetória enquanto profissional do Serviço Social. Enquanto assistente social do órgão gestor da política de assistência social do Município de Porto Alegre³, atuou-se durante sete anos (1997 a 2003) em um programa de atendimento à população adulta em situação de rua. A partir do trabalho direto nas ruas constatou-se que uma parcela desse segmento que lá mora, “os loucos de rua”, permanece em estado de (in) visibilidade social, revelando a contradição entre o previsto no arcabouço jurídico a partir de 1988 e o cotidiano encontrado nas ruas.

³ Órgão este denominado Fundação de Assistência Social e Cidadania da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Através do trabalho desenvolvido no Atendimento Social de Rua (ASR) /FASC, constatou-se com os atendimentos prestados na cidade, que a presença de pessoas portadoras de transtorno mental morando nas ruas era significativa. Segundo dados extraídos de Levantamentos Estatísticos Mensais – LEM⁴ do ASR pode-se perceber que durante os anos de 1997 e 1998, quando o serviço de abordagem é iniciado na cidade, dentre o total de solicitações que chegaram em 1997, 13,9% do universo de 100% foram pedidos de abordagem a pessoas portadoras de transtorno psíquico; já em 1998, o percentual diminuiu para 11,6%. No ano de 2001, das 2360 abordagens realizadas pelo ASR, 285 foram a pessoas portadoras de transtorno mental, representando 12,07% do universo total. Em 2002, há uma diminuição no número de abordagens realizadas, em função de uma reestruturação interna no Serviço, determinando um total de 1420 metas, refletindo, também no percentual de doentes mentais encontrados na rua (120 sujeitos), representando 8,05% do atendimento geral. Salienta-se que, desde o ano de 1997, trabalhos de acompanhamentos terapêuticos a usuários portadores de transtorno mental que moravam nas ruas foram executados pelo referido serviço em parceria com o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental 8 (CAIS Mental 8).

Estudos realizados em Porto Alegre revelam nos anos de 1994-95 que dos 222 moradores de rua que foram encontrados na cidade, 30% deste universo eram sujeitos que apresentavam desorganização mental (REIS et al, 1994-95). Em 1999, um outro estudo o qual avaliava as condições sociais e de saúde mental da população de rua adulta, verificou a presença de 207 sujeitos na situação de rua. Destes, 22,3% negaram-se a responder quando abordados e, segundo a pesquisa,

⁴ LEM – documento interno dos serviços da FASC que mensuram dados quantitativos de atendimento nos Serviços.

69,8% por apresentarem alterações no pensamento e de comportamento (ABREU et al, 1999).

O presente estudo define-se como uma pesquisa do tipo qualitativa fundamentada no referencial dialético-crítico e busca revelar, através do conhecimento da realidade encontrada no cotidiano da cidade de Porto Alegre e dos serviços de atendimento aos moradores em situação de rua das políticas de saúde e assistência social de que forma o sistema de proteção social brasileiro vem atendendo o segmento de usuários portadores de transtorno mental que se encontra em situação de rua.

No primeiro capítulo, apresentam-se aspectos referentes ao fenômeno da loucura e sua expressão ao longo da história, assim como sua relação com o aparecimento das cidades. A presença de sujeitos vivendo nas ruas não é um privilégio da contemporaneidade; porém, a realidade da população em situação de rua tem se agravado e muito nas últimas décadas, reafirmando diferentes manifestações que compõem o cenário das cidades. A cidade de Porto Alegre não foge a este contexto, o que se percebe a partir das respostas que vem dando para o enfrentamento da demanda dos moradores em situação de rua com a construção e implantação de um modelo de proteção social, desde os anos 1990.

O segundo capítulo trata o sistema de proteção social brasileiro a partir dos anos de 1988, mais especificamente as políticas de assistência social e de saúde referenciadas na concepção de Seguridade Social. No campo da saúde, também

será abordada a política de saúde mental e seus desdobramentos desde a Reforma Psiquiátrica a qual propõe a ruptura com o modelo conservador manicomial.

No terceiro e último capítulo apresenta-se a proposta metodológica e o desenvolvimento da pesquisa propriamente dita. O problema de pesquisa aponta para a questão: como se materializa a garantia de direitos ao morador em situação de rua portador de transtorno mental, no campo da Assistência Social e da Saúde no Município de Porto Alegre? E, o objetivo geral da pesquisa remete para identificar as lacunas e possibilidades de atendimento ao morador em situação de rua portador de transtorno mental na área da Seguridade Social, no intuito de contribuir com subsídios para o aprimoramento dessa cobertura.

A análise do conteúdo das entrevistas realizadas durante o estudo propicia o aprofundamento da relação do cotidiano encontrado nos serviços de atendimento do sistema de proteção social com a revisão bibliográfica que se realizou ao longo do processo da pesquisa, materializado nas falas dos trabalhadores e gestores pesquisados.

Por fim, as considerações finais buscam responder o problema desta pesquisa no sentido de verificar como se materializa a garantia de direitos sociais ao “louco de rua” nos serviços de atendimento pesquisados no Município de Porto Alegre, passando ou não, da (in) visibilidade social à cidadania.

Assim, convida-se a todos que *olhem* ao seu redor, podendo *enxergar* que nas nossas ruas, praças, pontes, viadutos... ainda estão refletidos alguns cenários

descritos desde o início da história da humanidade, porém, em um contexto de século XXI. Simples constatação! Ou da introjeção desse outro olhar poderá surgir a efetivação de uma outra história? Embarquemos nessa *Nau*.

1 O FENÔMENO DA LOUCURA E A CIDADE – A PRESENÇA DO “LOUCO DE RUA” ENQUANTO COMPONENTE DESSE CENÁRIO

O conceito da loucura se manifesta, desde o século II d.C., por três modos de pensamento: o mitológico, o psicológico-passional e o organicista. O primeiro, manifestado pela obra da intervenção dos deuses; o segundo, como produto dos conflitos passionais do homem, mesmo que permitido ou imposto pelos deuses e, no terceiro, o organicista, a loucura é percebida como efeito de disfunções somáticas, causadas eventualmente e sempre de forma mediata, por eventos afetivos (PESSOTTI, 1994). Segundo o autor, “não deve surpreender o fato de que esses modos de entender a loucura sejam recorrentes ao longo dos séculos” (*Ibid.*, p. 79).

Para Foucault (1987), desde a Idade Média os processos de exclusão e confinamento tomam vulto na Europa. No início com os doentes da lepra ocupando os leprosários, mais tarde substituídos pelas pessoas com doenças venéreas para então, os loucos chegarem ao confinamento.

Na história da loucura desde o séc. XV, na Europa, a prática da expulsão dos loucos das cidades se deu com a existência da chamada Nau dos Loucos, inspirada

na paisagem imaginária da Renascença. As cidades já não ficavam com os loucos imigrantes que nela surgiam, mandando-os para um lugar sem destino, onde eram acolhidos, colocados em prisões, sem ao menos receberem alguma forma de tratamento. A terra onde estes loucos desembarcariam não seria conhecida, assim como o lugar nunca saberia de onde eles vieram. Para o autor,

confiar os loucos aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida (FOUCAULT, 1987, p. 11).

A loucura não era internada, era vista como uma forma de erro ou ilusão. Seu tratamento se dava na própria natureza. É neste mesmo século que a loucura se expressa pelas artes plásticas, pelo teatro e pela literatura, substituindo o tema da morte; é através da ascensão da loucura que indica que o mundo está próximo da sua verdadeira catástrofe; é a demência dos homens que a invoca e que a torna necessária à ilusão (*Ibid.*, 1987).

Ainda no começo da Idade Clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo, podendo se viver no meio delas. Só seria segregada no caso de tomar formas extremas ou perigosas.

Com a evolução na Idade Clássica, a loucura perde sua figura escatológica, tornando-se uma forma relativa à razão. Torna-se uma das próprias formas da razão, só tem sentido e valor no próprio campo da razão. A partir daí surge o internamento: “Ei-la amarrada, solidamente, no meio das coisas e das pessoas.

Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital” (FOUCAULT, 1987, p. 42). Segundo o autor, o internamento é uma seqüência do embarque.

Para tanto, esse internamento assume significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais como resposta a novas formas de reação aos problemas do desemprego e da ociosidade. Os hospitais ficavam sob a responsabilidade da monarquia, das instituições religiosas e de associações leigas. Nesta época se organiza uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência. Os pobres eram classificados em “bons e maus”. Aos bons restava a submissão e, aos maus pobres, chamados de “Demônios”, de vagabundos e insanos, as casas de internação. Estas casas eram vistas como um castigo moral da miséria, pois o internamento respondia as questões da ociosidade e do desemprego da sociedade, designando à pobreza um problema moral. Nesta lógica, os pobres e os loucos internados eram obrigados a trabalhar nas instituições como forma de castigo e compensação pela sua condição. A loucura era percebida através de uma condenação ética da ociosidade, pela incapacidade do louco para o trabalho, pela impossibilidade de integração aos grupos. Começou a ser percebida no horizonte social da pobreza inserindo-se no texto dos problemas da cidade.

[...] Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele 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 (*Ibid.*, p. 63).

A loucura fazia parte dos problemas detectados na época como perigo ao Estado, ou seja, agregava-se à desorganização das famílias e a desordem social.

Também nesta época deixa de ser vista somente como um mal-estar para a sociedade e passa a ser vista como um problema de doença. A internação legitimava, assim, um gesto de alienação.

Portanto, os espaços de reclusão, os asilos e hospitais abrigavam uma mistura de “problemas” para a época. Desde criminosos, de pecadores contra a carne, aos homossexuais que representavam as profanações e as libertinagens, representando assim um halo de culpa em torno da loucura, através das clausuras nos hospitais (FOUCAULT, 1987).

A partir do século XVIII, a loucura passa a ter significado a partir das patologias e da filantropia, falando-se nela nos termos serenos e objetivos da doença mental. Os séculos XIX e XX procuravam pela verdade final e total da loucura. A consciência científica ou médica da loucura preocupa-se com um sistema que objetiva eliminar os sintomas e dominar as causas da doença, ainda que não reconheça sua cura. Também aparecia a preocupação com a consciência jurídica, política e econômica do indivíduo na sociedade, onde a figura do louco era comparada a de um “não-ser”, ou seja, de um indivíduo excluído.

O hospital psiquiátrico do século XIX, além de representar um local de classificação e de diagnóstico da loucura, também representava um campo de disputa. Ou seja, era naquele espaço de clausura que os médicos exerciam seu poder sobre os doentes, pois através dos seus saberes inquestionáveis receitavam os tratamentos, muitos destes determinados através de punições, como referencia Foucault:

[...] punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico [...] (FOUCAULT, 1993, p. 122).

Este jogo de relação de poder, característico da era clássica, veio a ser questionado pela antipsiquiatria e pela psicanálise, que pretendiam desfazer essa relação de poder instituído, admitindo que a contribuição ao entendimento da loucura devesse ser dada, “porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade [...]”, (*Ibid.*, p. 127). E, mais, os questionamentos também foram intensos no que tratava do uso de medicações, objetivando a desmedicalização da loucura.

No pós-guerra do século XX, a loucura escapa às amarras de uma única disciplina e acontece sua reorganização política, econômica e institucional. Os hospitais psiquiátricos passam a ser alvo da atenção pública e questionamentos acerca da ética e da cidadania irão balizar o estabelecimento do “direito à saúde”⁵.

Viver nas ruas retrata o resultado de um cenário que é visível desde os tempos remotos, assim como o fenômeno da loucura. Porém, com o advento do capitalismo, da era industrial, das invenções tecnológicas e seus conseqüentes processos de segregação e exclusão, que agravam assustadoramente as desigualdades sociais, a vida nas cidades se complexificou.

A cidade, enquanto lugar de emergência e expressão de novas formas de vida social é, também, o palco privilegiado de inúmeras situações de exclusão e de fragilidades que caracterizam as sociedades modernas. [...]

⁵ No próximo capítulo, no item a respeito da política de saúde mental será tratada a trajetória dessa política no Brasil.

Nela convivem e entrecruzam-se diferentes e multifacetadas realidades (PEREIRA, 2001, p. 17).

O fenômeno de morar nas ruas, com suas diversidades de causas e de estratégias de sobrevivência, aparece como algo recorrente no tempo e no espaço. Neste cenário das cidades, aos tradicionais mendigos, loucos e alcoolistas somam-se hordas de indivíduos e famílias que são descartados pelo processo de precarização das relações de trabalho, perdendo seus vínculos tanto profissionais quanto afetivos e familiares.

Essas transformações, nos planos econômico, político, tecnológico e social, características das sociedades contemporâneas levam parcelas da população à desqualificação e falta de acesso a condições dignas de trabalho. Numa sociedade em que o trabalho representa um papel fundamental na vida e na integração dos sujeitos, essa precarização nas relações de trabalho, além de alterar a sua auto-estima, vem gerando situações de extrema pobreza e de exclusão social.

No entanto, as transformações também alteram a esfera das relações familiares. A inexistência, o abandono ou a ruptura com a família pode gerar modificações profundas na vida dos indivíduos, levando-os ao isolamento e à possibilidade de encontrar na vida de rua uma alternativa.

A rua, portanto, aparece como o lugar do possível, absorvendo as demandas que nela penetram, retratando sua (in) visibilidade de fenômenos. A revelação das ruas traz referências marcantes de uma realidade, que de tão próximas, pode permanecer invisível.

“O plano de habitar têm como referência a casa, a rua, o bairro construindo a articulação espacial na qual se apóia a vida cotidiana enquanto modos de usos dos lugares enquanto espaço-tempo” (CARLOS, 2004, p. 139). A ocupação de espaços pela população vai sendo definida pelo modo de apropriação decorrente do processo de segregação e de possibilidades de uso dos espaços tanto públicos quanto privados.

Fazer da rua a casa significa imprimir ao lugar ocupado sua própria identidade, revelando os sentidos próprios do ato de habitar. A apropriação do espaço público enquanto privado pelas pessoas que se encontram em situação de rua desvela a complexa teia de relações estabelecidas nos locais, fazendo com que histórias individuais se tornem coletivas.

Aos moradores em situação de rua resta a ocupação de lugares possíveis, ou melhor, de lugares que ficam à mercê das possibilidades determinadas pelas relações estabelecidas em certo contexto, de tempo e espaço. Variam de ruas, de bairros, demarcando territórios possíveis e territórios inaceitáveis de serem ocupados, confirmando aos ocupantes da rua as marcas da incerteza e da instabilidade de morar. A apropriação dos lugares vai sendo determinada através das possibilidades de sobrevivência: desde a ocupação de espaços localizados na região central das cidades (onde no período da noite ficam mais desertos imprimindo ao lugar certa privacidade “doméstica”) até a escolha de bairros onde o acesso a serviços e os ganhos com a mendicância seja mais acessível. No entanto, a rua, além de ser um espaço de abrigo, também é fonte de sobrevivência. O lugar de

moradia, para muitos, é o mesmo do trabalho, ou seja, espaço de produção e reprodução social.

Os perfis dos habitantes da rua não se caracterizam pela homogeneidade: se diferenciam através de suas histórias de vida e pelas suas condições de pobreza.

Os chamados “loucos de rua”, população que habita as cidades desde a existência da humanidade, despertam mistério e fascínio nas sociedades, sendo que suas manifestações têm sido vistas de formas diferenciadas em cada cultura, conforme os grupos sociais em que se encontram inseridos, ocupando um lugar importante no imaginário popular. O “louco de rua”, para Ferraz (2000), é aquele que experimenta a loucura em estado livre, ou seja, o que está longe dos manicômios ou dos cuidados de seus familiares. Entende-se que traz consigo as marcas instituídas às pessoas em situação de rua, acrescidos de outro rótulo, do estigma reservado àqueles que são portadores de transtornos mentais, reafirmando sua condição de abandono e exclusão.

Essa parcela de pessoas também compõe o cenário das ruas nas cidades, trazendo à tona, as contradições que nelas se revelam. A cidade, enquanto lugar do possível define-se enquanto construção humana e produto histórico social proporcionam a leitura de possibilidades concretas de realização da sociedade, ao mesmo tempo em que suas virtualidades. Ela se reafirma enquanto espaço social na medida em que se trata da realização do ser social ao longo do processo histórico (CARLOS, 2004). Para a autora, a cidade aparece como o lugar das coações, mas também da liberdade.

[...] o sentido da cidade é aquele conferido pelo uso, isto é, os modos de apropriação do ser humano para a produção da sua vida (e no que isto implica). É um lugar que se reproduz enquanto referência e, nesse sentido, lugar de constituição da identidade e da memória, nessa dimensão revelaria a condição de homem e da cidade, enquanto construção e obra (CARLOS, 2004, p. 22).

O uso do espaço público implica problematizar o contexto em que os moradores em situação de rua se encontravam e se encontram frente a sua situação. Encarar o espaço da rua enquanto lugar das coações e liberdade remete a ambigüidades que são próprias deste lugar – da rua. O sentimento de liberdade aparece muito freqüentemente nas falas de quem vive nas ruas como oposição ao discurso de quem se encontra nas instituições de atendimento. Estar na rua traz a possibilidade da “liberdade”, à medida que seus habitantes ficam livres de viver sob regras, ou seja, dos critérios vivenciados nos locais de atendimento e encarados por grande parte da população usuária como coercitivos. Por outro lado, a vida nas ruas também traz embutida em seu cotidiano a presença constante do medo, da violência e da sobrevivência imediata entre os próprios envolvidos nessa vida e as relações que estes estabelecem com o restante da sociedade.

Segundo Bursztyn (2000), existem três etapas no processo de violência social a qual os moradores de rua estão submetidos: o discurso da “desqualificação”, o da “desvinculação” e o da “eliminação”. O primeiro é onde o discurso ideológico constrói uma imagem demonizada do outro, o segundo momento – da desvinculação, é onde expressam os sentimentos de rejeição ao outro, para, por fim, através do discurso da eliminação, chegar a práticas de extermínio.

No caso de moradores em situação de rua portadores de transtornos mentais há ainda fatores que interferem nos conceitos determinantes destas variáveis de liberdade e coerção. Há estudos (SNOW, 1998) que apontam a desinstitucionalização⁶ ocorrida nos hospitais psiquiátricos desde a década de 1980, como causadora do aumento significativo de doentes mentais nas ruas ao estabelecer uma relação causal entre a desinstitucionalização e o desabrigo. Outros estudos citados pelo autor desfazem esta idéia, apontando questões como a desestrutura familiar, agravamento da situação econômica e conseqüente aumento nos índices de desemprego e o azar como sendo os causadores da situação de rua. Questões relativas à saúde, como o alcoolismo e dependência a outras drogas também aparecem como fatores determinantes para a situação de rua, tanto no que diz respeito ao sujeito já ter a dependência anterior à ida para a rua, como adquiri-la através da própria vida na rua (PEREIRA, 2001).

Ao se referir às generalizações que são feitas para encontrar justificativas de idas para as ruas, Escorel afirma que:

[...] no conjunto das condicionalidades que interferem nas trajetórias de vida, que conduzem os indivíduos a morarem nas ruas, existem aspectos individuais que não podem ser submergidos nos aspectos sociais, como tampouco podem as vulnerabilidades sociais ser reduzidas a opções de “rumo de vida” (2002, p. 129).

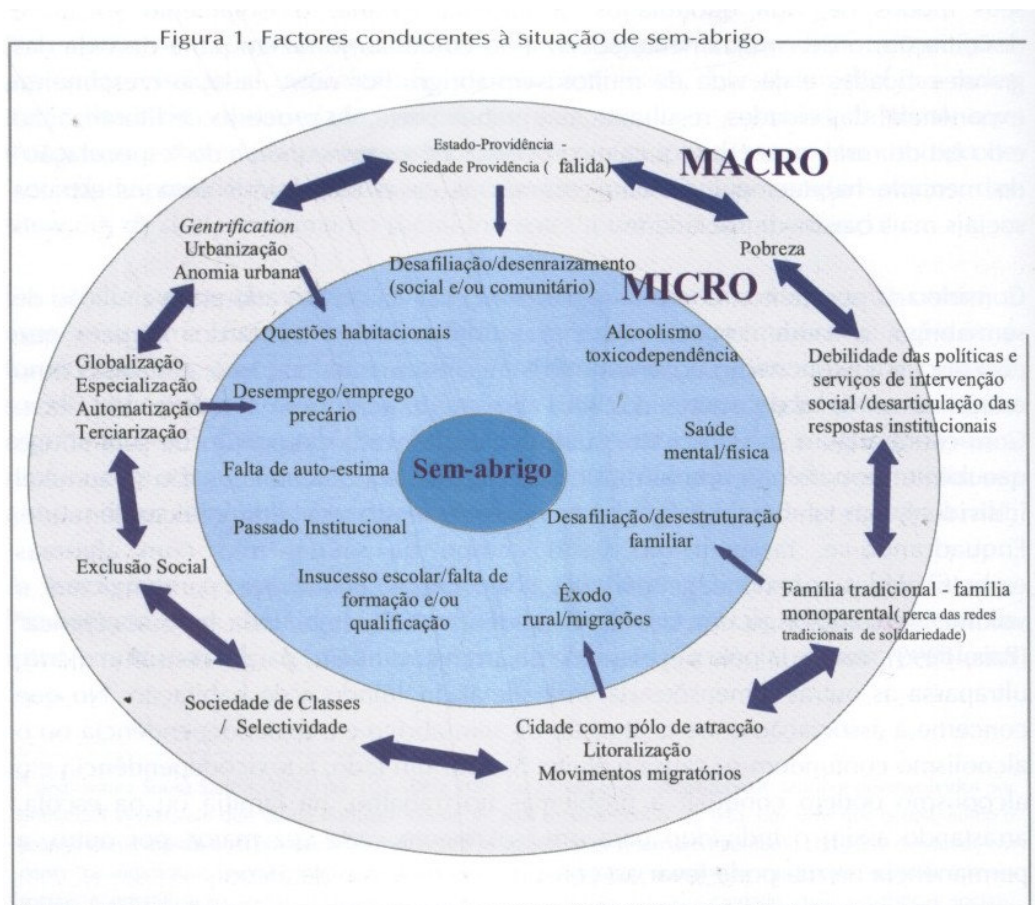
Essas contradições remetem a questões polêmicas e complexas nesta análise. O que levou uma pessoa portadora de transtorno mental a se tornar um morador de rua? Será que sua condição de “doente” aparece como causa ou como efeito de sua ida para as ruas? A falta de proteção e cuidado por parte da família foi

⁶ Para maiores esclarecimentos, ver Snow, 1998, p. 374-378.

determinante? Qual o papel das políticas públicas enquanto responsável por esta parcela de cidadãos que se encontram nesta situação sem muitas vezes nem ao menos conhecer sua identidade?

A figura a seguir apresenta os principais eixos que caracterizam o fenómeno dos moradores em situação de rua:

Figura 1 – Multiplicidade de Fatores Geradores da Situação de Rua



Fonte: Pereira, A.; Barreto, P.; Fernandes, G. (2001).

Percebe-se, ao analisar a figura, que as diversas dimensões que compõem a realidade dos moradores em situação de rua não podem ser vistas de uma forma isolada. É difícil separar as causas dos efeitos, conforme já referido anteriormente. A

complexidade dos fatores que sinalizam a situação de rua se estende para além das questões subjetivas do sujeito, como a baixa auto-estima ou questões de saúde, atingindo questões mais amplas que envolvem a sociedade como um todo, como, por exemplo, a globalização e a fragilidade de respostas que as políticas sociais vêm dando ao fenômeno da exclusão social.

Observa-se o descaso por parte das políticas públicas com esta população em estudo. A população em situação de rua nem ao menos consta nos censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo desconhecido para o país o número de pessoas que vivem nas ruas (o que existe são alguns estudos particularizados em determinadas cidades, que não revelam o total das pessoas em situação de rua no Brasil). Desta forma, não apareciam como usuários nas propostas da área social em nível federal⁷. Mais problemática é a situação dos moradores em situação de rua que apresentam transtornos mentais, pois essa particularidade dos sujeitos nem sequer aparecem nas propostas governamentais.

O fechamento dos manicômios, a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, bem como a implantação de serviços substitutivos compondo uma rede de atendimentos no campo da saúde mental faz parte do complexo processo da Reforma Psiquiátrica. Junto à luta pelos direitos do portador de sofrimento psíquico, da questão do cerceamento de liberdade sofrido por eles nas instituições manicomiais, há também de serem feitas as devidas considerações a respeito das

⁷ Como será referido no próximo capítulo, no item que trata da política de assistência social, somente na proposta do SUAS (final do ano de 2004), a população em situação de rua consta enquanto usuária dos serviços e programas no campo da assistência social a nível federal.

situações em que esses cidadãos ficam sujeitos nas ruas e das fragilidades evidenciadas nas políticas sociais quanto ao cumprimento de seus compromissos, conforme a legislação vigente. Ter liberdade é poder “optar em viver” nas ruas para alguém que necessita de cuidados especiais? Esta “escolha” se justifica sob que critérios de opções, se é que elas existem? Há de se lembrar que, muitas vezes, justificativas como o uso do conceito de “liberdade” sem a devida contextualização, pode trazer em seu bojo certas omissões e justificativas por parte dos envolvidos no processo.

Em uma das entrevistas realizadas nesta pesquisa, pode-se observar alguns componentes referentes a esses questionamentos:

A rua é um espaço de sobrevivência, antes de qualquer coisa, as pessoas vão para rua por muitas razões que dizem respeito, especialmente, que conjugam a situação econômica, social, inclusive com algum problema que aconteceu na vida delas, do ponto de vista afetivo, emocional que fez que desencadeasse um processo de perda de referências, de vontade de viver, de auto-estima, etc. Então tudo o que eu já vi, já estudei, já trabalhei deste assunto está relacionado com a situação geral, econômica, falta de perspectiva, de emprego, tal e tal e, também com o fator emocional. Esta ida para rua ela é na minha leitura uma alternativa de sobrevivência, o lugar onde a pessoa estava, a alternativa que ela tinha, ela foi se tornando pior e rua foi um jeito de tentar sobreviver mesmo... (Entrevistada 3).

O discurso por vezes utilizado por representantes de programas sociais ou até mesmo por militantes dos movimentos sociais deve ser meticulosamente analisado. Ao referirem a escolha como “algo de direito” mascaram a obrigação por parte do poder público para com esses cidadãos, bem como provocam o descaso e a omissão por parte da sociedade com a questão do transtorno mental nas pessoas que se encontram vivendo nas ruas.

1.1 PORTO ALEGRE: CONSTRUINDO UM SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL

Segundo o Censo Demográfico de 2000, a população da cidade de Porto Alegre na década de 1990 cresceu 7,6%, uma taxa de 0,9% ao ano, chegando a 1.360.590 habitantes. A cidade, com uma população estimada em 1.402.886 habitantes para o ano de 2004 (segundo dados da Fundação de Economia e Estatística), caracteriza-se perante as demais capitais brasileiras como de elevada qualidade de vida e de desenvolvimento humano. Tal reconhecimento foi atribuído à presença de um forte movimento ambientalista que luta pela preservação natural, e também pela existência de melhores indicadores sociais num país com tanta desigualdade social (SPM, 2004).

Desde o ano de 1988, a cidade vem vivenciando uma experiência de gestão democrática cujo elemento mais visível tem sido o Orçamento Participativo – OP, processo através do qual a população, integrante ou não de associações comunitárias ou entidades civis, não apenas escolhe suas prioridades de investimentos para o exercício seguinte, como também discute e delibera o conjunto dos serviços prestados pelo Município e itens que compõem suas receitas e despesas, assim como delibera sobre sua auto-regulamentação. Porém, não é apenas o OP que dá forma à participação popular em Porto Alegre. A presença marcante dos Conselhos Municipais, Fóruns e Conferências Setoriais, Fóruns Regionais por Setor, Conselhos Gestores, Conselhos e direções das escolas eleitos pelas comunidades, Congresso da Cidade e outras inúmeras formas de participação têm marcado o cenário da vida política porto-alegrense.

A cidade é dividida em 16 regiões, segundo regionalização definida pelo OP, sendo que possui 82 bairros, oficiais e não-oficiais. Esta regionalização é utilizada para a discussão de prioridades de investimentos na cidade, para a implantação de equipamentos urbanos e para a prestação de serviços públicos municipais (SPM, 2004).

Segundo avaliações realizadas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, em 1998 e 2003, Porto Alegre apresentou um decréscimo na taxa de mortalidade infantil de 14,5% de 1991 para o ano de 2000. A expectativa de vida da população aumentou na década de 1990 de 69,87 anos para 71,48 anos, bem como a taxa de alfabetização de pessoas com 15 anos ou mais, atingindo níveis encontrados em países considerados ricos⁸. Segundo dados extraídos do estudo Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre (2004), durante a década de 1990, o acesso da população porto-alegrense aos serviços urbanos básicos foi universalizado. Houve um crescimento nos domicílios que contam com água encanada (de 95,7% para 97,8%) e dos que desfrutam de energia elétrica (de 97,0% para 99,3%). A coleta de lixo nos domicílios chegou ao final do ano de 2000 a cobrir 99,3% das residências da cidade, e a renda per capita média dos porto-alegrenses cresceu em 35,2%, passando de R\$ 525,2 para R\$ 709,9 (valores referentes a agosto de 2000).

No entanto, apesar de Porto Alegre ser considerada uma das capitais de melhor qualidade de vida do país, tem repercutido de forma intensa, também em território porto-alegrense, o cenário da crescente exclusão social. O estudo referido

⁸ Para maiores dados consultar PNUD/IPEA (1998; 2003). Desenvolvimento Humano e Condições de Vida: Indicadores Brasileiros. Brasília: PNUD.

acima revela que houve um aumento em relação à pobreza absoluta e à indigência na cidade. Em 1991, a pobreza absoluta atingia 11% das pessoas, passando, em 2004, a atingir 11,3% (representando um aumento de 2,81%); ao passo que a indigência que atingia 3,23% das pessoas em 1991, passou para 4,28% no ano de 2000. O coeficiente de Gini⁹ da cidade é elevado, chegando a 0,61 no ano de 2000, indicando uma estrutura social com significativas desigualdades.

A regionalização do OP adotada na cidade de Porto Alegre foi utilizada pelo estudo referido a fim de identificar as desigualdades nas condições de vida da população porto-alegrense. Cabe ressaltar que a maioria dos estudos feitos nas grandes capitais revela como resultados os valores médios encontrados nas metrópoles, o que tende a obscurecer as diferenças nas condições de vida em que vivem as populações nas cidades, em diferentes regiões que habitam.

Em Porto Alegre, o estudo Mapa da Inclusão e Exclusão Social construiu dois índices sintéticos que hierarquizam os territórios em avaliação em uma escala variando entre os valores 0 (zero) e 1 (um): Índice de Condições de Vida (ICV) e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)¹⁰. Os valores dos índices identificam os

⁹ Esse índice aponta que quanto mais próximo de 1, maior é a desigualdade social.

¹⁰ O cálculo do ICV levou em consideração algumas dimensões e variáveis da população da cidade: Renda (renda média dos responsáveis pelos domicílios e desigualdade de renda) Educação (taxa de alfabetização, número médio de anos de estudo dos responsáveis pelos domicílios, percentual de responsáveis pelos domicílios com 11 anos e mais de estudo, Longevidade (coeficiente de mortalidade infantil e índice de envelhecimento), Infância e Adolescência (taxa de escolarização de crianças de 4 a 6 anos, taxa de escolarização de crianças de 7 a 14 anos e taxa de escolarização da população de 15 a 17 anos) e Condições Habitacionais (percentual de domicílios com abastecimento de água adequado, percentual de domicílios com esgotamento sanitário adequado e percentual de domicílios com recolhimento de lixo adequado). As dimensões e variáveis utilizadas para o cálculo do IVS foram; Renda (percentual de responsáveis pelos domicílios sem rendimentos, percentual de responsáveis pelos domicílios com rendimentos de até 1 salário mínimo e percentual de responsáveis pelos domicílios com rendimentos de até 2 salários mínimos), Educação (percentual de responsáveis pelos domicílios não alfabetizados, percentual de responsáveis pelos domicílios com menos de 4 anos de estudo e percentual de responsáveis pelos domicílios com menos de 8 anos de estudo), Longevidade (foram utilizados os mesmos indicadores do ICV), Vulnerabilidade Infanto-

patamares superiores e inferiores das condições de vida e desenvolvimento social de acordo com a seguinte classificação: ICV – muito baixo (0,00 a 0,49), baixo (0,50 a 0,69), médio (0,70 a 0,79) e alto (0,80 a 1,00); IVS – muito alto (0,00 a 0,49), alto (0,50 a 0,69), médio (0,70 a 0,79) e baixo (0,80 a 1,00).

O estudo apontou no ICV o valor muito baixo em cinco regiões do OP, quais sejam: Nordeste (0,39), Lomba do Pinheiro (0,43), Restinga (0,45), Extremo Sul (0,46) e Glória (0,48). O índice baixo foi apresentado em nove regiões: Norte (0,50), Cruzeiro (0,53), Humaitá/Ilhas/Navegantes (0,54), Eixo Baltazar (0,55), Partenon (0,55), Centro Sul (0,56), Leste (0,56), Cristal (0,59) e Sul (0,69). O ICV médio foi encontrado apenas na região Noroeste (0,76), assim como o alto somente na região Centro (0,93) da cidade. O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) teve o objetivo de aprofundar a análise das condições de vida da população porto-alegrense como um complemento ao ICV. As regiões que apresentaram o índice muito alto foram: Nordeste (0,21), Cruzeiro (0,40), Restinga (0,41), Lomba do Pinheiro (0,42) e Glória (0,48). O IVS alto foi observado em nove regiões: Norte (0,51), Humaitá/Ilhas/Navegantes (0,51), Cristal (0,51), Extremo Sul (0,54), Leste (0,54), Partenon (0,55), Eixo Baltazar (0,60), Centro Sul (0,67) e Sul (0,67), e o índice baixo em duas regiões, Centro (0,94) e Noroeste (0,81).

Portanto, tal estudo, em suas conclusões refere que “a insuficiência de renda e o baixo nível educacional, a maior participação de crianças e adolescentes na

Juvenil (percentual de crianças e adolescentes na população, taxa de homicídios por 10.000 habitantes), Desenvolvimento Infantil (percentual de nascidos vivos cujas mães tem menos de 8 anos de estudo, percentual de nascidos vivos cujas mães tem idade inferior a 20 anos, percentual de crianças de 0 a 6 anos que freqüentam a escola e percentual de crianças de 7 a 14 anos que freqüentam a escola) e Habitação (percentual de domicílios em aglomerados subnormais e percentual de domicílios em situação de irregularidade fundiária).

população, a menor proporção de pessoas que conseguem chegar a uma idade avançada [...], são indicadores diretos de pobreza” (SPM, 2004, p. 47). Sendo assim, em Porto Alegre foram identificadas cinco regiões de muito alta vulnerabilidade, quais sejam: Nordeste, Cruzeiro, Restinga, Lomba do Pinheiro e Glória. Outro conjunto de regiões apresenta alta vulnerabilidade, como a região Norte (bairro Sarandi), Leste (bairro Bom Jesus) e a Sul (bairro Serraria).

Segundo dados informados pelo Ministério da Saúde (2003), em Porto Alegre são estimados na população 3% de transtornos mentais severos e persistentes, 6% de transtornos psiquiátricos graves, com uso de álcool e outras drogas, 12% necessitam de atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual, e 1,4% sofrem de epilepsia¹¹.

Frente a esse cenário, o Município de Porto Alegre, em sua quarta gestão de Administração Popular (2001 a 2004), reafirma o papel fundamental do Estado como indutor do desenvolvimento econômico e promotor da igualdade e da justiça social, estabelecendo como princípios básicos das políticas sociais a garantia de direitos e a inclusão social, e estabelece como ações prioritárias o combate à pobreza absoluta e à exclusão social.

Desta forma, contrapondo-se à lógica neoliberal, constitui-se questão basilar da política municipal a luta pela universalidade e a equidade no acesso aos bens e serviços públicos, considerando o grau de vulnerabilidade e as diferenças de gênero, etnia, idade e necessidades da população (FASC, 2001).

¹¹ Um estudo realizado em Porto Alegre, nos anos de 1998-99, revelou dados sobre a condição de saúde mental de moradores de rua na cidade. Para maiores detalhes, consultar Relatório de Resultados-Pesquisa Condições Sociais e de Saúde Mental de Moradores de Rua em Porto Alegre. Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre População de Rua - NESPRua, nov. 1999.

Para tanto, o governo municipal elege como público-alvo prioritário em suas ações as crianças, adolescentes e juventude – especialmente em situação de risco e vulnerabilidade social –, as populações em situação de rua e miséria absoluta e os grupos sociais culturalmente discriminados. Estabelece diretrizes únicas para as áreas sociais de atuação, tanto na elaboração das políticas específicas, quanto na implantação das ações que as compõem, propugnando, como estratégia de atuação, a implantação de políticas sociais a partir de ações intersetoriais, interdisciplinares e articuladas que garantam a integralidade como princípio de atenção e atendimento à população (FASC, 2001).

A fim de atender as demandas das prioridades estabelecidas para a cidade no que tange às políticas sociais, Porto Alegre aperfeiçoou e criou uma rede de serviços no campo da proteção social nos últimos anos.

O estudo aborda os programas das políticas de assistência social e de saúde que atendem os sujeitos que se encontram em situação de rua e que possuem algum tipo de transtorno psíquico. Os programas e serviços apresentados a seguir compõem parte dessa rede governamental de atendimento, no campo das referidas políticas.

1.2 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL DE PORTO ALEGRE: O CAMPO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E DA SAÚDE

A Proteção Social no Campo da Assistência Social

A Política de Assistência Social na Prefeitura Municipal de Porto Alegre tem como órgão gestor a Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC. Tal política vem sendo constituída na Fundação por redes de proteção social – Rede de Proteção Social Básica (CRB) e Rede de Proteção Social Especial (CRE).

A Rede de Proteção Básica objetiva a manutenção de vínculos familiares e comunitários e a prevenção de situações de riscos por meio do fortalecimento de potencialidades e aquisições à população em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privações diversas e/ou fragilização de vínculos afetivos.

Esse estudo ficará restrito à descrição da Rede Especial, uma vez que é nessa que se encontram os serviços de atendimento à população em situação de rua.

A Rede de Proteção Especial caracteriza-se pela modalidade de atendimento às famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social em decorrência de abandono, de maus tratos físicos ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócioeducativas, situação de rua e situação de trabalho infantil.

Os serviços desta Rede estão subdivididos em atendimento de média complexidade e alta complexidade. Por média complexidade entendem-se aqueles serviços destinados às famílias e indivíduos com seus direitos violados, porém com vínculos familiares e comunitários ainda sem serem rompidos, requerendo no atendimento uma maior estruturação técnico-operacional, atenção especializada, mais individualizada com acompanhamento sistemático e monitorada. A alta complexidade compreende os programas que garantem proteção integral (moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido) às famílias e indivíduos que se encontram sem referências ou em situações de ameaça¹².

A média complexidade compreende os seguintes serviços:

- Atendimento Social de Rua, que objetiva realizar abordagem à população adulta e idosos em situação de rua de Porto Alegre, com vistas à formação de vínculo e encaminhamento dos mesmos a recursos existentes na cidade. A ação é realizada no espaço da rua com o desenvolvimento de processos sociais, que envolve estabelecimento de vínculo, abordagens individuais e grupais, avaliações e encaminhamentos sociais diversos. A equipe de trabalho é formada por gerência, assistente administrativo, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, psicólogo, estagiários, monitores, auxiliar de enfermagem. O número de atendimentos chega a alcançar, em média, 120 abordagens/mês.

- A Casa de Convivência, que objetiva proporcionar atendimento social à população adulta e idosos em situação de rua de Porto Alegre, possibilitando o

¹² O enfoque dado nesse estudo será para o Programa de Proteção Social à População Adulta (em função da temática dessa pesquisa).

acolhimento, acompanhamento e a convivência em um espaço de referência, com uma previsão de atendimento a 40 usuários/dia. Constitui-se em espaço de referência para a população adulta, família e idosos em situação de rua em atendimento diurno, de segunda a sexta-feira. Oferece os serviços de higiene pessoal, atendimento social (individual e grupal), oficinas terapêutico-culturais e atendimento de enfermagem e lanche em situações emergenciais. A equipe de trabalho é a mesma do Atendimento Social de Rua.

A alta complexidade caracteriza-se pelos serviços de abrigagem e albergagem:

- A rede de abrigagem temporária objetiva proporcionar à população adulta e idosos em situação de rua de Porto Alegre abrigagem temporária, oferecendo acolhida e possibilidade de reorganização pessoal e social, através da busca e/ou retomada de projetos de vida. Esta ação é desenvolvida por dois serviços próprios da FASC: Abrigo Municipal Bom Jesus e Abrigo Marlene, ambos oferecendo atendimento integral (24 horas). A partir do ingresso, o usuário recebe acompanhamento técnico de uma equipe multidisciplinar composta por gerência, auxiliar administrativo, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermagem, monitores, cozinheira, auxiliar de cozinha, auxiliar de serviços gerais e oficinheiros. É oferecido também atendimento às necessidades básicas como higiene pessoal e alimentação, assim como oficinas terapêuticas e culturais. A permanência no abrigo é estabelecida de acordo com a situação de cada usuário e o plano de intervenção construído com o mesmo. Ao todo, a capacidade de atendimento dessa rede é de 178 vagas, sendo 78 no Bom Jesus e 100 no Marlene.

- O serviço de albergagem objetiva proporcionar à população adulta e idosos em situação de rua de Porto Alegre albergagem temporária, ou seja, um local para pernoitar.

O Albergue Municipal é um serviço com funcionamento noturno (o ingresso dos usuários inicia às 19h e a saída às 7h), onde é oferecido atendimento social, atendimento de enfermagem, oficinas terapêutico-culturais, higiene pessoal e alimentação. Possui uma equipe de trabalho composta por gerência, auxiliar administrativo, assistente social, estagiários, auxiliar de enfermagem, monitores, cozinheira, auxiliar de cozinha, auxiliar de serviços gerais e oficinheiros, executando uma capacidade de 120 vagas diárias.

Conforme análise dos projetos da referida Rede de atendimento à população em situação de rua adulta, quanto ao objetivo geral e específico e atividades dos Serviços podemos observar os quadros a seguir:

Quadro 1 – Rede de Proteção Especial de Média Complexidade segundo seus objetivos e atividades – FASC-PMPA

<i>Atendimento Social de Rua e Casa de Convivência</i>	
OBJETIVOS	ATIVIDADES
<p>Objetivo Geral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestar atendimento social à população adulta de rua nas ruas da cidade, possibilitando o acolhimento e a convivência no espaço de referência da Casa de Convivência. 	Abordagens individuais e grupais.
<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atender moradores de rua adultos nas ruas de Porto Alegre através de abordagem individual e/ou grupal. • Estabelecer vínculos com os moradores de rua através do processo de abordagem. • Realizar acompanhamento social à população que mora nas ruas buscando o fortalecimento e resgate de sua auto-estima e autonomia. • Proporcionar o acolhimento imediato dos moradores de rua através da casa de convivência. • Garantir espaço de convivência e participação incentivando o processo de organização dos moradores de rua. • Garantir acesso ao serviço de atividades de higiene pessoal; lavagem e secagem de roupas. • Prestar informações e encaminhamentos sobre os recursos sociais existentes na comunidade. • Buscar a articulação com outras Instituições ou Serviços que atendam a população de rua, com vistas a um trabalho integrado. • Trabalhar estratégias para esclarecimento da sociedade acerca da realidade da população de rua, objetivando combater os processos de exclusão. • Contribuir com a produção de conhecimento sobre a população de rua e processos de abordagem, através da participação em pesquisas, grupos de estudos, seminários, reuniões internas e externas. • Esclarecer à comunidade em geral sobre a concepção do Serviço que trata o morador de rua enquanto sujeito de direitos. 	<p>Acompanhamentos individuais (parceria com a equipe de saúde mental CAIS Mental 8).</p> <p>Realização de grupos operativos na rua semanalmente.</p> <p>Processo de acolhimento permanente.</p> <p>Realização de oficinas, grupos operativos, assembléias e atividades culturais.</p> <p>Oferta de serviços permanentes de higiene na Casa de Convivência.</p> <p>Realização de encaminhamentos sociais e para a rede de saúde.</p> <p>Participação da equipe de trabalho a reuniões externas da Rede de Atendimento e visitas institucionais.</p>

Fonte: Elaborado e sistematizado pela pesquisadora a partir da análise documental dos projetos.

Quadro 2 – Rede de Proteção Especial de Alta Complexidade segundo objetivos e atividades - FASC-PMPA

<i>Abrigo Marlene e Abrigo Bom Jesus</i>	
OBJETIVOS	ATIVIDADES
<p>Objetivo Geral Proporcionar à população adulta de rua em Porto Alegre abrigagem temporária que ofereça acolhida e a possibilidade de reorganização pessoal através da busca e/ou retomada de seu projeto de vida.</p>	<p>O processo da acolhida deve ter princípios como: escuta, afeto, aproximação, solidariedade, autoridade, limites, disponibilidade e respeito. A acolhida, como parte integrante da intervenção, deve ser reavaliada constantemente.</p>
<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer através da abrigagem, condições para que a população adulta de rua possa suprir suas necessidades básicas como alimentação, higiene e vestuário. • Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações efetivas humanizadoras; valorização de potencialidades; incentivo à luta pela autonomia; e valores como respeito, dignidade humana e cidadania. • Buscar a articulação com outras instituições ou serviços que atendam à população de rua, com vista a um trabalho integrado e possibilidades de capacitação e geração de renda. • Possibilitar à população usuária acesso a serviços para desenvolvimento pedagógico e resgate de valores e expressões culturais. • Desenvolver, seja através de atendimento direto ou via rede conveniada, atividades com vistas a resgatar o potencial produtivo e a criatividade de cada sujeito. • Incentivar o processo de organização, capacitação e gestão autônoma da população de rua, para que esta esteja mais bem capacitada à mobilização e luta na defesa de seus direitos. • Incentivar a participação em ações dos moradores fora do abrigo, visando à desmistificação de preconceitos; o combate à segregação; à discriminação e à desinstitucionalização. • Contribuir no processo de auto-estima e autonomia da população usuária enquanto sujeitos de direitos. • Produzir conhecimentos acerca das características e do modo de vida dos 	<p>Atendimento integral que possibilite aos usuários um local de referência também para atividades diurnas, além do suprimento de suas necessidades básicas como alimentação, higiene e vestuário.</p> <p>O atendimento ao usuário será através de abordagens individuais e grupais. O trabalho individual acontecerá segundo as necessidades do indivíduo que dá sustentação ao seu Plano de Intervenção.</p> <p>O trabalho com grupos será realizado através de atividades internas e externas com diferentes temáticas. A periodicidade do grupo será convencional de acordo com cada um, desenvolvendo-se no decorrer da semana nos três turnos.</p> <p>A participação nos grupos será de forma espontânea, ou obrigatória, ou por indicação do Plano de Intervenção.</p> <p>Realização de oficinas terapêuticas que possibilitem o desenvolvimento dos processos sociais dos usuários, vinculados ao resgate de valores e expressões culturais.</p> <p>Realização semanal de assembléia: momento de troca entre equipe de trabalho e usuário, através da discussão sobre normas e observância de critérios de organização e funcionamento do abrigo.</p> <p>Participação dos usuários em eventos, comemorações, atividades externas e seminários.</p> <p>Espaços de permanente formação da equipe de trabalho: reuniões de equipe semanais,</p>

<p>moradores de rua e processos de abordagem, através da participação em reuniões internas e externas, grupos de estudos, pesquisas, seminários, capacitação, visando subsidiar novas ações estratégicas de enfrentamento desta problemática.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilitar à população usuária acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). 	<p>supervisões , orientação aos setores de apoio, bem como grupos de estudos , seminários e avaliação sistemática do trabalho realizado.</p> <p>Encaminhamentos e acompanhamentos diários de usuários aos serviços da rede de saúde</p>
--	---

Albergue Municipal/FASC	
OBJETIVOS	ATIVIDADES
<p>Objetivo Geral Proporcionar à população adulta de rua em Porto Alegre albergagem temporária.</p>	
<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer, através da albergagem, condições para que a população adulta de rua possa suprir suas necessidades básicas como alimentação, higiene e vestuário. • Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações efetivas humanizadoras; valorização de potencialidades; incentivo à luta pela autonomia; e valores como respeito, dignidade humana e cidadania; • Buscar a articulação com outras instituições públicas, privadas e filantrópicas no esforço conjunto de atendimento a demanda com vista a um trabalho integrado. • Desenvolver ações integradas com as demais políticas públicas, garantindo o acesso da população adulta de rua a serviços de saúde, habitação, capacitação e geração de renda. • Incentivar a participação em ações dos moradores fora do albergue, visando à desmistificação de preconceitos; o combate à segregação; à discriminação e à desinstitucionalização. • Incentivar e contribuir no processo de auto-estima e de organização pessoal da população usuária. • Incentivar o processo de organização, capacitação e gestão autônoma da população de rua, para que esta esteja mais bem capacitada à mobilização e luta na defesa de seus direitos. • Produzir conhecimentos acerca das características e do modo de vida dos moradores de rua e processos de abordagem, através da participação em reuniões internas e externas, grupos de estudos, pesquisas. 	<p>O albergue constitui-se em um espaço transitório com oferecimento de serviços de alojamento, alimentação, higiene pessoal, cuidados de enfermagem e atendimento social.</p> <p>As atividades grupais desenvolvidas são grupos de convivência, de mulheres, oficinas e reuniões com os usuários.</p> <p>Encaminhamentos de usuários a serviços da rede de saúde, de abrigagem e outros.</p> <p>Acompanhamento e intervenção ao usuário durante sua estada no albergue, através do plano de intervenção do mesmo orientado pelo Serviço Social.</p> <p>Atividades como reuniões de equipe, supervisões, orientação ao pessoal do apoio, seminários e avaliação sistemáticos que garantam o processo de capacitação de todos os recursos humanos do equipamento.</p>

Fonte: Elaborado e sistematizado pela pesquisadora a partir da análise documental dos projetos.

Percebe-se que a Rede de Proteção Especial da FASC, no que se refere ao atendimento à população adulta em situação de rua, constituiu-se, ao longo dos últimos dez anos, no sentido de dar conta da demanda posta na cidade. Os serviços criados revelam a atuação de equipes tanto no espaço da própria rua como em abrigos, albergue e casa de convivência, ou seja, trabalhando na lógica de proteção social de média e alta complexidade.

A análise dos projetos revela a presença de equipes multidisciplinares realizando os atendimentos através do desenvolvimento de ações que proporcionem a rearticulação de projetos de vida para cada usuário atendido, visando seu processo de autonomia. A Rede busca a articulação interna entre seus serviços e, também, procura voltar-se para as articulações externas, ou seja, entre as demais políticas do Município.

No entanto, no que se refere ao usuário morador em situação de rua com transtorno mental, ainda são pequenas as ações que façam referências ao atendimento desses. O Serviço de Atendimento Social de Rua é o único dessa Rede que refere, em seu projeto de trabalho, ações conjuntas com um serviço de saúde mental do Município, porém ainda revelando dificuldades de aprimoramento dessas ações, conforme referência de uma trabalhadora entrevistada:

Eu até acho que a gente atende muito, muito antes da saúde mental se atende esse morador de rua, louco, a gente vem tentando aperfeiçoar essa parceria com o CAIS 8-Centro de Atenção Psicossocial, mas ainda fica em algumas pessoas o ir para a rua fazer a abordagem... (Entrevistada 1).

A Proteção Social no Campo da Saúde

A política municipal de saúde de Porto Alegre, no âmbito governamental, é desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Segundo pesquisa documental, pode-se observar que, no campo da saúde, o atendimento ao morador em situação de rua adulto ainda não é desenvolvido na maioria da rede de atendimento.

Dentre os serviços pesquisados, somente o Centro de Atenção Psicossocial CAIS Mental Centro (CAPSCAISMental8), apresenta em seu planejamento estratégico ações que contemplam o referido atendimento, inclusive em parceria com serviços da FASC (Atendimento Social de Rua – trabalho junto aos usuários com transtornos mentais em situação de rua; Abrigos e Casa de Convivência – atendimento a adultos com transtornos mentais em situação de vulnerabilidade social). Percebe-se, através da pesquisa empírica – entrevistas de campo realizadas nesse estudo, que ações pontuais também são desenvolvidas por outros serviços, como no Pronto Atendimento da Vila Cruzeiro do Sul – PACS, no Centro de Saúde Modelo e pelo SAMU, esse quando acionado pelo Ministério Público. No entanto, não apresentam registros desse trabalho em projetos de atendimento.

O CAPSCAISMental 8 caracteriza-se por ser um Centro de Atenção Psicossocial cadastrado junto ao Ministério da Saúde¹³ e sua finalidade é oferecer tratamento, através de equipe interdisciplinar, e reinserção social a jovens e adultos

¹³ Os CAPS se constituem em uma modalidade de serviço criado como forma de renovação no atendimento aos doentes mentais, aparecendo como resposta às críticas ao modelo manicomial e foi regulamentado através da Portaria 336/2002, do Ministério da Saúde.

com transtornos mentais (psicóticos e neuróticos graves) nas modalidades de Centro de Atenção Diária – CAD e atendimento ambulatorial, além da promoção e a reabilitação psicossocial.

Os princípios e diretrizes desse serviço estão vinculados aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e contêm a reafirmação de que o atendimento prestado deve estar pautado na compreensão da necessidade de garantir a autonomia de seus usuários.

O trabalho desenvolvido pelo CAPSCAISMental 8 em parceria com o ASR tem a característica de uma ação intersetorial, com o objetivo de avaliação e acompanhamento de moradores em situação de rua, mais especificamente os que são portadores de algum nível de transtorno mental. Este trabalho vem sendo denominado de Clínica de/na rua e consiste numa avaliação e acompanhamento continuado, no local mesmo onde os usuários se encontram. O acompanhamento é solicitado pelo Atendimento Social de Rua quando, em uma primeira abordagem, é identificado algum nível de comprometimento emocional no sujeito. Realizam-se os encaminhamentos pertinentes para cada caso nas unidades de saúde, abrigagem, e outros, muito de acordo com a abertura que o usuário possibilita no momento, sendo por isso um trabalho lento de construção de laços sociais. Os casos são discutidos por equipe interdisciplinar em reuniões semanais.

O trabalho pensado nesse projeto é pautado “[...] no sujeito que deseja e, muitas vezes, na restituição de sua condição de sujeito desejante, filiado a uma cultura de cidadão de direitos e deveres” (CAPSCAISMental 8, 2005). Os

atendimentos, conforme o mesmo documento, não visam tomar como medida o recolhimento do usuário. Em algumas situações, a saída da rua configura-se como uma das estratégias que pode ser utilizada. Quando a permanência do usuário na rua oferece riscos a sua pessoa e a outros, configura-se a necessidade de uma internação compulsória. Para tanto, a ação é realizada via solicitação ao Ministério Público.

O trabalho com moradores em situação de rua, portanto, ilustra formas alternativas de lidar com a questão da loucura associada ao espaço da rua onde a própria rua passa a se configurar como espaço de escuta, *setting* dos usuários em atendimento.

Percebe-se que este Serviço, através da análise de seu Planejamento Estratégico, vem buscando executar ações integradas com a política de assistência social no que se refere à população em situação de rua com transtorno mental. Ao longo desses anos de parceria, vários usuários vêm constituindo o público-alvo dessa ação integrada. Como exemplo, um caso referido por uma entrevistada que trabalha no serviço, ilustra alguns resultados : “... quando vejo o seu P., morador de rua da Redenção, que vivia no lixo e hoje cuida de si, vive no abrigo e participa da oficina de música do CAIS, criando composições e cantando” (trabalhadora 2).

Evidencia-se a presença de avanços na implementação e manutenção do trabalho integrado com moradores em situação de rua com transtornos mentais por parte dos trabalhadores e gestores envolvidos na Rede de Proteção Social no

Município de Porto Alegre. No entanto, esse trabalho também apresenta entraves no seu desenvolvimento.

As formas conservadoras de atendimento ainda encontram lugar nas políticas sociais públicas da cidade. Apesar das conquistas no campo da proteção social a partir da Constituição Federal de 1988, o rompimento com preconceitos e com o imediatismo das ações pontuais tão arraigados nas áreas da saúde e da assistência social, interfere na construção de novos caminhos. A visibilidade destinada ao “louco de rua” faz parte desse contexto nas políticas sociais, deixando-o, muitas vezes, imersos na sua invisibilidade, própria da rua e daquele que representa desde os tempos mais remotos as características da exclusão social.

Dessa forma, os projetos e as ações aqui analisados ainda são percebidos muito isoladamente, logrando parcialmente, no que concerne a sua efetividade, o previsto no arcabouço jurídico que rege as políticas do sistema de proteção social, como se pode perceber na análise apresentada no capítulo seguinte desse estudo.

2 A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE 1980

A partir da década de 1980, o país vive o final da Ditadura Militar e o processo de transição para a abertura democrática. A herança do regime ditatorial trouxe sérias conseqüências para a área social. O custo do modelo de desenvolvimento econômico e social dos anos anteriores, onde os investimentos se deram na área econômica visando o crescimento do país, refletiram o quadro das desigualdades sociais da maioria da população brasileira. Entre 1981 e 1989, os 10% mais ricos da população detinham 46,6% da renda nacional, ampliando-a para 53,2%; os 1% mais ricos que detinham 13% passaram para 17,3%, enquanto os 10% mais pobres em 1989 detinham apenas 0,6% da renda nacional. O salário mínimo, também nesta mesma década, apresentou perdas de, aproximadamente 40% (DRAIBE, 1993).

A década de 1980 foi marcada pelo baixo crescimento econômico, apresentando como efeitos negativos a inflação e a estagnação no mercado de trabalho, refletindo, contudo, na qualidade de vida da população. Também foram relevantes naquele contexto a obsolescência e a defasagem tecnológica, bem como a deteriorização das atividades do setor público. A crise instaurada no país

necessitava de uma superação do colapso do Estado. Segundo Draibe, a reforma do Estado deveria buscar

[...] a ruptura do padrão anacrônico e autoritário do relacionamento entre o Estado e sociedade civil. Deve significar a restauração da ética, da eficiência, da eficácia regulatória, de tal modo que as políticas públicas reflitam os interesses nacionais (1993, p. 49).

Neste contexto de recessão, o modelo de bem-estar brasileiro, fundamentalmente baseado nas contribuições do trabalhador, mostra suas fragilidades, principalmente porque deixava de abranger a grande parcela da população empobrecida do país atingida pelo desemprego e pela queda dos seus rendimentos¹⁶. A base contributiva do sistema previdenciário, originária dos trabalhadores diminuiu significativamente, reduzindo os valores dos benefícios e também a qualidade do atendimento dos serviços prestados. Era necessário uma resposta das políticas sociais frente as demandas colocadas, pois o modelo de proteção social vigente não vinha respondendo a contento, excluindo grande parte da população necessitada. No entanto, como refere Draibe, nem toda insuficiência do atendimento às demandas pode ser atribuída a área social,

... estão antes associados a determinadas características sócio-econômicas, tais como emprego, salários, distribuição de renda e outras, cujos impactos negativos muito dificilmente poderiam ser revertidos pela ação social do Estado (*Ibid.*, p. 56).

No contexto da Nova República, foi sendo desenhado no país um novo parâmetro e perfil para as políticas sociais, agora também no âmbito dos Estados e

¹⁶ Para aprofundamento do modelo de proteção social no Brasil a partir dos anos 1930, ver Fleury, 1994.

Municípios, que buscavam desenvolver ações descentralizadas. Os movimentos de pós-democratização vigentes tiveram forte contribuição nesse processo. A nível federal foram criados programas emergenciais como o de combate à fome e à miséria, como o Programa Nacional do Leite. Também nas áreas de abastecimento, saúde, educação, habitação, assentamentos agrários, estímulos à integração da pequena produção de alimentos, foram instituídos alguns programas (DRAIBE, 1993). A criação de Comissões Setoriais nos Ministérios também inovaram e buscavam a reformulação do padrão brasileiro de bem-estar social. Os princípios para essa mudança embasavam-se na descentralização, com forte vertente na municipalização, na integração das políticas sociais e na participação popular nos processos de decisão, implementação e controle dos programas sociais.

No entanto, essas propostas tiveram pouco impacto na vida das populações. Os programas, apesar de receberem uma quantidade maior de recursos que anteriormente, não perderam seu caráter pontual e assistencialista, respondendo ao caráter emergencial das demandas. Os princípios da descentralização e da participação tiveram maior significado na área da saúde com a implementação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, deixando uma lacuna nas demais áreas sociais.

Foi somente a partir de 1988, com a nova Constituição Brasileira, que as inovações no modelo de proteção social aconteceram. A partir do artigo 3 do texto constitucional, evidenciam-se tais inovações, ao definir como objetivos do país:

[...] construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, sem

preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

As modificações constitucionais retrataram o deslocamento do modelo meritocrático-particularista em direção ao modelo institucional-redistributivo, buscando a universalização da proteção social no país. Como define Draibe, a respeito do novo modelo,

[...] as inovações introduzidas sugerem um adensamento do caráter redistributivista das políticas sociais, assim como de maior responsabilidade pública na sua regulação, produção e operação. Ou seja, a ampliação e extensão dos direitos sociais, a universalização do acesso e a expansão da cobertura, um certo afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema, a concepção de seguridade social como forma mais abrangente de proteção, a recuperação e redefinição de patamares mínimos dos valores dos benefícios sociais e, enfim, um maior comprometimento do Estado e da sociedade no financiamento de todo o sistema (1993, p. 62).

A definição da Seguridade Social enquanto o tripé das políticas de saúde, assistência social e previdência social representou um avanço significativo nas políticas sociais. O artigo 194 da Constituição Federal estabelece que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Também ficam definidos no texto constitucional os princípios e objetivos da Seguridade, quais sejam: a universalização; a equidade; a seletividade e distributividade na prestação de serviços e benefícios; irredutividade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; democratização e descentralização da gestão (BRASIL, 1988).

Na área da saúde foi importante o princípio da universalidade, pois ampliou o acesso ao sistema de saúde a toda população, independente de contribuição prévia, prevendo o atendimento em uma rede descentralizada, integrada, regionalizada e hierarquizada.

Na assistência social, os avanços foram significativos, estendendo-se a cobertura dos programas e serviços a todos que deles necessitarem, priorizando a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, garantindo a promoção da integração ao mercado de trabalho, a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiências, integrando-as a sua comunidade. Com relação à renda, foi instituído o Benefício de Prestação Continuada a idosos e portadores de deficiências que não possuíam meios de prover a sua própria manutenção, destinando a estes o benefício de um salário mínimo mensal.

Com relação à previdência social, observa-se o reforço da proteção à maternidade, através da ampliação da licença-gestante para 120 dias, bem como a introdução da licença para o pai, quando do nascimento do filho. Também foi relevante a criação do seguro-desemprego, como forma de proteção ao desempregado involuntário.

Sendo assim, verifica-se que a política de seguridade social prevista na Constituição de 1988 apresenta como concepção um sistema de proteção integral ao cidadão, marcando avanços no campo dos direitos sociais no Brasil. No entanto, “para sua afirmação, os traços constitutivos da herança social brasileira demarcarão limites” (COUTO, 2004, p. 161). Somente através da análise do processo de

implantação dos direitos assegurados na Constituição de 1988 é que teremos “a forma de melhor apreender quais as transformações que puderam ser feitas e quais as que contribuem para referendar as velhas formas de se relacionarem com as demandas da população” (COUTO, 2004, p. 161).

O modelo brasileiro de seguridade social, com base nos modelos de políticas desenvolvidos em outros países, inclusive dos países centrais, também vai sofrer as conseqüências das reorientações conceituais e programáticas, guiadas pela ideologia neoliberal/neoconservadora. Ao desincumbir o Estado de responsabilidades quanto às demandas e problemas sociais, não consegue enfrentar as conseqüências decorrentes da questão social. Segundo Pereira,

Por trás desta tendência está a imposição de uma nova divisão internacional do trabalho, determinada pelo atual processo de globalização e desregulação da economia, o que vem requerendo outra divisão de responsabilidades entre Estado, mercado e sociedade, no que tange à proteção social (1998, p. 64).

Portanto, é preciso reconhecer que o avanço constitucional foi realizado em um período histórico de retrações no campo da proteção social.

No entanto, compreender os desafios postos pela legislação brasileira desse período torna-se fundamental para qualquer análise sobre sua incidência no campo das políticas sociais.

2.1 A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

A Constituição Brasileira de 1988 assegura a assistência social como política que compõe o sistema de Seguridade Social, garantindo à universalidade de acesso a todos que dela necessitarem no campo da proteção social. A inovação constatada no campo da assistência social se refere ao dever legal do Estado para com essa área. Até então, as ações assistenciais apresentavam-se sem nenhuma regulamentação, ficando à mercê de instituições públicas e privadas que a executavam a partir da lógica do clientelismo e do focalismo.

Portanto, a Constituição consolida o compromisso da assistência social se tornar uma política pública de proteção social superando a visão de ajuda filantrópica.

Os artigos 203 e 204 da seção IV da Constituição definem a política, conforme segue:

Art. 203 - A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988).

Além de definir como política, apontar sua população-alvo e apresentar seus objetivos, no artigo 204 vai indicar a forma de sua organização:

Art. 204 - As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis (BRASIL, 1988).

O próprio texto constitucional, segundo Boschetti (2002), revela o paradoxo intrínseco a ele mesmo. Ao afirmar como diretriz a universalidade, referindo que a *assistência será prestada a quem dela necessitar*, introduz em seus objetivos o limite da proteção à família, à maternidade, a crianças, a adolescentes, a idosos e a inválidos. Na relação da assistência via trabalho, reafirma “a clássica forma”, a da *promoção da integração ao mercado de trabalho*. Para a autora, “não basta ser pobre para ter direito à assistência; é preciso, ainda, não estar em (ou não ter) condições de trabalhar” (2002, p. 15). Aqueles trabalhadores que estão sem condições de fazer qualquer tipo de contribuição para a previdência permanecem sem nenhum tipo de benefício assegurado na legislação constitucional, ou seja, “a primazia do trabalho como base estruturadora da ordem social capitalista é, assim, reiterada com vigor” (*Ibid.*). Reafirma, portanto, na relação entre a assistência e trabalho, na regulação da ordem social e na organização social do trabalho, a máxima: assistência mínima aos inválidos e trabalho forçado aos válidos (BOSCHETTI, 2003).

A assistência social deverá se ocupar dos pobres “incapazes” para o trabalho, reforçando a antiga visão de separação entre os pobres mercedores e não-

merecedores, o que descaracteriza o caráter “inovador” da assistência como direito.

Como problematiza Couto,

Sendo assim, pode-se inferir que, embora a concepção de assistência social porte uma dimensão de “provisão social”, que tem por base a noção de direito social, a mesma é plasmada no contexto de uma sociedade que historicamente vinculou o campo dos direitos sociais à versão de compensação àqueles que, pelo trabalho eram merecedores de serem atendidos socialmente. Sendo assim, o campo dos direitos, na sociedade brasileira, é marcado por um processo contraditório, próprio da relação acumulação de capital *versus* distribuição de renda. Ou seja, o que está em jogo para que sejam efetivados os direitos sociais é a possibilidade, ou não, nos parâmetros dessa sociedade, da ampliação de investimentos de capitais em áreas não-lucrativas (2004 p. 167-8).

A assistência social apresenta-se como a via privilegiada para a atenção às necessidades sociais, impondo um chamamento legítimo à promoção da justiça. Desta forma, “resulta de resistências estruturais ao modo de produção capitalista as quais problematizam por dentro a compulsão deste modo de produção para a desigualdade e justiça” (PEREIRA, 1996, p. 39). Embora antagônicas, no modo de produção capitalista é possível ser vislumbrado duas modalidades de assistência social: *stricto sensu* e *lato sensu*. A primeira identifica-se com os imperativos da rentabilidade econômica sem um compromisso com a justiça, é comumente chamada de assistencialismo, pois sua relação estreita é com a noção de pobreza absoluta e com as formas emergenciais de atendê-la. A segunda modalidade, chamada *lato sensu*, apresenta uma proposta de democratização ou inclusão social ancorada no princípio da universalização, constituindo “a feição verdadeiramente social das políticas de bem-estar capitalistas” (*Ibid.*, p. 40).

É no contexto de um processo contraditório que o campo da assistência social vai em busca de sua regulamentação, ancorada na concepção de assistência lato

sensu. A defesa por essa modalidade intenta por recriar a dialética entre o econômico e o político, considerando a assistência como uma questão de direito.

Neste processo, vários obstáculos foram enfrentados como divergências e conflitos entre os espaços institucionais responsáveis pelas políticas da seguridade social, interesses e pressões corporativas dos grupos internos a cada política, disputas de poder das instituições governamentais e pelo posicionamento liberal dos dois governos (de José Sarney e Fernando Henrique Cardoso), que assumiram o poder neste período e resistiram à regulamentação que estava sendo proposta (BOSCHETTI, 2002)¹⁷.

Após cinco anos de discussões e entraves, em 07 de dezembro de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8.742, foi sancionada, pelo então Presidente da República, Itamar Franco.

2.1.1 A LOAS e o processo de implementação da assistência social brasileira: possibilidades e limites

A LOAS, ao regulamentar a política, define a assistência social, em seu artigo primeiro, enquanto direito do cidadão e o dever do Estado, como política integrante da Seguridade Social não contributiva, devendo prover os mínimos sociais através de ações integradas de iniciativa pública e da sociedade, a fim de garantir o atendimento às necessidades básicas às famílias, à infância, à adolescência, à

¹⁷ Para uma melhor compreensão do período de regulamentação da política de assistência social no Brasil, ver Boschetti, I., em seu artigo "As forças de apoio e oposição à primeira proposta de regulamentação da assistência social no Brasil", in: cadernos do Ceam/UnB, out. 2002.

maternidade e à velhice. Apresenta um novo formato político institucional, garantindo a descentralização com primazia do Estado e o comando único em cada esfera de governo, assim como a gestão compartilhada com a sociedade civil no que diz respeito ao planejamento e controle.

Norteia-se pelos seguintes princípios e diretrizes, conforme artigo 4º e 5º:

Art 4º: A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;

II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;

III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (BRASIL, 1993).

Os princípios asseguram, portanto, a desvinculação do atendimento às necessidades sociais mediante qualquer tipo de contribuição econômica, através da universalização e igualdade dos direitos a todo cidadão demandatário da política e da integração com as demais políticas sociais. É de relevante importância, também, o direito assegurado ao usuário quanto ao conhecimento dos recursos da política, bem como dos critérios utilizados pela mesma, reforçando-lhe a condição de cidadão de direitos. Os princípios complementam-se com a definição das diretrizes, conforme previsto no artigo seguinte.

Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo (BRASIL, 1993).

Sendo assim, a assistência social assume um tipo particular de política pública, devendo se integrar às demais políticas a fim de concretizar direitos que historicamente foram negados a uma parcela significativa da população, enquanto política gratuita e desmercadorizável. Reafirma a competência do Estado na primazia da condução da política “incluindo a regulação social *responsável e responsiva*” (PEREIRA, 2002, p. 65), instituindo o Estado a assumir as responsabilidades que são somente suas.

Está se falando, portanto, de um Estado Social, e não de um Estado Liberal, omissivo, absenteísta e mercantilizador, que não encampa as causas sociais. Ou, mais, está se falando de um Estado que é fruto das lutas democráticas por liberdade, igualdade e justiça social, e que tem como uma das suas principais funções a redução das incertezas sociais mediante políticas públicas. Trata-se, em resumo, de um Estado em ação, que sob a vigilância ou mesmo pressão da sociedade, presta serviço e remove obstáculos à efetivação de direitos de cidadania conquistados coletivamente (*Ibid.*).

A possibilidade de o usuário reconhecer-se como sujeito de direitos remete não somente à obrigatoriedade do Estado para com o cumprimento da política de assistência, bem como considera a responsabilidade política dos representantes públicos na sua consolidação.

O campo da assistência social convive, desde a Constituição de 1988 e da LOAS, com a complexidade em lidar com as questões jurídicas e as do plano político. A legislação é fruto de representações de interesses, muitas vezes de difícil conciliação. Apresenta-se como um documento juspolítico – jurídico e político – que expressa “a reprodução de velhos embates em torno da questão social e de velhas

resistências em transformar a proteção ao pobre em direito de cidadania” (PEREIRA, 2002, p. 70). No entanto, altera a condição de “alternativa de direito”, acrescida de redefinições teóricas e filosóficas que estabelecem um paradigma próprio para a política de assistência, ampliando a discussão acerca dos direitos sociais no país.

Esse processo tem sido caracterizado por um campo contraditório, lento e subordinado a uma conjuntura nacional desfavorável. A implementação da assistência social como direito, apesar do discurso legal e da luta travada pela sociedade na busca desse reconhecimento, enfrenta entraves que vão desde a retração de investimentos, a posição de subalternidade que a política de assistência social enfrenta no âmbito dos Municípios, ocasionando ainda a permanência de ações sobrepostas, descontínuas e sem efetividade.

Um entrave importante diz respeito à dificuldade da política quanto à inclusão dos usuários da assistência, seja pela ausência de ações integradas com as demais áreas ou pela falta de definições quanto a padrões de qualidade dos serviços prestados. O pouco acúmulo de conhecimentos sobre a população-alvo da assistência, bem como de suas necessidades, apresenta-se como outro entrave, assim como as questões referentes às indefinições no financiamento sem garantias orçamentárias, favorecendo a ausência de critérios claros para os repasses.

Yasbeck, ao se referir ao “sujeito que pouco conhecemos e que devemos descobrir”, problematiza:

Marcados por um conjunto de carências, muitas vezes desqualificados pelas condições que vivem e trabalham, enfrentando cotidianamente o confisco de

seus direitos mais elementares, buscam na prestação de serviços sociais públicos, alternativas para sobreviver (2003, p. 83-84).

A questão da descentralização introduz uma problemática um tanto controversa, pois, ao mesmo tempo em que vem se constituindo enquanto um processo relevante instituído a partir da Constituição, apresenta pontos polêmicos enquanto operacionalização dela mesma, ao ser constatado que “descentralização não implica redução ou não-responsabilização da esfera federal, não pode ser a pulverização das ações de assistência social” (YAZBECK, 2001, p. 49). Por outro lado, a descentralização também é defendida dentro do ideário neoliberal, compondo o trinômio juntamente com a privatização e a focalização. Neste ideário o entendimento é traduzido como “mero repasse de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, que configuram o setor público não-estatal [...]” (BEHRING, 2003, p. 248). Para Pereira (1996), se a descentralização não promover uma efetiva redistribuição de poder e de recursos financeiros, esta poderá trazer mais benefícios às elites do que ao povo. Muitos esquemas de descentralização que vem sendo experienciados em diversos países estão revelando o desmantelamento dos direitos sociais sacramentados, reorientando os gastos públicos em favor dos setores produtivos, promovendo a seletividade na cobertura da proteção social, acarretando o descompromisso com as necessidades sociais.

A assistência social defronta-se, ao discutir a abrangência dos direitos, com o binômio da seletividade *versus* universalidade. Segundo Boschetti (2003), muitas interpretações equivocadas e limitadas têm sido feitas ao restringir os direitos assistenciais ao mínimo necessário para a sobrevivência humana, atrelando esta

discussão à pobreza absoluta¹⁸. Em relação à universalidade, a autora aponta que a mesma deve assumir dois sentidos: garantir o acesso aos direitos assistenciais a todo o universo demarcado pela LOAS, ou seja, a todos aqueles que estão dentro das categorias, critérios e condições estabelecidos por ela; e articular a assistência às demais políticas sociais e econômicas, fazendo com que esta não esgote-se em si mesma.

Reconhece-se a importância e o avanço significativo que a Lei Orgânica da Assistência Social representa; no entanto, também se acentuam as dificuldades na efetivação da política enquanto direito de cidadania e componente da Seguridade Social. Os entraves acima explicitados mesclam-se com os avanços na condução da política, tais como: o dever do Estado e a garantia de direito ao cidadão no acesso e utilização da assistência social, e a transformação desta em direito reclamável; o rompimento com concepções de cunho paternalistas e clientelistas; a instituição do Benefício de Prestação Continuada – BPC aos idosos e deficientes, embora enquanto programa de transferência de renda apresenta-se ainda parcial e limitado; a referência de mínimos sociais como direito de todos (PEREIRA, 1988).

A descentralização prevista com a primazia do Estado na condução da política e o comando único em cada esfera de governo também demarcam avanços no campo da assistência. A gestão compartilhada com a sociedade civil, através da relação construída com os conselhos paritários, da realização das conferências e dos fóruns, reforçam e intensificam as formas de participação, de planejamento e controle por parte da sociedade na gestão e execução da política.

¹⁸ A discussão sobre as Necessidades Humanas Básicas encontra-se em Pereira (2000).

Um dos entraves a considerar na implementação da LOAS diz respeito ao enfrentamento da assistência quanto ao caráter conservador que sempre lhe foi atribuído. A falta de parâmetros públicos na condução da política devido ao seu histórico, agrava sua execução, pois o modelo existente trabalhava na lógica da não realização de direitos. As ações ainda são executadas com base no focalismo, restringindo a abrangência da política aos mais pobres entre os pobres. A dificuldade de inclusão social dos usuários diz respeito também a falta de intersetorialidade entre as políticas, que ao articularem-se pouco, descaracterizam o previsto na legislação, reforçando a histórica fragmentação nas ações na condução das políticas sociais.

O debate atual reitera que a assistência social enquanto política expressa na LOAS tem um papel inegável. Apesar dos entraves, a legislação representa uma referência para o campo da assistência, pois ao reconhecê-la, se promove uma relação crítica com a mesma, anteriormente desconhecida no debate da Assistência Social. Com a LOAS, a assistência social deixou de ser *uma não questão* que não despertava interesses opostos para se transformar em *uma questão*, oportunizando sua inclusão na agenda política do país (PEREIRA, 1988).

Difícil tarefa, plena de ambigüidades, tem sido enfrentada neste campo. Ao mesmo tempo em que a LOAS representa os avanços já mencionados, a inserção do Brasil em programas baseados no ideário neoliberal revela processos desarticuladores e de retração dos direitos sociais, sob a determinante pressão dos interesses financeiros internacionais.

No estado brasileiro, o neoliberalismo chega ao final dos anos 1980 por dois caminhos. No campo econômico, pela negociação da dívida externa através da aceitação dos condicionantes, das políticas e reformas impostas, de corte liberal. No campo político, pela adesão crescente por parte das elites econômicas e políticas brasileiras ao novo ideário liberal. Esta opção estratégica de corte neoliberal retirou quase todo o espaço de exercício das políticas públicas, trazendo para o país uma herança pautada pela concentração de renda e pelas imensas desigualdades sociais. Como consequência, verifica-se o aumento significativo da denominada “dívida social” determinada pelo aumento das carências do povo brasileiro e pela diminuição de recursos para políticas públicas do tipo social (FIORI, 1997).

O neoliberalismo ganha maior legitimidade no Brasil com os governos de Fernando Henrique Cardoso, que em nome desse ideal propunha a modernização do Estado brasileiro e a promessa de entrada do país no mundo moderno (WAINWRIGHT, 1998). Tal modernização previa propostas que responderiam às exigências trazidas pela globalização, e pregavam o combate à inflação, à privatização, à desregulamentação, ao pluralismo ou solidariedade, à parceria entre Estado e sociedade, à flexibilização das relações de trabalho, a macroeconomia monetarista e uma legislação anti-sindicalista.

Os defensores das correntes minimalistas do Estado relutaram à concepção da assistência como direito, pois não aceitavam a idéia de o pobre deixar de ser mero cliente para se transformar em cidadão, com direito de receber, reclamar e escolher a proteção social pública (PEREIRA, 1996).

A Reforma de Estado proposta pelo governo FHC, ou melhor, a “Contra-Reforma” na argumentação de Behring (2003), remete o cidadão de direitos à tradicional e conservadora relação de cidadão - cliente, dificultando a concretização dos preceitos constitucionais, trazendo inúmeros entraves para a Seguridade Social Brasileira¹⁹.

O período de 1994 a 2002, sob o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, revelou no campo da assistência social ações marcadas pela seletividade e pela focalização em situações específicas²⁰. Estas opções não contribuem para a redução das desigualdades, acabam por fortalecer a exclusão do acesso dos demandatários da política aos programas. Programa como o Comunidade Solidária articula ações paralelas de favorecimento aos Municípios que pertencem aos currais eleitorais do Governo através de ações compensatórias, e também retira a assistência social das pautas nacionais de definições políticas, procurando instituir a volta à concepção de assistência residual direcionada para um patamar de pobreza denominada de severa e profunda (PEREIRA, 1996).

A normatização da política de assistência social teve sua primeira versão, ao final do ano de 1997, com a aprovação no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) da Norma Operacional Básica – NOB. Em 16/12/1998, foi aprovada nova norma – a NOB 2, juntamente com o Plano Nacional da Assistência Social, sendo que a mesma foi republicada no Diário Oficial da União em 16/04/1999, pois

¹⁹ As conseqüências da contra-reforma do estado para a seguridade brasileira serão abordadas mais adiante neste mesmo capítulo.

²⁰ Uma análise cuidadosa desse período encontra-se nos estudos de Boschetti (2003), onde a autora também apresenta uma quantidade de dados quanti e qualitativos a respeito da política de assistência social durante o governo FHC.

ampliava o prazo para os Municípios e Estados se adequarem às alterações previstas na Norma quanto à implementação da política.

O atual governo, do Presidente Lula, propõe na IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003, a construção coletiva de um Sistema Único de Assistência Social – SUAS, a fim de juntamente com o Plano Nacional da Assistência Social compor o Sistema Descentralizado e Participativo da política. Tal proposta foi aprovada neste Fórum, desencadeando um amplo debate nos Municípios e Estados brasileiros no empenho da construção do Sistema.

A Política Nacional de Assistência Social, em vigência hoje no país, foi aprovada pelo CNAS, em 15/10/2004, e a proposta final da NOB atual foi aprovada pelo Conselho em julho de 2005.

Segundo documento elaborado em parceria do CNAS e Ministério de Desenvolvimento Social, a nova concepção de assistência social como direito à proteção social, direito à seguridade social apresenta duplo efeito:

[...] o de suprir sob dado padrão pré-definido um recebimento e o de desenvolver capacidades para maior autonomia. Neste sentido ela é aliada ao desenvolvimento humano e social e não tuteladora ou assistencialista, ou ainda, tão só provedora de necessidades ou vulnerabilidades sociais. O desenvolvimento depende também de capacidade de acesso, vale dizer da redistribuição, ou melhor, distribuição dos acessos a bens e recursos, isto implica incremento das capacidades de famílias e indivíduos (BRASIL, 2004, p. 12).

Constata-se, na proposta, o compromisso do atual governo em entender a assistência social como um pilar do Sistema de Proteção Social Brasileiro²¹ no âmbito da Seguridade Social. Para tanto, é apresentada como opção de construção da política, a análise da realidade brasileira, fundamentada “num certo modo de olhar e quantificar a realidade”, a saber: uma visão social inovadora; uma visão social de proteção; uma visão social capaz de captar as diferenças sociais; uma visão social capaz de entender as necessidades da população bem como suas potencialidades e uma visão social capaz de identificar forças, e não fragilidades que as diversas situações de vida possuam (BRASIL, 2004).

Outra inovação na Política Nacional é que a mesma se configura na perspectiva socioterritorial, ou seja, reconhece na capilaridade dos Municípios a dinâmica que processa o cotidiano das populações,

ao tornar visíveis aqueles setores da sociedade brasileira tradicionalmente tidos como invisíveis ou excluídos das estatísticas – população em situação de rua, adolescentes em conflito com a lei, indígenas, quilombolas, idosos, pessoas com deficiência (BRASIL, 2004, p. 12).

O atual governo vem demonstrando esforços na busca da implementação da Política Nacional de Assistência Social, promovendo debates que incluem os diversos Municípios e Estados do Brasil. No entanto, o país segue vivendo sob a égide do neoliberalismo. As políticas sociais permanecem sofrendo cortes e ajustes em suas formas de financiamento, repercutindo muito pouco em alterações para a

²¹ Para melhor detalhamento do Sistema de Proteção Social proposto pelo atual governo, consultar documento intitulado Política Nacional de Assistência Social - MDS/CNAS; dez-2004.

população desfavorecida, ampliando precariamente suas formas de atendimento²². A crise nas políticas sociais exige uma redefinição quanto à subordinação destas às políticas de estabilização da economia.

Constata-se que décadas de clientelismo e de exercício da cultura de favores contribuem, e muito, para manter os entraves que emperram o protagonismo e a emancipação das classes subalternas e as mudanças necessárias para a implementação da política de assistência social, conforme previsto legalmente. Para tanto, a sociedade brasileira vêm construindo recursos jurídicos, institucionais e políticos que necessitam ser articulados e exercidos pelo conjunto da sociedade na busca da efetivação de uma sociedade democrática.

2.2 A SAÚDE COMO POLÍTICA SOCIAL: DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA À CONSTITUIÇÃO DE 1988

A política de saúde, enquanto modelo de proteção social, componente da Seguridade Social tem uma história recente, reconhecida somente a partir da Constituição de 1988. No Brasil, desde os anos 1930, com o aparecimento dos direitos sociais aos cidadãos brasileiros, o sistema de saúde transitou entre os modelos denominados de sanitarismo campanhista ao modelo médico-assistencial privatista²³.

²² Consultar site do Ministério do Desenvolvimento Social. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/estatisticas/analise_comparativa.pdf>, onde é apresentada uma análise comparativa de programas de proteção social - 1995 a 2003.

²³ Neste estudo não iremos nos deter a este período da história. Para maiores dados ver Mendes, 1994.

O caráter de política pública, universalizante, nasce com a Constituição Cidadã, fruto de embates e lutas travados por diversos atores sociais na sociedade brasileira e, se materializa a partir de 1990, com a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080 e 8.142, como veremos mais adiante neste capítulo.

Com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista ao final dos anos 1970, o qual trazia em seu bojo vários problemas, principalmente por excluir do atendimento parcelas expressivas de sujeitos, o que não alterava a qualidade de vida da população, nos anos 1980 tem-se a implementação do projeto neoliberal no Brasil e, conseqüentemente o aparecimento de um modelo para o campo da saúde, que respondia às suas exigências – denominado por Mendes (1994) de modelo “hegemônico” ou “projeto de saúde articulado ao mercado” na denominação de Bravo (2000).

O modelo econômico excludente pautado pelo receituário neoliberal articulava um conjunto de respostas a uma determinada parcela da população brasileira que não se integrava no sistema econômico e político, através de políticas sociais compensatórias.

As políticas compensatórias reconhecem e legitimam diferentes graus de cidadania, mantendo as desigualdades sociais. No campo da saúde houve a necessidade de ser desenvolvida uma proposta de atendimento de baixo custo para os setores excluídos do modelo médico-privatista. Segundo Mendes, traduzem-se por

formas alternativas encontradas pelo Estado para resolver a contradição que existe entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento de seus custos num quadro de ajuste fiscal (1994, p. 26).

Nesse período, as ações traduziam-se pelo entendimento reducionista da atenção primária seletiva, através da execução de programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência para grupos de risco. Diante de tal realidade, abrem-se espaços na sociedade brasileira, tanto políticos quanto institucionais para uma disputa de projetos no campo da saúde. O novo projeto, denominado pelo autor de contra-hegemônico, vem atender às exigências da reforma sanitária no Brasil (MENDES, 1994).

A partir de então, desenvolve-se uma luta tensa e constante entre os dois projetos no plano político, ideológico e técnico, uma vez que o modelo hegemônico responde ao ideário neoliberal, enquanto o contra-hegemônico visa atender a conformação da reforma sanitária brasileira.

A década de 1980 apresentou para o Brasil alguns paradoxos. Ao mesmo tempo em que a democracia se instalava no país com o fim dos anos de ditadura, esse processo não deixou de conviver com o conservadorismo tão arraigado em nossa sociedade. As lutas e conquistas que deixaram marcas pelos caminhos vividos no momento da Assembléia Constituinte, e conseqüentemente com seus desdobramentos no texto constitucional, encontram-se pouco materializadas na vida da população.

No entanto, foi um período marcado por momentos de intensa participação da sociedade que buscava instituir em seu cotidiano o exercício democrático (BRAVO, 1996; MENDES, 1994).

Nesse contexto, no campo da saúde, surgem novos sujeitos dispostos a contribuir na discussão das condições de vida da população brasileira, influenciando as decisões das políticas governamentais para o setor. Além dos profissionais da saúde representados por suas entidades, também entram em cena o movimento sanitário tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)²⁴ como veículo de difusão no debate em torno de temas como saúde e democracia. Os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais somaram-se aos demais na construção da Reforma Sanitária (BRAVO, 1996).

Segundo a autora:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2000 p. 109).

Em março de 1986, em Brasília, ocorre o evento que se constituiu num marco para a política de saúde no Brasil: a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

²⁴ Instituição criada em 1976 a partir da iniciativa de filiados do então Partido Comunista do Brasil (PCB).

O amplo processo democrático acentuou o evento, que contou com a participação de aproximadamente 4500 pessoas, sendo que 1000 foram delegados resultantes das conferências também realizadas anteriormente nos Estados e Municípios. Representou um marco para a saúde ao ampliar as discussões referentes à política, antes restrita a alguns fóruns específicos, para o conjunto da sociedade. A Conferência traduziu, para o campo da saúde, não só a criação de um Sistema Único, mas também a Reforma Sanitária²⁵.

Para Mendes, a Reforma Sanitária pode ser conceituada como:

[...] um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (1994 p. 42).

Acrescenta o autor três aspectos fundamentais, portanto, da Reforma Sanitária: o conceito abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e como um elemento estratégico para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, através da implementação do Sistema Único de Saúde (MENDES, 1994).

A realização da VIII Conferência foi seguida pelo processo Constituinte e pela promulgação da Constituição Brasileira de 1988. Período em que se acentuavam as

²⁵ Consultar Relatório Final da VIII Conferência de Saúde, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, 1997.

promessas de afirmação e ampliação dos direitos sociais, ao mesmo tempo em que se convivia no país com o agravamento das desigualdades sociais, decorrentes da crise econômica, política e social vivenciada em um período de pleno desenvolvimento do ideário neoliberal.

No campo da saúde, o processo constituinte serviu de disputa política entre dois blocos, o legitimado pelos grupos empresariais (representantes dos hospitais – setor privado e os das indústrias farmacêuticas multinacionais) e o representado pelas forças defensoras da Reforma Sanitária (constituindo-se por mais de duzentas entidades representativas do setor saúde).

O resultado dessa arena de disputas e negociações culmina com o texto constitucional onde grande parte das reivindicações do movimento sanitário foi atendida, em contraposição aos interesses privados e conservadores presentes na sociedade brasileira.

2.2.1 O campo da saúde na Constituição de 1988: possibilidades e limites

São inegáveis os avanços que a política de saúde obteve a partir da Constituição de 1988. Apesar das disputas entre os defensores do projeto hegemônico, o resultado foi positivo para os que lutavam por uma alteração no campo da saúde, demarcando as correlações de forças presentes na sociedade. Na Carta Magna, a saúde é definida como direito de todos e dever do Estado tendo suas definições, diretrizes e competências expressas nos artigos 196, 197, 198, 199

e 200. O ordenamento legal buscava corrigir iniquidades através da ampliação de direitos aos cidadãos brasileiros.

Aspectos fundamentais incorporados na Constituição podem ser vistos através de avanços como a incorporação da saúde no sistema de seguridade social, dando uma conotação mais ampla ao sistema ao somar ações distributivas às tradicionais práticas contributivas executadas pela previdência social; o conceito de saúde ter sido entendido numa perspectiva de articulação com as políticas sociais e econômicas; a saúde ser vista como direito social derivado do exercício de uma cidadania plena; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes da descentralização, com atendimento integral e participação ativa da comunidade; e a consideração dos serviços e ações de saúde como de relevância pública (MENDES, 1994; PEREIRA, 2002).

Nem todas as demandas defendidas pelo movimento sanitário foram atendidas no texto constitucional. A falta de clareza no que se refere ao financiamento do novo sistema foi um ponto a considerar, assim como a indefinição quanto aos medicamentos no que se refere à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. Outro aspecto importante diz respeito à saúde do trabalhador, ao deixar indefinido seus direitos ao recusarem-se a trabalhar em locais insalubres, bem como de obterem informações sobre a toxicidade de produtos que são obrigados a manipular (BRAVO, 2000).

A mesma autora, ao analisar o processo da política de saúde durante a década dos anos 1980 e início dos anos 1990, emite uma avaliação ao considerar determinados avanços que se expressam por:

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e da universalização do atendimento; da redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde; da descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e da execução dos serviços no âmbito local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), depois Sistema Único de Saúde, passo mais avançado na reformulação administrativa do setor (BRAVO, 2000, p. 111).

Por outro lado, Mendes (1994), ao fazer sua avaliação dos anos 1980, considera os avanços na Constituição, porém pondera que houve a consolidação do projeto neoliberal hegemônico da saúde, caracterizando-o como uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista. Afirma que “por baixo do estridente e aparentemente consensualizado significante da reforma sanitária construiu-se, competentemente, o projeto conservador da saúde” (MENDES, 1994 p. 50).

O início dos anos 1990, período de intensas modificações no campo da saúde, é marcado pela instituição de um novo arcabouço jurídico da política, o qual buscava através de leis ordinárias aplicar o previsto na Constituição de 1988.

A saúde, enquanto componente do Sistema de Seguridade Social Brasileira, se constitui na primeira política a regulamentar o previsto na Constituição. Atribui-se a essa conquista a intensa mobilização dos trabalhadores do setor e dos movimentos sociais que lutavam por uma reforma na área, marcando mais uma vez

a necessidade de mobilizações e embates em torno da execução da política de saúde para o país.

A partir da Constituição Federal fica determinado no campo da saúde um novo desenho jurídico e institucional. Além das Constituições Estaduais e das Leis Orgânicas Municipais, foram promulgadas as Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano.

Segundo Pereira, a Carta Magna, ao contemplar “avanços polêmicos” para o setor saúde, os trata de forma ampla e genérica, necessitando, portanto, de legislações complementares para sua efetivação.

Esta foi, sem dúvida, a estratégia encontrada pela maioria dos legisladores constituintes para adiar definições políticas cujos impasses poderiam comprometer o andamento do processo de redemocratização do país; mas, também, foi essa estratégia que abriu brechas para que o poder constituído, especialmente o Executivo Federal, se eximisse de responsabilidades quanto à integralização e efetivação do Sistema, sob a alegação de ausência de leis (PEREIRA, 2002, p. 37).

Nesse campo de disputas, no entanto, a Lei 8.080 expressa as conquistas obtidas na Constituição de 1988 e fornece o arcabouço jurídico-legal necessário para dar continuidade à reforma sanitária no país. Incorpora em seu texto a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação econômica e social. Prevê o Sistema Único de Saúde que deverá se desenvolver segundo os princípios da universalidade de acesso aos serviços, integralidade de atenção, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e

descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Em dezembro do mesmo ano, em decorrência da reação de entidades da sociedade civil e da Plenária da Saúde, um acordo foi feito entre o Congresso Nacional e o Governo, resultando na Lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde. A referida lei foi necessária, pois vinha preencher lacunas deixadas na Lei nº 8080, uma vez que vários vetos (vinte e cinco itens ao todo) foram feitos pelo poder executivo principalmente no que dizia respeito ao controle social e ao financiamento para o campo da saúde.

O final dos anos 1980 e início da década de 1990 foi marcado por momentos importantes na sociedade brasileira, determinados por disputas que buscavam afirmar novas propostas para a Nação. Houve momentos de ampla mobilização social da sociedade que buscava a implantação da democracia no Brasil, dando fim ao longo período de ditadura vivenciado no país. A ordem político-econômica definida pela globalização leva o sistema socioeconômico a resgatar a primazia do mercado sobre o Estado. Esse sistema produtivo, gerador de misérias e desigualdades agrava a situação da maioria da população, a nível mundial, quadro que não é exclusivo da realidade brasileira. O cenário é composto pela redefinição do papel do Estado e pelos efeitos perversos da modernização e reestruturação produtiva no país. Dessa forma, questões relativas à miséria e desigualdades é presença constante nos debates dos anos 1990, sendo também a centralidade das reivindicações dos movimentos sociais. Esses lutaram para tornarem-se sujeitos da

história e não mais objetos das políticas sociais, através do resgate de sua civilidade reconhecendo-se capazes de serem interlocutores legítimos de seus direitos.

A Lei Orgânica da Saúde elege o SUS como sua principal referência, colocando toda a política sob sua regência, e articula sua realização com canais institucionais de participação e com mecanismos de gestão democráticos, materializados nos Conselhos deliberativos e paritários de representação descentralizada e participativa entre Estado e sociedade; nas Conferências realizadas periodicamente nas três esferas governamentais, que avaliam a política e recomendam ações para os anos seguintes; no Órgão gestor, com comando único em cada unidade da federação, responsável pela formulação e gestão da política e dos planos de saúde; e, pelo Fundo especial, que aloca recursos financeiros específicos para financiar as ações do campo da saúde (PEREIRA, 2002).

No entanto, o ideário neoliberal disseminado no mundo capitalista, fortalece a lógica baseada na competitividade privada, centrada no mercado em detrimento das satisfações coletivas das necessidades sociais. Essa lógica colide com os princípios e diretrizes propostas a partir da Constituição Federal para o campo da seguridade social inviabilizando sua efetivação, pois o sistema previsto apresenta como referência a universalidade de acesso, a descentralização, a participação e a garantia de direitos sociais a toda a população brasileira.

Dessa forma, na saúde também ocorreram dificuldades quanto à operacionalização da política. Foi necessária a criação de Normas Operacionais Básicas do SUS, editadas pelo Governo Federal para efetivar tal operacionalização.

A NOB-SUS n° 1, criada em 1991, mantém o conservadorismo na política, ao tratar os gestores estaduais e municipais como meros prestadores de serviços. A NOB n° 2, de 1993, fruto de um intenso processo de mobilização por parte dos sanitaristas descontentes com a demora da implantação do SUS, prevê a implementação do processo de gestão descentralizada do sistema ao repassar diretamente aos Municípios os recursos financeiros e ao legitimar a autonomia destes enquanto gestores de suas políticas (PEREIRA, 2002; BRAVO, 2001).

A NOB-SUS 01/96, publicada no Diário Oficial da União, através da Portaria GM/MS, de 06/11/96, avança no processo de municipalização do setor saúde e, embora com as dificuldades referentes ao financiamento do SUS, foi implantada somente no início de 1998. Permite o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais necessários por meio das formas de gestão propostas e caracteriza as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo como principal operador da rede de serviços do SUS o Sistema Municipal de Saúde, permitindo aos usuários ter visibilidade dos responsáveis pelas políticas públicas que determinam o seu estado de saúde e condições de vida.

No entanto, a NOB enfatiza um caráter focalizador e desarticulador da política. Propõe os Programas de Saúde da Família (PSF) e os Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com clara orientação à atenção básica desarticulada da atenção secundária e terciária, apresentando a “divisão do SUS em dois: o hospitalar (de referência) e o básico – através de programas focais” (BRAVO; MATOS, 2001, p. 209). Logo, a proposição expressa na legislação legitima a divisão

do SUS em duas partes, ou seja, a existência de um sistema para os que podem pagar pelos serviços de saúde – de referência e outro – o básico, focalizado nos pobres.

Por último, foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, através da Portaria Ministerial Nº 95, de 26 de janeiro de 2001, ampliando as responsabilidades dos Municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e Municípios.

Dessa forma, concorda-se com a denominação que Behring (2003) utiliza para definir a privatização na área da saúde como “induzida”, ou seja, priorizam-se hoje os direitos à saúde como um direito ao consumidor ao invés da ênfase ser dada ao direito social.

Percebe-se, portanto, que, apesar dos avanços no arcabouço jurídico para o campo da saúde nas últimas décadas, pouco tem se verificado quanto à efetivação desses direitos previstos na legislação na vida da maioria da população do país.

A efetivação do modelo hegemônico na saúde, principalmente nos anos 1990 – de orientação neoliberal – têm contribuído para a lentidão da implantação do SUS, conforme projeto idealizado e definido pela Reforma Sanitária Brasileira.

O modelo em vigência no país, que apresenta oposição ao ideário proposto pela Reforma Sanitária e, portanto, ao SUS, vem recebendo diversas denominações segundo alguns estudiosos: modelo médico-assistencial privado, privatista, projeto neoliberal da saúde ou até mesmo hegemônico (PEREIRA, 2002; BRAVO e MATOS, 2001; MENDES, 1994). Sua principal característica é vista como uma forma de imprimir nova roupagem ao antigo modelo médico-assistencial privatista, vigente até os anos 1970 no país.

Tal modelo apresenta-se estruturado em três subsistemas, quais sejam, o de alta tecnologia, o de atenção médica supletiva e o público²⁶. Tais subsistemas “têm lógica de estruturação distintas, complexidades ideológicas diversas, clientela discriminadas, interlocutores políticos diferenciados e modos de financiamentos próprios” (MENDES, 1994, p. 59).

Para o autor, desde a década de 1980, o campo da saúde vem sendo atingido por influência do projeto neoliberal, tendo as políticas sociais sofrido fortes consequências de três de seus pilares básicos: a privatização, a descentralização e a focalização.

Sem dúvida, esse projeto neoliberal mudou a qualidade do setor privado e criou um subsistema privado forte e de baixa regulação pelo Estado - o da atenção médica supletiva - que se consolidou através de sua autonomização do sistema público, seja na forma de financiamento [...] seja na lógica de expansão, que se dá pela perda de qualidade do subsistema público, provocando a expulsão, para esse subsistema privado, de contingentes crescentes da população, seja na definição das clientela, onde o subsistema público passa a ser o *locus* de atenção aos grupos “de baixo” (MENDES, 1994 p 59).

²⁶ Para maiores detalhes sobre cada subsistema, consultar Mendes (1994).

Esse modelo defende a mercantilização dos bens públicos do setor saúde, ao permitir que o mercado exerça o papel de principal agente regulador. Dessa forma, os princípios da universalização e da incondicionalidade propostos pelo SUS ficam comprometidos. Também a descentralização, nesse caso, vincula-se a ofertas de mercado e visam à privatização dos bens e políticas públicas, descaracterizando as práticas democráticas previstas na Constituição.

A existência de subsistemas de saúde público e privado remete à descaracterização da universalidade de acesso a todos os cidadãos aos serviços de saúde, reforçando certo dualismo nesse campo. Os serviços públicos passam a ser a opção para quem não pode pagar pela oferta do mercado, e a atenção médica supletiva aparece como a oportunidade às camadas da população mais privilegiadas, garantindo cada vez mais a ampliação desse subsistema. Desta forma, rompe-se com outro propósito da Constituição de 1988, ao referir que a saúde para todos é um direito que independe de contribuição financeira, ferindo o preceito da equidade.

Segundo Mendes (1994), a incorporação ao sistema público de segmentos mais carentes gera o denominado “universalismo excludente”, ou seja, um sistema com modalidades assistenciais discriminatórias para os pobres caracterizados por práticas históricas que refletem a refilantropização dos atendimentos.

2.3 AS LEIS DAS POLÍTICAS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E DA SAÚDE EXPLICITADAS NOS SERVIÇOS MUNICIPAIS DE ATENDIMENTO: GARANTIA DE ACESSO A DIREITOS SOCIAIS?

Verifica-se, então, que o campo da saúde no Brasil possui características semelhantes ao campo da assistência social em sua trajetória enquanto componentes do sistema de seguridade social brasileiro. Apesar dos avanços conquistados por estas políticas em seus arcabouços jurídicos percebe-se que, após a inscrição dos direitos sociais previstos nessa legislação, na prática, a realidade tem demonstrado ações calcadas em práticas discriminatórias para a maioria da população, legitimadas pelo Estado, de não garantia desses direitos, descaracterizando a cidadania plena aos brasileiros.

Quadro 3 – Princípios e Diretrizes da Lei nº 8.142 e Lei nº 8.080

Identificação da Lei	Princípios	Diretrizes
<p>LOAS (8.142) Artigos 4º e 5º</p>	<p>I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade; IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão” (BRASIL, 1993).</p>	<p>Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes: I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo; II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis; III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo (BRASIL, 1993).</p>

<p>SUS (8.080) Artigo 7º</p>	<p>I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II- integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV- igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V- direito à informação, às pessoas assistidas sobre a sua saúde; VI- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII- participação da comunidade;</p> <p>IX- Descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) Ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X- Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na geração de serviços de assistência à saúde da população; XII- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.</p>	<p>São as mesmas previstas no art. 198 da CF As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado pelas seguintes diretrizes: I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais III- participação da comunidade.</p>
---	---	--

O processo de análise documental nesse estudo nos remete aos objetivos do mesmo, o que se percebe a partir da identificação nas legislações em análise com os projetos dos serviços de atendimento da rede municipal de assistência social e de

saúde de Porto Alegre, a consonância dos princípios e diretrizes e o cumprimento ou não dos direitos à seguridade por estes serviços.

Conforme descrito no quadro 1, o Serviço de Atendimento Social de Rua/Casa de Convivência, ao apresentar seus objetivos, demonstra a intenção quanto ao cumprimento do previsto na legislação da assistência social. Tanto no objetivo geral quanto nos específicos, esses se encontram em sintonia com os princípios da LOAS, ao tratar o usuário como sujeito de direitos, acolhendo-o tanto no espaço da rua quanto da Casa, garantindo acesso aos serviços disponíveis, esclarecendo-o e encaminhando-o sobre os recursos existentes na rede de atendimento. No que se refere às diretrizes, percebe-se que o Município de Porto Alegre, com a implantação da sua rede de serviços, no caso da abordagem de rua e casa de convivência, cumpre com a diretriz da descentralização político-administrativa. Quanto à participação da população na formulação e no controle das políticas (diretriz II), o Serviço em análise apresenta em seus objetivos específicos a garantia de espaços que incentivem o processo de organização dos moradores em situação de rua, através das assembléias realizadas na Casa de Convivência, assim como nos espaços grupais que ocorrem na própria rua. Em relação aos princípios da Lei nº 8.080 (do I ao VI), embora os objetivos expressos pelo Serviço busquem o cumprimento dos mesmos, na análise das entrevistas realizadas nesse estudo, percebe-se entraves. Os preconceitos para com as pessoas em situação de rua, e em especial, com os “loucos de rua”, revelam ainda a presença de uma cultura conservadora que dificulta o direito desses usuários a ter acesso à rede de atendimento em saúde, ferindo o previsto legalmente.

A rede de abrigagem e albergagem da FASC (Abrigos Marlene e Bom Jesus e Albergue Municipal), descrita no quadro 2, da mesma forma que a análise anterior, vem buscando cumprir com a legislação em estudo. Observa-se expresso em seus objetivos a supremacia do atendimento ao usuário, proporcionando com as ações previstas na rede de proteção especial de alta complexidade, o suprimento de necessidades básicas, assim como a retomada de um projeto de vida para esse usuário. A busca permanente em articular as ações da assistência social com as demais políticas, traduz a luta pela universalização dos direitos sociais, possibilitando e facilitando o acesso dos moradores em situação de rua a rede de atendimento disponível. Quanto ao acesso à política de saúde, verifica-se a presença de um objetivo específico na rede de abrigagem, onde acompanhamentos e encaminhamentos ao Sistema Único de Saúde fazem parte da rotina diária dos serviços, pontuando da mesma forma já mencionada na análise acima, a importância em destacar os entraves ainda encontrados no direito de acesso universalizado à população em situação de rua. A política de assistência social permanece sendo a porta de entrada para o usuário, quase sempre debilitado em suas condições de saúde, tanto físicas quanto mentais, tornando-se fundamental para o mesmo no que diz respeito à inserção deste nas demais políticas.

2.4 A SAÚDE MENTAL: CONSIDERAÇÕES ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A loucura é um fenômeno que se expressa nas sociedades desde o início da história da humanidade. Aceita pela sociedade da Idade Média, enclausurada e rechaçada na Idade Moderna, foi se manifestando ao longo dos séculos de maneiras

diversas. O objetivo neste texto não passa pela análise da história da loucura²⁷, mas pela sua manifestação no final do século XX, no que diz respeito ao movimento específico da Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos no Brasil.

No pós-guerra do século XX, as críticas ao modelo psiquiátrico encontraram um terreno fértil. Se a loucura tendia a escapar das tentativas de circunscrever-se por uma dada disciplina, retornando enquanto interrogante, no pós-guerra, com a reorganização política, econômica e institucional, os hospitais psiquiátricos passam a ser alvo da atenção pública, comparados aos campos de concentração. Ocorreu a reorganização da Assistência Médica e, naquele contexto, o questionamento acerca da ética e da cidadania balizou o estabelecimento do “direito à saúde”. Esses fatos influenciaram decisivamente os caminhos das instituições implicadas com o trato da doença (SILVA, 2004).

A reestruturação do modelo hospitalocêntrico se fez necessária, questionando-se a garantia dos direitos humanos e a possibilidade da reinserção social de seus internos, o que resultou na formulação de uma política de “humanização” do atendimento e do próprio espaço hospitalar. A preocupação com o isolamento dos pacientes e com a terapêutica desenvolvida dentro dos hospitais conduz às terapêuticas extra-hospitalares. O paciente, o meio social em que vive e trabalha e a comunidade hospitalar passaram a ser considerados elementos de um sistema que interage entre si. As experiências de comunidades terapêuticas na Inglaterra, o modelo preventivista nos Estados Unidos e, mais tarde, a desinstitucionalização na Itália, são frutos desse repensar a terapêutica da doença

²⁷ Ver Foucault - A História da Loucura. SP, Perspectiva, 1987.

mental. As estratégias preventivistas conviveram com o internamento, sendo no final do século XX, questionadas em seu mandato e poder.

Surgiu um campo novo, o campo da Saúde Mental, interdisciplinar, social, plural. Legitimou-se a presença de diferentes profissionais, disciplinas e, especialmente, saberes, entre os quais se inclui, finalmente, o saber daquele que sofre. Desde esse novo campo, a Reforma Psiquiátrica pode ser pensada para além das práticas que lhe deram origem, ampliando-se em um movimento social transformador, nomeado no Brasil, ora de movimento da Saúde Mental Coletiva, ora de Luta Antimanicomial (SILVA, 2004).

Esse Movimento vem sendo expresso desde o final dos anos de 1970 na sociedade brasileira. A Reforma Psiquiátrica define-se como um processo social e não somente um ato administrativo, pois envolve a sociedade como um todo na luta pelas transformações no campo da saúde mental.

Segundo Amarante, a Reforma Psiquiátrica apresenta como objetivos e estratégias o questionamento acerca do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Representa “uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura da redemocratização” (2000, p. 87).

O movimento da Reforma inicia com o surgimento de “um novo ator”, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual tem importante papel neste processo, tanto na redefinição de questões teóricas quanto na

organização de novas práticas. Este movimento, composto por profissionais de diversas categorias profissionais, fundamenta-se na reflexão e crítica acerca do *status quo* psiquiátrico buscando, através de sua organização política, modelos de não-institucionalização da loucura nos moldes tradicionais e conservadores. Apresenta propostas de experiências desinstitucionalizantes, fundamentadas no lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Nesse período dos anos 1980, diversas experiências inovadoras acontecem. Foram criados os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), houve a intervenção pública na Casa de Saúde Anchieta, no Município de Santos, fechando as portas do hospital psiquiátrico e criando uma rede de serviços aberta e substitutiva para os pacientes que lá se encontravam, entre outras tantas ações que representavam a busca de superação do modelo hospitalocêntrico. Porém, as reflexões apontadas por Desviat (1999), sobre esse período no Brasil, referem que essas experiências foram pontuais, de “caráter conjuntural”.

Na década de 1990, o processo da Reforma Psiquiátrica conta com maior apoio, tanto político, quanto técnico e populacional. O contexto brasileiro era marcado por um período de transição política, onde a sociedade civil buscava uma maior articulação entre si, visando superar os vinte anos de ditadura vivenciados no país. A recessão econômica crescia, favorecendo o aumento das desigualdades sociais. As transformações no campo da saúde estavam sendo propostas desde a Constituição de 1988, e nesse contexto recessivo, aumentava a necessidade por parte da população de serviços sanitários.

Foi um período em que diversas denúncias ocorreram quanto às condições de vida nos manicômios, atingindo grande parte da opinião pública como também o Poder Legislativo. Esses fatos geraram uma questão de caráter político na sociedade, levando a uma certa urgência quanto à emergência de uma nova proposta para a política de saúde mental brasileira.

Dessa forma, no campo jurídico foi apresentado, no ano de 1989, o projeto de Lei nº 3657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT), que propunha a proibição em todo o Brasil de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e dos convênios ou financiamentos estatais de novos leitos psiquiátricos privados. Mais tarde, no início da década de 1990, Estados como o Rio Grande do Sul, Ceará e Pernambuco foram pioneiros na aprovação de leis psiquiátricas progressistas, que propunham a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos e estabeleciam procedimentos para a salvaguarda dos direitos dos doentes mentais, regulamentando a internação involuntária.

No entanto, esse debate da legislação foi bastante polêmico, envolvendo diversos setores influentes no processo da Reforma. Em 14/06/1994, através de um decreto do Ministro da Saúde, foi criada a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Tal Comissão foi composta por representantes de usuários e familiares da saúde mental, profissionais da área, Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, titulares da Associação de Hospitais Privados, Associação Brasileira de Psiquiatria e do Movimento de Luta Antimanicomial e tinha por objetivo aprofundar as implicações que o projeto de lei Paulo Delgado propunha.

Esses debates extrapolam as questões legais, transcendendo as discussões também para o campo prático, para o repensar do modelo de atenção à saúde.

A originalidade brasileira está na forma de integrar no discurso civil, na consciência social, a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir, e também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais (DESVIAT, 1999, p. 150).

Em novembro de 1990, em Caracas, ocorre um encontro dos países ibero-americanos, onde um documento é produzido aprovando um projeto de reforma psiquiátrica para a América Latina e Caribe. A “Declaração de Caracas” estabelece princípios, objetivos prioritários e linhas estratégicas que apontem para a necessidade de promoção de recursos terapêuticos e de um sistema que garanta respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com distúrbios mentais. A proposta previa a superação do modelo de hospitais psiquiátricos por modalidades de atendimento na própria comunidade de origem do doente; a atualização legislativa e a sensibilização da sociedade como um todo quanto à necessidade de mudanças no campo da saúde mental.

Em dezembro de 1992, ocorre, em Brasília, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, esta sim legitimada em um amplo debate nacional, onde 500 delegados representando os mais diversos Municípios do país estiveram presentes. A Conferência buscava um consenso para a definição de objetivos, princípios e estratégias para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

Em decorrência desse momento conjuntural, nesse mesmo ano, a portaria 224/92, do Ministério da Saúde, modifica o sistema de pagamento dos hospitais psiquiátricos e do financiamento de serviços alternativos. Em 1993, através de portaria do Ministério da Saúde 407/92, é criado o critério para funcionamento dos hospitais psiquiátricos, buscando a humanização dos mesmos. Tal portaria previa a proibição do uso de celas de isolamento e a violação de correspondência dos pacientes, garantindo-lhes o direito de receber visitas dos familiares. Também a obrigatoriedade de possuir plantão médico 24 horas nos hospitais psiquiátricos, bem como de existirem equipes multiprofissionais mínimas (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social e auxiliar de enfermagem). Com isso, tais medidas permitiram abrir e financiar um maior número de Centros de Assistência Psicossocial. Em junho de 1993, foi criado o Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH), pela Portaria Ministerial 63/93. O grupo tinha como objetivo realizar supervisões sistemáticas aos serviços, criando mecanismos de avaliação, controle e fiscalização, incorporando diferentes categorias profissionais nesse processo, bem como usuários e familiares (DESVIAT, 1999).

Percebem-se várias conquistas e avanços no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No entanto, como aponta Amarante (2000), três problemas merecem destaque e reflexão: primeiro, apesar do surgimento de serviços alternativos, deve-se atentar para a qualidade dos mesmos, uma vez que a ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional é lenta e o fato dos serviços serem abertos não garantem uma natureza não-manicomial; segundo, a participação de usuários e familiares por si só não garantem o processo democrático, pois muitas

vezes pode ocorrer o processo de manipulação desses por parte de setores e grupos contrários à reforma; e o terceiro, diz respeito ao pequeno avanço na alteração do modelo psiquiátrico tradicional asilar, apesar das legislações terem sido alteradas e da intensa participação social no processo.

No ano de 2000, a Portaria 106/00 do Ministério da Saúde, cria os Serviços Residenciais Terapêuticos; em 2001, a Lei Federal nº 10.216/01, dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e em 2002 a Portaria 336/02 estabelece a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II e III), conforme quadro a seguir:

Quadro 4 – Legislação da Política de Saúde Mental no Brasil – anos 1990/2002

1990	Lei nº 8080	Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde.
Novembro/1990	Declaração de Caracas	Propõe um projeto de reforma psiquiátrica para a América Latina e Caribe.
07/agosto/1992	Lei nº 9.716	Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no RS.
1992	Portaria 224/92	Modifica o sistema de pagamento dos hospitais psiquiátricos e do financiamento de serviços alternativos.
1993	Portaria 407/92	Cria critérios para funcionamento de hospitais psiquiátricos - proíbe o uso de celas de isolamento, de violação de correspondência dos pacientes e da obrigatoriedade de permissão de visitas aos usuários.
Jun/1993	Criação do GAPH (Grupo de Avaliação e Acompanhamento dos Hospitais Psiquiátricos)	Supervisão sistemática aos hospitais psiquiátricos através da avaliação, controle e fiscalização.
2000	Portaria 106/00 e alterações da Portaria 175/01	Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos.
2001	Lei Federal 10.216/01	Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil.
2002	Portaria 336/02	Institui a nova classificação dos CAPS I, II e III (Centros de Atenção Psicossocial).

Fonte: Elaboração e sistematização da pesquisadora.

Segundo Amarante (1998), estudos apontam que a prevalência de transtornos mentais na população brasileira está estimada em 20%, sendo que os transtornos de ansiedade e fóbicos são as patologias mais freqüentes, juntamente com o uso e dependência de álcool.

[...] é importante ressaltar que a mudança no perfil sócio demográfico da população brasileira (envelhecimento populacional, aumento da população urbana), o agravamento das condições socioeconômicas e a conseqüente queda na qualidade de vida permitem haver uma tendência de aumento das taxas de prevalência dos transtornos mentais da população, nos próximos anos e décadas, caso não ocorra uma efetiva intervenção em nível das políticas socioeconômicas e do setor saúde (SÁVIO in AMARANTE, 1998, p. 199).

No final dos anos 1990, a avaliação feita pela equipe diretiva da Saúde Mental do Ministério da Saúde considera que a rede de atendimento dos serviços de saúde que respondam às necessidades da população ainda era “insatisfatória, ineficaz e ineficiente”, apresentando ainda o hospital psiquiátrico um papel hegemônico no conjunto de serviços (SÁVIO, *in* AMARANTE, 1998).

Porém, ao mesmo tempo em que as práticas conservadoras persistem, há de se reconhecer, também, inovações no campo da saúde mental.

Experiências inovadoras na rede de atendimento permitem a criação de recursos assistenciais e comunitários que considerem a convivência com as diferenças e com o respeito ao direito de cidadania dos portadores de sofrimento psíquico. A ampliação do atendimento de emergências e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, as mudanças previstas na nova legislação, as alterações no financiamento que favorecem o custeio de serviços ambulatoriais permitem a criação de novas modalidades de atendimento; a ampla divulgação das condições ruins de

atendimento dos serviços favorece a sociedade um repensar que busque a uma mudança de paradigma em relação à loucura, juntamente com a crescente participação de usuários e familiares da saúde mental nesse movimento (SÁVIO *in* AMARANTE, 1998).

A busca pela mudança de concepções no trato da loucura encontra, portanto, embasamento nas discussões a respeito da Reforma Psiquiátrica, iniciada desde a metade do século passado, conforme já mencionado anteriormente.

O Estado do Rio Grande do Sul buscou, pioneiramente no Brasil, implementar essas mudanças através da Lei nº 9.716, de 07/08/1992, de autoria do Deputado Marcos Rolim (PT). A citada lei dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, onde determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. Também se encontra na Lei a obrigação do Estado para com os usuários que perderam o vínculo com seus familiares e que se encontram desamparados, no sentido de garantir-lhes atenção integral e sempre que possível, integrá-los à sociedade através das políticas comuns da sua sociedade de origem.

Sabe-se que já se passaram mais de dez anos e que diversas mudanças ocorreram no campo da saúde mental. No entanto, é necessário reconhecer que a implementação desse novo paradigma de saúde enfrenta muitas resistências e dificuldades, representando poucos avanços ao longo desses anos. As resistências

refletem as conseqüências vividas por uma sociedade como a nossa, que convive tão ironicamente com o “velho” e com o “novo”, como se fosse natural essa convivência, sem que rupturas bruscas tivessem que ocorrer.

A reinserção social do portador de transtorno mental tornou-se objeto de constante discussão no novo modelo de atenção: buscar o retorno à sua comunidade e ao convívio social é fundamental nesse processo. Porém, o sujeito que aprofundaremos neste estudo refere-se a uma parcela dessa população de usuários portadores de transtornos reconhecidos por “loucos de rua”. Estes são os que não contam mais com seus familiares perto de si. Pertencem ao universo da rua, onde o espaço público se privatiza, concretizando em seu mundo a marca do abandono e da destituição de qualquer garantia de direitos. O Estado que então deveria assumir sua proteção social, deixa a desejar, negando a estes sujeitos a condição de cidadania previstas e expressas nas diversas leis existentes. O cotidiano das ruas das cidades revela esse cenário.

2.4.1 A legislação e o CAPSCAISMental8: explicitação de direitos?

O estudo da legislação comparado à configuração da proposta de atendimento no Município de Porto Alegre pode ser feito a partir da análise do quadro nº 5.

Quadro 5 – Legislação Estadual e Federal: novo modelo de atenção à saúde mental

Lei Estadual Nº 9.716, de 07/08/1992	Lei Federal Nº 10.216, de 06/04/2001.
<p>Art. 1º - Com fundamento em transtorno em saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade, sem o devido processo legal nos termos do art. 5º, inc. LIV, da Constituição Federal.</p> <p>Parágrafo único - A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internando formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.</p>	<p>Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.</p>
<p>Art. 2º - A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.</p>	<p>Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:</p> <p>I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;</p> <p>III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;</p> <p>IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;</p> <p>V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;</p> <p>VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;</p> <p>VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;</p> <p>VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;</p> <p>IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.</p>
<p>Art. 3º - Fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e</p>	<p>Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos</p>

<p>financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais.</p>	<p>portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.</p>
<p>Art. 8º - Os recursos assistenciais previstos no artigo 2º desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis de Governo, de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, sendo competência dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde a fiscalização do processo de substituição dos leitos psiquiátricos e o exame das condições estabelecidas pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, para a superação do modelo hospitalocêntrico.</p>	<p>Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.</p> <p>§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.</p> <p>§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.</p> <p>§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.</p>
<p>Art. 9º - A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades socioculturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.</p>	<p>Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.</p>
<p>Art. 12 - Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado, para sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.</p>	<p>Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:</p> <p>I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;</p> <p>II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.</p>

Fonte: elaboração da pesquisadora a partir da análise documental das legislações.

O quadro apresenta através de alguns artigos das respectivas leis, a relação entre o que foi previsto nessas e o que está sendo planejado e executado no serviço de saúde mental referido por esse estudo.

Ao analisar a experiência do CAPSCAISMental 8, pode-se observar que o mesmo foi criado no sentido de cumprir com o previsto a partir da Lei nº 9.716/92, que previa a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede integrada de serviços aos que padecem de sofrimento psíquico, adequando-se, também, à concepção descrita pela lei federal nº 10.216/2001. Entre seus princípios e diretrizes, reafirmam-se o paradigma da Reforma Psiquiátrica, apresentando consonância com as legislações acima citadas, onde o sujeito atendido se caracteriza por um cidadão de direitos que não deverá sofrer nenhuma forma de discriminação.

O cuidado pela garantia dos direitos dos usuários portadores de transtornos mentais é evidenciado no cotidiano do serviço. A promoção e a reabilitação do sujeito fazem parte do plano terapêutico construído com o mesmo, visando sua reinserção social. Quando a necessidade de uma internação hospitalar fizer parte do atendimento ao usuário, percebe-se que os direitos assegurados nas leis referidas são observados, pois a parceria prevista com o Ministério Público é respeitada pelo Serviço, executando os procedimentos exigidos para a realização de internação compulsória.

No entanto, encontram-se lacunas no cumprimento do previsto nas legislações. A constituição da rede de atendimento prevista na Lei nº 9.716/92 apresenta muitas deficiências. O número de serviços substitutivos criados na cidade

de Porto Alegre ainda é muito pequeno para dar conta da demanda posta para a cidade. No que se refere ao atendimento para os “loucos de rua”, percebe-se a precariedade na oferta, ficando os mesmos restritos a intervenções pontuais, conforme já descrito neste estudo, sem ao menos constar nas rotinas e planejamento dos serviços existentes na rede de saúde, com exceção do CAPSCAISMental 8. Apesar de a legislação vedar a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (art. 4, parágrafo 3º), esta alternativa ainda é muito utilizada pelos serviços da rede de atendimento ao não encontrarem outra opção para encaminharem os moradores em situação de rua.

A fala de uma trabalhadora de um abrigo aponta e reafirma essa ação caracterizando-a como um retrocesso presente nas políticas em execução: “... eles continuam lá com seu sofrimento, com seu isolamento, com sua exclusão dentro dessas entidades que nem sempre são adequadas, prendem as pessoas lá dentro, ficam com seu BPC (benefício de prestação continuada), enfim, tiram as pessoas da visão dos outros que não querem ver...” (Trabalhadora 4).

Dessa forma, percebe-se um contexto contraditório presente também no campo da saúde mental, aonde as inovações, os avanços vão esbarrando cotidianamente nas velhas formas de funcionamento da política social, ainda calcada em ações pontuais e conservadoras, como iremos constatar no capítulo a seguir através da pesquisa empírica realizada nesse estudo.

3 O CAMINHO METODOLÓGICO: DESVELANDO O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA O “LOUCO DE RUA” EM PORTO ALEGRE

A pesquisa constitui-se no caminho para a descoberta de novas formas de compreender, explicar e propor alternativas viáveis para as políticas sociais. Ela é um instrumento potente para que os profissionais da área social, e em particular os assistentes sociais, consubstanciem suas propostas de intervenção.

Pela forma com que as respostas, no campo da política social, foram sendo construídas, conforme a revisão teórica desta dissertação, a pesquisa se impõe como forma de contribuir na perspectiva de consolidar e ampliar o acesso a direitos sociais no Brasil, compromisso esse que está explicitado no Código de Ética dos Assistentes Sociais (1993).

O compromisso com a população em situação de rua e especialmente com os “loucos de rua” construiu a proposta para o mestrado e esta pesquisa pretende apontar para elementos que sejam incorporados pelos trabalhadores e gestores no caminho da construção de um mundo inclusivo, no patamar de sociabilidade digna, para todos.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Pesquisar implica na busca constante da indagação e da descoberta da realidade. Significa uma aproximação permanente dessa realidade, articulando a teoria e os dados empíricos. Para Minayo, “[...] é uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente (2000, p. 23)”. A Pesquisa Social, para a autora, só poderá ser entendida levando-se em conta todas as contradições e conflitos que permeiam seu caminho, ao entendê-la como mais abrangente do que uma só disciplina. [...] a realidade se apresenta como uma totalidade que envolve as mais diferentes áreas do conhecimento e também ultrapassa os limites da ciência (2000, p. 27).

O presente estudo é realizado a partir de uma pesquisa do tipo qualitativa fundamentada no método dialético-crítico. Esse método de investigação científica tem por base a marca da totalidade. O caráter abrangente que parte de uma perspectiva histórica, cerca o objeto do conhecimento através de suas mediações e correlações, e pontua a riqueza e a propriedade da dialética marxista para a explicação do social. A dialética, enquanto método de abordagem do real esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação (MINAYO, 2000).

Para Prates, o processo investigativo no método dialético-crítico contempla “[...] o equilíbrio entre condições subjetivas e objetivas, o movimento contraditório de constituição dos fenômenos sociais contextualizados e interconectados à luz da

totalidade e a articulação entre dados quantitativos e qualitativos, forma e conteúdo, razão e sensibilidade” (2003, p. 124).

A pesquisa do tipo qualitativa fundamentada no método dialético-crítico propicia uma abordagem que favorece o contato direto do pesquisador com o sujeito pesquisado. Aproximando-o dos fatos a serem analisados, ou seja, da realidade social concreta, delinea o compromisso do pesquisador com o tema em estudo, avançando na problematização para propor a superação e transformação dessa realidade.

O presente estudo foi desenvolvido através das seguintes etapas:

Pesquisa documental:

- Revisão dos referenciais teóricos sobre o assunto em pauta, propiciando ao pesquisador o contato direto com o que já foi escrito, dito ou filmado sobre o assunto. A pesquisa bibliográfica, para LAKATOS E MARCONI (2002), “[...] propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (p.71).
- Estudo dos projetos e documentos escritos existentes no Município de Porto Alegre, vinculados aos órgãos públicos, que objetivam o atendimento a população em estudo, ao todo são cinco projetos (Atendimento Social de Rua/Casa de Convivência, Albergue Municipal, Abrigo Marlene, Abrigo Bom Jesus e CAISMental8), assim como da legislação brasileira que trata das políticas de saúde

e assistência social (Leis nº 8.080 e nº 8.142) e da reforma psiquiátrica no Estado do RS e Brasil (Leis nº 9.716/92 e nº 10.216/2001). Estes dados serão trabalhados na perspectiva de sua análise frente à legislação vigente, buscando identificar os pontos de aproximação bem como os de negação de direitos, visando responder aos objetivos específicos 1 e 2, bem como às questões norteadoras 1, 2 e 4 deste estudo. A técnica da pesquisa documental apresenta como característica a coleta de dados a documentos escritos ou não, constituindo o que se denomina fontes primárias (LAKATOS E MARCONI, 2002).

Pesquisa empírica:

Nesta etapa foram entrevistados os trabalhadores envolvidos tanto no gerenciamento quanto na execução dos programas de atendimento a população em situação de rua com sofrimento psíquico, bem como os gestores municipais da área da Saúde e Assistência Social, totalizando uma amostra de 12 pessoas (10 trabalhadores e dois gestores). A amostra inicial previa a entrevista a três gestores, que constituíam a totalidade de gestores dessas políticas no período estudado, mas um dos gestores não respondeu as tentativas de contato da pesquisadora.

Justifica-se a escolha dos sujeitos entrevistados pelo fato do estudo buscar a análise da execução em si das ações desenvolvidas pelas políticas de assistência social e saúde que prestam atendimento ao morador em situação de rua com transtorno mental, a partir do ponto de vista de quem está executando e sendo gestor das mesmas, não envolvendo nessa pesquisa empírica o portador de transtorno mental (usuário das políticas).

A pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (LAKATOS E MARCONI ,2002, p. 83)

As entrevistas neste estudo foram do tipo semi-estruturada, ou seja, aquela que trabalha com questões abertas. Segundo Minayo, “[...] onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador” (2000, p. 108).

A fase da coleta de dados apresenta elevada importância. Para Prates, é nela em que

[...] vamos estabelecer relações, observar e escutar sujeitos e articular suas expressões, aos seus contextos, suas histórias e aos conhecimentos que acumulamos ao longo das etapas anteriores de nosso estudo. Vamos buscar apreender a vida, o movimento da realidade. A qualidade das relações e dos vínculos que conseguirmos estabelecer, a postura, o modo como nos aproximamos à linguagem que utilizamos, o modo como nos apresentamos e dirigimos nosso olhar são elementos essenciais para o sucesso das abordagens que vamos realizar (2003, p.136).

A pesquisa qualitativa, ao definir a amostra, não apresenta como preocupação fundamental um critério numérico. Segundo Minayo, “[...] uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (2000, p. 102).

A amostra definida para a realização das entrevistas que foi utilizada nesse estudo foi a de dois trabalhadores por projeto, perfazendo um total de dez sujeitos de cada política de atendimento; o critério escolhido foi definido pelo trabalhador

mais antigo e pelo mais novo no Serviço. Quanto aos gestores, foram entrevistados tanto um gestor da política de saúde como o da política de assistência social (uma entrevistada – por ser a mesma pessoa que estava nos dois períodos escolhidos para a amostra) do Município de Porto Alegre, que ocuparam esse cargo no período de 1997 a 2004. Justifica-se tal escolha de período pelo fato de que foi a partir do ano de 1997 que os projetos analisados iniciaram algum tipo de ação que referisse o atendimento ao sujeito portador de transtorno mental em situação de rua.

A pesquisa foi realizada com o intuito de responder ao seguinte problema:

Problema de pesquisa

Como se materializa a garantia de direitos ao morador em situação de rua portador de transtorno mental, no campo da Assistência Social e da Saúde no Município de Porto Alegre?

Para enfrentar o problema de pesquisa foram elencados como objetivos e questões norteadoras desse estudo:

Objetivo Geral:

- Identificar as lacunas e possibilidades de atendimento ao morador em situação de rua portador de transtorno mental na área da Seguridade Social, no intuito de contribuir com subsídios para o aprimoramento dessa cobertura.

Objetivos Específicos:

1 - Analisar os programas e projetos de atendimento no campo da Assistência Social e da Saúde de responsabilidade do poder público na cidade de Porto Alegre que atendam o morador em situação de rua com transtorno psíquico, com vistas a identificar os possíveis espaços de acesso a esses sujeitos;

2 - Comparar as propostas encontradas nos programas de atendimento com o previsto na legislação envolvida (leis do SUS, LOAS, da Reforma Psiquiátrica do RS) de modo a verificar se está sendo garantido o cumprimento dos direitos à seguridade social;

3 - Conhecer as percepções e experiências dos trabalhadores e gestores dos programas analisados no que se refere ao trabalho com moradores em situação de rua que apresentam transtorno mental no intuito de identificar avanços e dificuldades constatados na implementação das políticas;

4 - Contribuir com subsídios que auxiliem na construção e avaliação das políticas públicas de assistência social e de saúde para a qualificação do atendimento dos sujeitos em estudo.

Questões norteadoras:

- Como a legislação brasileira garante o caráter universalizante dos direitos sociais à população brasileira?

- Qual o nível de cobertura do tripé da Seguridade Social que efetivamente pode ser acionado para o atendimento ao morador em situação de rua portador de transtorno mental?
- Qual o nível de visibilidade garantida as populações em situação de rua portadoras de transtorno mental no campo das políticas sociais brasileiras?
- Como as ações de assistência social e saúde mental para o atendimento do morador em situação de rua com transtorno mental se articulam no Município de Porto Alegre?

3.2 A COLETA E A ANÁLISE DOS DADOS

Buscando conhecer e compreender as percepções e experiências foram ouvidos trabalhadores e gestores dos programas analisados nas políticas de saúde e assistência social da PMPA, quais sejam, dos serviços de abrigagem, albergagem e de meio aberto destinado ao atendimento da população adulta em situação de rua da FASC (Abrigos: Marlene e Bom Jesus, Albergue Municipal, Atendimento Social de Rua e Casa de Convivência) , do serviço de saúde da SMS (CAPSCAISMental 8) e os respectivos gestores que se encontravam à frente das políticas em questão no início e no término do período delimitado por esse estudo- 1997 a 2004. Ouviu-se, ao todo, 12 entrevistados, sendo que um gestor do campo da saúde não respondeu ao contato feito pela pesquisadora.

Na presente pesquisa, como já referido anteriormente, foi utilizada na coleta de informações, a entrevista semi-estruturada, que possui como referência um roteiro norteador (Apêndice A e B). Utilizou-se o gravador, obtendo de cada informante a autorização para tanto, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Dessa forma, possibilita-se ao entrevistado que com a oferta de algumas questões, ele possa desenvolver suas idéias com maior liberdade à medida que a entrevista vai fluindo. Primeiramente, foram realizadas duas entrevistas com trabalhadoras dos serviços das duas políticas de atendimento e com uma gestora (do campo da assistência social), a fim de validar o roteiro que estava sendo proposto.

A realização das entrevistas possibilitou, juntamente com o estudo do referencial teórico do tema e com a pesquisa documental, enriquecer a análise dos dados no presente estudo. Segundo Bardin (1977, p. 44), “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”. Portanto, com a utilização desta técnica busca-se conhecer o conteúdo manifesto ou latente, compreendendo criticamente o sentido das comunicações. Acrescenta o autor: [...] “é uma busca de outras realidades através das mensagens” (*Ibid.*, p.44).

A análise de conteúdo segue etapas para o processo de tratamento de dados, quais sejam: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial. A pré-análise constitui-se na organização geral do material, através da chamada *leitura flutuante*. A segunda etapa caracteriza-se pela análise do material e documentos que compõem o *corpus* e é submetida a um estudo mais aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos escolhidos. Nesta etapa realiza-se a

codificação, a classificação e a categorização das categorias iniciais, intermediárias e finais. E, a última etapa-interpretação inferencial se apóia nos materiais empíricos e estabelece as relações e inferências no tratamento dos dados, através da análise e síntese das categorias finais, estabelecendo nexos entre as categorias teóricas, empíricas e do método, possibilitando assim, uma aproximação maior bem como o desvendamento e a interpretação dos fenômenos pesquisados (TRIVINÕS, 1987; BARDIN, 1977).

Para tanto, ao analisar tais entrevistas utilizou-se como referência as categorias de análise (teóricas: explicativas da realidade e do método e as empíricas), conforme a orientação de pesquisa qualitativa fundamentada no método dialético-crítico. São elas:

Categorias Teóricas Explicativas da Realidade:

1) Vulnerabilidade social

O termo diz respeito à vasta parcela daqueles que estão à margem, ou seja, desligados da sociedade. Situa-se no universo dos que foram transformados em sobrantes, inúteis, desabilitados socialmente. Traduz-se na ausência ou fraqueza de proteção em relação aos direitos básicos.

A vulnerabilidade é a condição desfavorável a que estão sujeitos determinadas pessoas ou grupos e que põe em risco sua sobrevivência e estrutura interna. É a condição objetiva da situação de exclusão que aumenta a probabilidade

de um evento danoso à integridade do sujeito ocorrer. O que a identifica são processos sociais e situações que produzem fragilidades, discriminação, desvantagem e exclusão social, econômica e cultural, entre outras formas de desigualdades.

É importante destacar na compreensão desse fenômeno que não é no comportamento ou nos valores do indivíduo que se devem buscar as causas do problema, mas nos processos estruturais amplos da sociedade, como por exemplo, na revolução tecnológica, na flexibilização do trabalho, nas questões culturais, entre outras que articuladas condicionam contextos desfavoráveis à qualidade de vida dos sujeitos.

Os indivíduos ou grupos sociais podem se encontrar em estado de vulnerabilidade por questões econômicas, sociais, culturais ou políticas. Os tipos de vulnerabilidades podem ser próprios do ciclo de vida (crianças, jovens, idosos) ou podem se dar pelas condições de desvantagem pessoal (resultantes de deficiências, perda ou anormalidade da estrutura da função psicológica, fisiológica ou anatômica).

Portanto, a vulnerabilidade é complexa, multifacetária, apresenta fronteira diluída entre uma situação de vantagem e de desvantagem (BRASIL, 2003).

2) Cidadania

[...] capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto, historicamente determinada (COUTINHO, 2000, p. 50).

3) Política Social

Caracteriza-se por um campo de espaço contraditório, onde há lugar para a defesa da democracia e do acesso via categoria direito social e também como espaço de controle da população (COUTO, 2004). A juridificação do campo da política social, no Brasil pós 1988, segundo a autora, constrói um aparato que “aponta na perspectiva da cidadania e da autonomia do sujeito” (*Ibid.*, p. 45).

Do método dialético-crítico:

1) Historicidade:

A historicidade significa o reconhecimento da processualidade, do movimento e da transformação do homem, da realidade e dos fenômenos sociais. Significa que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser apreendidos por cortes históricos (PRATES, 2000).

2) Totalidade:

é mais do que a reunião de todas as partes, significa um todo articulado, conectado, onde a relação entre as partes altera o sentido de cada parte e do todo. A totalidade concreta não é um todo dado, mas em movimento de autocriação permanente, o que implica a historicização dos fenômenos que a compõe (*Ibid.*).

3) Contradição: pode ser entendida como “uma negação inclusiva, onde as partes envolvidas são dependentes em termos de significados (nega, mas não exclui o oposto, há sim, a luta e a unidade dos contrários)” (*Ibid.*).

Categorias empíricas - definidas a partir da análise das entrevistas:

- 1) Exclusão social/participação;
- 2) Trabalho intersetorial/fragmentação;
- 3) Cultura conservadora/ nova concepção de política;
- 4) Vínculo/ruptura;
- 5) Direito de acesso, de escolha, de ir e vir, de participar, de ser reconhecido como sujeito, à proteção/ negação de direitos.

A análise do conteúdo da pesquisa nos permite perceber que as diversas categorias aqui referenciadas se interligam no desvelamento do cotidiano, materializado pelas falas dos sujeitos entrevistados. No tratamento destinado a esta análise, pode-se classificar as diversas falas tendo sempre presente o movimento dialético que as perpassa, onde as categorias encontradas não são em nenhum momento estáticas.

Analisando as entrevistas com os trabalhadores dos serviços, observa-se que ao se referirem à categoria política social, trazem a questão dos direitos como balizador de uma nova concepção de política (aparecendo em 9 das 12 entrevistas), ao mesmo tempo em que mencionam a presença ainda muito marcante de uma cultura conservadora, calcada em ações assistencialistas e imediatistas:

Acho que os anos 1980 e 1990 neste país tiveram um forte avanço nas políticas sociais, em função da participação dos movimentos sociais. [...] mas acho que a cada momento histórico a gente vai tendo avanços e retrocessos e a Assistência sempre foi vista dentro dos governos como aquela que as outras políticas não dão conta, então, ela tem que dar conta como um fim em si mesmo (Trabalhadora 1).

A política de atenção em saúde mental está alicerçada nos princípios do SUS. A ética que norteia nossas ações está baseada em princípios tais como direito à livre expressão, suposição de saber do sujeito sobre seu sofrimento e a liberdade para escolhas, sem que com isto deixe de responsabilizar-se como cidadão de direitos e deveres. É uma política cuja direção visa à superação da lógica manicomial, lógica esta baseada na exclusão do sujeito tanto da sociedade quanto da sua própria condição de existência (Trabalhadora B).

A cultura conservadora sustenta ainda, segundo dois dos entrevistados, uma visão “higienista” presente na sociedade, ao exigir dos serviços de atendimento uma resolutividade imediata para a questão dos moradores em situação de rua que, na visão desses, precisam ser retirados da sua vista:

... se está trabalhando porque e pelo que? Para tirar esses loucos da frente dos outros que não querem ver, para que as pessoas não se preocupem mais. A gente está pensando em resolver um problema da loucura, do louco, da pessoa que está em sua casa, como é que é isto? (Trabalhadora 4).

Ainda ao se referirem à política social, outra categoria que aparece com frequência marcante é a historicidade, uma vez que os trabalhadores mencionam a difícil tarefa de construção dessa nova concepção de política em suas caminhadas. Uma mudança de concepção que rompa com a cultura conservadora tão arraigada na sociedade brasileira exige “uma caminhada muito grande” (Trabalhadora 1), ou “de superação da lógica manicomial” (Trabalhadora 2). Para uma gestora, a processualidade, o movimento foi se desenhando conforme a política ia sendo implantada: “[...] os programas novos, eles eram da rede de assistência social e se

contrapunham ao antigo, os funcionários novos que entraram, entraram para essa nova política [...]” (Entrevistada 3).

As falas dos entrevistados revelam que apesar dos avanços encontrados no campo da legislação a partir dos anos 1988, as políticas sociais ainda estão em fase de consolidação desse processo de uma mudança de concepção. É muito presente nas respostas da pesquisa o atrelamento ainda da assistência social às ações pontuais e imediatas, de cunho assistencialista e ineficaz, ou até mesmo, “voltada para amenizar situações adversas” (Trabalhador 9). A garantia de direitos é tratada como uma questão individual, de satisfação de necessidades básicas e de direitos a “quem precisar ou querer” (Trabalhador 7). As questões encontradas na pesquisa empírica podem ser relacionadas ao que Pereira (1996), refere a respeito da política de assistência social transitar entre duas modalidades: *stricto sensu* e *lato sensu* (tema já apresentado no capítulo 2 deste estudo). Considerar a assistência como uma política de direito, ou seja, percorrer o caminho da concepção de assistência *lato sensu* intenta por recriar a dialética entre o econômico e o político.

A noção de cidadania caracterizada nas entrevistas remete para a problematização de questões que os “loucos de rua” vivenciam em suas relações cotidianas de enfrentamento nas ruas. O uso do espaço público como espaço privado e a forma de apropriação dos meios de produção em uma sociedade capitalista são retratados nesta colocação de uma entrevistada:

... do ponto de vista dela, quem estava infringindo normas do convívio pessoal eram aquelas pessoas que paravam para olhá-la enquanto realizava uma tarefa privada do cuidado de si, mesmo que no espaço público. [...] Cidade e pedra, espaços demarcados pela lógica do tempo e da produção. O tempo e o espaço, na psicose, por exemplo, pode ser outro,

diferente deste que construímos baseado em concepções que levam a dizer que cidadão é aquele que produz, os outros são dejetos, inadequados, loucos... (Trabalhadora 2).

Na visão de outro trabalhador (10), a cidadania é atrelada à questão do voto e do exercício de direitos: “se a gente for analisar esses usuários, embora tivessem direito à cidadania, poucos exercem este direito, a maior parte deles nem votam e quem acaba votando é a sociedade...”.

Percebe-se que a noção explicitada na entrevista fica atrelada a uma visão reducionista de cidadania, diferentemente da que define Coutinho (2000), conceito apresentado nesse estudo como categoria teórica. A possibilidade de apropriação por todos, dos bens socialmente produzidos em uma sociedade, não aparece como alternativa para os moradores em situação de rua na visão do entrevistado, pois nem ao menos os considera como parte dessa sociedade, negando sua participação e direito de acesso enquanto sujeito de direitos, definindo-os como alguém que está fora dessa sociedade, o que reforça o processo de exclusão social e de (in)visibilidade social a esses sujeitos.

A presença da categoria trabalho intersetorial é bastante freqüente nas entrevistas, aparecendo em todas as respostas dos trabalhadores. Atribuem para si a tarefa de buscar a integração de seu campo de atuação com as demais políticas sociais, reforçando o exercício de ações interdisciplinares e intersetoriais como fundamentais na execução das políticas de atendimento, assim como o reconhecimento alcançado pelo trabalho ao buscar esta integração. Também remetem para as políticas sociais essa tarefa, constatando, muitas vezes, a ineficiência das mesmas em proporcionar a articulação interinstitucional. No caso

dos trabalhadores da assistência social, culpabilizam os gestores por não defenderem uma posição mais firme quanto às atribuições da política:

A política de assistência não está sendo eficiente... ela não está conseguindo articular com alternativas, as outras estão se omitindo e ela está assumindo, aí ela não consegue. Existe política que só faz o que quer... a assistência tem dificuldade em dizer não e por abraçar demais não consegue ter uma maior eficácia (Trabalhador 6).

Outro sentimento forte expressado por parte dos trabalhadores entrevistados (4 de 9) é o de pouca qualificação para o trabalho com pessoas portadoras de transtorno mental que vivem nas ruas. Remetem tal discussão à falta de suporte para lidar com os mesmos bem como para encaminhá-los na rede de atendimento: “... nós não temos preparo para lidar com eles, eles até nos assustam um pouco, como também não temos nenhum suporte para encaminhá-los durante a noite...”(Trabalhador 10).

O reconhecimento da política de assistência social enquanto direito do cidadão e dever do Estado ainda é incipiente, apesar do discurso legal se fazer presente na sociedade brasileira a partir da Constituição Federal de 1988. Os longos anos de atraso vividos pela política de assistência onde o Estado ficava desincumbido da responsabilidade de responder as demandas da questão social, geraram retrocessos marcantes nas ações desenvolvidas pela política. O sentimento de subalternidade e de desqualificação profissional expresso pelos trabalhadores da assistência nas entrevistas fazem parte dessa história construída a partir de ações fragmentadas e sobrepostas desenvolvidas nos Municípios brasileiros ao longo dos anos.

De outra parte, na fala das gestoras há o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos funcionários no sentido de estarem construindo conhecimento a partir das suas ações cotidianas, reconhecendo também, as lacunas existentes na formação oferecida nas universidades:

a formação dos profissionais e das políticas públicas não propicia uma cultura de integração das áreas... outro problema é a questão da fragilidade dos profissionais das instituições em lidar com problemas sociais que cada vez são mais graves... existe a dificuldade em conseguir tecnologia social, conhecimento técnico para intervir nas situações de vulnerabilidade social, então na rua existe problemas graves que as pessoas não sabem intervir e que não existe um conhecimento na universidade voltado para essa realidade. Quem tem esse conhecimento na prática, tem que produzir o saber a partir do cotidiano (Entrevistada 3).

A valorização pelo trabalho intersetorial também aponta para o crescimento que ocorreu entre os trabalhadores nos serviços ao terem que aprender a executar o atendimento embasado em uma nova concepção de política de direitos para o morador em situação de rua: “a rede de assistência teve que apreender a pau e corda com as dificuldades que foram encontrando ao lidar com essa população” (Entrevistada 3). Acrescenta mais adiante: “a fragilidade estava no acesso à política de saúde”, referindo-se que essa política apresentava certas limitações, como por exemplo, a “política de balcão”, ou seja, para quem procura o serviço é prestado atendimento, porém aos usuários portadores de transtorno psíquico que estão nas ruas esse atendimento fica a desejar, uma vez que os mesmos não se dirigem aos serviços existentes na rede.

Dessa forma, constata-se que o princípio da universalidade defendido pelo Sistema Único de Saúde apresenta-se falho na sua execução. As entrevistas revelam que a maioria dos serviços de atendimento no campo da saúde não

apresenta a disponibilidade para atender o morador em situação de rua com transtorno mental, não o reconhecendo como usuário dos serviços.

A questão do direito de acesso, de proteção e de ser reconhecido como sujeito esbarra na contradição dada pela negação de direitos. Apesar do sistema de proteção social em Porto Alegre vir se constituindo ao longo dos últimos anos com base na legislação que prevê esse direito de acesso dos cidadãos às políticas sociais, o cotidiano ainda encontra limites quanto à sua execução. Conforme observado na análise documental desse estudo, a rede de atendimento no campo da saúde ainda é muito restrita no que diz respeito ao usuário em situação de rua, principalmente o portador de transtorno psíquico, não fazendo registro nem mesmo nos seus planejamentos dos serviços, com exceção do CAPSCAISMental 8.

Os trabalhadores da área da saúde acabam por reconhecer tal lacuna ao referirem que os serviços não estão funcionando de forma integrada, onde cada local trabalha muito diferente do outro ou, até mesmo, ao se referir aos retrocessos na execução da política, de citar a “ausência de investimentos” no campo da saúde e demais áreas, que não criam projetos consistentes de inserção social para esses usuários. Na fala da gestora (Entrevistada 8) aparece que, enquanto governo municipal, não foi dada a essa problemática da rua a dimensão necessária, ficando “um jogo de empurra” entre as políticas, atribuindo à saúde e à assistência social esta responsabilidade, inclusive de responder às pressões internas de governo bem como as dos meios de comunicação e da sociedade em geral.

Por outro lado, a experiência de criação do Programa de Saúde da Família sem Domicílio (PSF Rua) foi lembrada pela mesma gestora como um avanço na intersectorialidade dentro da rede de atendimento, assim como, na fala de uma das trabalhadoras a mesma experiência foi definido como um retrocesso:

Seria um território mais diversificado, dirigido mais ao centro da cidade e que exigiria mais da equipe, pois teriam que se locomover até onde às pessoas estavam e não esperar que as mesmas chegassem até a unidade de saúde... Foi a primeira iniciativa em nível de Brasil que contratou agentes comunitários que eram ex-moradores de rua, eram pessoas que tinham experiência e vivência de rua e isto fez diferença na capacitação das equipes de saúde da família que ingressaram na mesma época... (Gestora 2).

O PSF Rua é uma forma de excluir eles da rede, no momento que se direciona especificamente para os usuários da rua, a gente retira essas pessoas do cenário comum. Os moradores de rua, assim, não estão mais espalhados pelos diversos postos de saúde da cidade no atendimento junto com as outras pessoas que tem sua moradia fixa (Trabalhadora 4).

Percebe-se, nessas duas falas, uma das dificuldades na implantação de serviços da rede de atendimento municipal. A necessidade de criação de um modelo próprio de atendimento para uma determinada parcela da população, no caso, dos moradores em situação de rua, acaba por expressar a dualidade da ação: ao mesmo tempo em que busca solucionar uma lacuna para a demanda dos casos de saúde que necessitam ser atendidos na rua também reforça nos serviços já existentes na rede própria, a desresponsabilização dos mesmos para com a população em situação de rua. Da mesma forma em que faz com que esse serviço PSF Rua seja tão vulnerável quanto à população em estudo, ao ter que se constituir com investimentos precários em termos de estrutura física e humana, dependendo, muitas vezes, para a execução de suas tarefas dos recursos disponíveis no Atendimento Social de Rua da FASC.

Ao mesmo tempo, as categorias contradição e cultura conservadora perpassam algumas das falas dos entrevistados, ao reconhecer as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho com moradores em situação de rua que apresentam transtorno mental, quando da necessidade de providenciar uma internação hospitalar a esse usuário devido a seu estado precário de saúde:

Teve um caso, uma situação na rua, um louco de rua que tava com a perna em estado de apodrecimento, quase perdendo a perna, cheio de miíase, a equipe foi até o local, viu que ele tinha que ser encaminhado para um serviço. Aí ficou aquele impasse, quem leva, para onde, quem encaminha? Para a saúde mental ou para a clínica? Porque também tem isso, cada um faz uma parte e nós (abordagem da assistência social) ficamos com o todo, sem que tenhamos de imediato um acolhimento na porta da saúde (Trabalhadora 1).

O trabalho desenvolvido nas ruas exige de quem o executa condições de trabalho que nem sempre são as planejadas e idealizadas pelas equipes, no entanto, a pesquisa demonstra que a categoria vínculo é fundamental no exercício das ações com os “loucos de rua”. Questões que perpassam o cotidiano destes sujeitos, como o característico estado precário de higiene em que se encontram ou até mesmo a presença de um outro “tempo” que define suas relações nas ruas, não podem impedir a aproximação com o usuário. O conhecimento e o entendimento da realidade da rua se tornam fundamentais no estabelecimento de vínculos entre os envolvidos nesse processo, levando-os a superar a lógica institucional que nem sempre reconhece esta necessidade. Percebe-se, na fala de uma entrevistada, a presença dessas questões:

[...] o estabelecimento do vínculo pode levar meses [...]. Procuramos, inicialmente, deixar bastante livre o ir e vir, constituindo um trabalho a partir do que começa a surgir da história e do que podemos perceber de cada um (Trabalhadora 2).

Para um dos trabalhadores do campo da saúde mental o trabalho de clínica na rua representa um avanço nas ações das políticas públicas ao proporcionar maior proteção social a esses usuários através da integração entre os serviços. No entanto, reconhece que existem muitas dificuldades para o exercício dessa ação, pois o vínculo necessário requer um “tempo”, e esse pode não ser o dos profissionais:

Difícil, não é uma coisa fácil, no início era muito chato, chato ir pra rua, eu me sentia também exposto, a gente tinha que ter tempo. Eu tinha um tempo determinado pra trabalhar, depois eu tinha os meus compromissos, às vezes nós extrapolávamos nosso tempo na rua. O ambulatório, a nossa consulta não tem este tempo, era uma disponibilidade que pra mim não era possível, aquilo me incomodava, eu comecei a pedir para não fazer mais abordagens de rua e poder atender o paciente lá no CAIS... Agora depois de passado este tempo, que eu estou te dizendo de um ano e dois meses, este é um caso, de uma experiência de um caso, tem outros também, mas, por exemplo, são quatorze meses, a gente diz que legal esse trabalho, isto foi gratificante e aí vem a recompensa, mas a abordagem de rua, abordar é difícil, a sensação não é boa, não me sinto muito disponível pra esta abordagem (Trabalhador 11).

A execução desse trabalho demarca um sentimento profundo de frustração na maioria dos entrevistados (9 de 12), caracterizando nos seus cotidianos de trabalho uma falta de estímulo para investir nos atendimentos buscando uma certa proteção em suas ações:

Bom eu vejo como um sofrimento para mim porque não vejo uma solução boa, positiva para estas pessoas. No momento, quando eu comecei a trabalhar e me deparava com estas situações eu me doava bastante, doava toda a atenção, me desgastava com isto, e às vezes esbarrava com problemas que não sabia como resolver e pra onde eu vou levar esta minha angústia, e eu não tinha para onde levar... Passei por um tempo assim, digamos de paternalista, de cuidar de tudo daquela pessoa, se tomou banhinho, se comeu, se isto ou aquilo, mas aí eu vi que eu não estava contribuindo para a autonomia dele. Eu me tornei assim mais dura no sentido de não sofrer com eles, eu vejo que fulano é esquizofrênico ou fulano é bipolar, a outra tem outros problemas mentais, mas eu não me sensibilizo tanto com isto, a coisa passa um pouco batida e eu me ligo mais na questão teórica, digamos assim, que doença tem? Qual o diagnóstico? O que realmente tem essa pessoa? (Trabalhadora 4).

Para outros trabalhadores da política de assistência social, a formação do vínculo com o usuário com transtorno mental é fundamental para o andamento do trabalho, trazendo a questão para o reconhecimento do direito à proteção. Relacionam dentro dos serviços a importância dos cuidados diários, até mesmo com as rotinas de higiene e acompanhamento dos usuários, que resulta em um bem-estar aos mesmos, trazendo para as tarefas desenvolvidas pela monitoria essa conquista:

...a gente leva ele no banho, ele tava com sarna, eu passava o remédio nele, a gente tem um cuidado maior, tem uma dedicação, a gente leva ele pra tomar banho todo dia. Até porque isto é função minha, a gente tem um cuidado maior, evita que eles saiam, a gente não tem este poder, mas nós tentamos conversar com eles, olha não sei vamos ficar, vamos conversar, até quando tu vê que ele tá agitado para sair, tu senta, tu brinca, conversa, tenta evitar que ele saia, prender nunca, tenta só evitar que ele saia, a gente tem um cuidado maior com ele. Também acompanha eles no médico, coisa que quem não tem necessidade vai sozinho, mas eles, por exemplo, a gente leva no PAM e fica com eles lá, a gente tem um cuidado maior, quase como uma criança... (Trabalhador 5).

É interessante que na fala dos trabalhadores da assistência há presente o sentimento e o reconhecimento quanto a questão de exercer cuidados básicos à população em estudo. Pode-se remeter tal análise para o histórico da política de assistência social onde ações assistencialistas e pontuais sempre foram marcantes. As alterações dessa concepção conservadora encontram-se ainda no campo contraditório, inclusive nos próprios serviços de atendimento, que em seus objetivos apresentam propostas baseadas em uma nova concepção de política social. Ou seja, ao mesmo tempo em que prevêem estarem em consonância aos princípios e diretrizes previstos na LOAS, permanecem trazendo para si atribuições que reforçam a dependência e a institucionalização dos sujeitos. Ressalta-se que nessa forma de agir fica evidenciado, pelos trabalhadores monitores, uma necessidade de um

tratamento diferenciado aos “loucos de rua”, ao lhe identificarem como sujeitos que não se integram com os demais, necessitando de cuidados especiais.

Por outro lado, na visão de uma trabalhadora da saúde mental reforça a necessidade do reconhecimento desse usuário como cidadão de direitos e deveres, definindo suas ações norteadas em princípios tais como direito à livre expressão, suposição de saber do sujeito sobre seu sofrimento e da liberdade para suas escolhas:

Ser ou estar louco não é em si mesmo condição e justificativa para o enclausuramento e destituição da sua condição de sujeito, tanto no que se refere aos direitos quanto à sua própria vida (Trabalhadora 2).

Entretanto, a fala de um trabalhador da saúde revela certa contradição a essa concepção ao se referir aos usuários da rua como sujeitos tão doentes e que não aceitam que ninguém chegue perto deles, pois “vivem em um mundo à parte”, comparando-os a “bichinhos na rua, acuados”. Ao mesmo tempo reconhece a mudança ocorrida em sua história enquanto trabalhador desse serviço de atendimento: “quando eu estava de fora achava que nada era feito, hoje mudei de opinião” (Entrevistado 11).

A situação de vulnerabilidade social a que estão expostos os moradores em situação de rua com transtorno psíquico é explicitada em todas as entrevistas realizadas, sendo que a fala de uma gestora revela a problemática apontada nos estudos referenciados na revisão bibliográfica e nas vivências com o trabalho nas ruas experienciados por essa pesquisadora, ao reconhecer: “... viver na rua: eu

tenho dificuldade em entender que seja uma escolha, tendo a pensar que essa condição é em si geradora de sofrimento” (Entrevista 8).

A constatação feita por um trabalhador da assistência social reconhece esse estado de vivência de rua de uma outra forma, ao se referir que “eles estão na rua e se mostram muito felizes de estarem vivendo essa liberdade, longe do manicômio”. Admite avanços na proposta da Reforma Psiquiátrica, porém entende que as falhas na criação da rede de serviços a que se propunha está deixando uma árdua tarefa para os serviços do campo da assistência social o que causa o desestímulo no cotidiano de trabalho:

chega um ponto que quando eu comecei a visualizar esta saída da rua e eu percebi que o único lugar que eu estava colocando estas pessoas era nos abrigos da FASC, com atendimento no CAIS Mental8 no máximo, e estes não são locais adequados para estas pessoas. E tu está vendo que tu está tirando da rua para colocar pro teu colega da FASC essa problemática destas pessoas tu já começa a questionar o teu trabalho, tu não está enxergando a saúde, tu não está enxergando uma outra alternativa, uma pensão protegida, tu está fazendo a FASC assumir uma parcela da população que não é só dela, então assim isto começou a me assustar e isto fez eu parar com os acompanhamentos na rua (Trabalhador 6).

As diversas situações enfrentadas pelos “loucos de rua” de negação de acesso aos direitos reforçam o processo de exclusão social e, conseqüentemente, sua participação na sociedade enquanto sujeito de direitos. A falta de visibilidade das políticas sociais a esses sujeitos e a recente inserção dos moradores em situação de rua no planejamento da política de assistência social na esfera federal, por exemplo, retrata o atraso nas políticas quanto ao enfrentamento dessa questão. A multiplicidade de fatores que expressam o processo de exclusão social a essa parcela da população ultrapassa as questões subjetivas dos mesmos retratando outras mais amplas expressas na sociedade, traduzidas na fragilidade do

enfrentamento da questão social numa sociedade globalizada e desigual, de orientação neoliberal.

Ou seja, o campo dos direitos na sociedade brasileira sempre foi marcado por um processo contraditório decorrente da relação de acumulação do capital versus distribuição de renda (Couto, 2004).

A política social necessita, portanto, intensificar sua caminhada em busca de uma visão emancipatória, encontrando respaldo no arcabouço jurídico já construído o qual aponta para a construção da cidadania dos sujeitos. Como refere Couto (2004), a política social deve se constituir enquanto espaço de defesa da democracia e do acesso aos direitos sociais a todos.

Observa-se que o trabalho desenvolvido na rede municipal de Porto Alegre aponta para a superação da lógica conservadora, de exercício de políticas fragmentadas e pontuais, apesar de ainda encontrar muitas falhas na implementação das propostas de atendimento das políticas de saúde e de assistência social. A análise das entrevistas revela as contradições vivenciadas pelos sujeitos envolvidos no cotidiano desse trabalho enquanto trabalhadores e gestores, demonstrando a capacidade e o empenho de todos na construção da história da cidade e na busca pela qualidade dos serviços de atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tecer comentários ao final de um estudo é sempre uma tarefa desafiadora e instigante. Significa perceber que na construção de uma caminhada se faz necessário muitos momentos reflexivos e avaliativos, mas com a obrigatoriedade de dar-se conta que todo processo precisa de um final: final que representa o início desse mesmo processo.

É dessa forma que se expressam os sentimentos e desejos desta pesquisadora enquanto aluna de um programa de mestrado, ao entender que com o término desse estudo, outras tantas possibilidades se desenham nesse universo amplo de discussão acerca da seguridade social para os “loucos de rua”.

O sistema de proteção social no Brasil se constituiu, desde o século passado, calcado em bases frágeis e consolidado segundo a lógica de privilégios para poucos e desproteção para muitos. A lógica do favorecimento e do merecimento demarcou ações assistencialistas e pontuais, gerando na população brasileira o sentimento de ter que ser “merecedor” dessas práticas para ter acesso às “benesses”. A questão do acesso a direitos, portanto, ficou restrita a parcela da população que

correspondia ao perfil dos “clientes” das políticas sociais e que se enquadravam, dessa forma em seus critérios.

Foi somente a partir dos anos de 1980, com a instalação do processo de abertura política no país, do movimento da Constituinte e a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 que mudanças na concepção do sistema de proteção social foram acontecendo na sociedade brasileira.

O reconhecimento das políticas de saúde, de assistência social e da previdência social enquanto componentes do tripé da Seguridade Social significam um avanço para o campo das políticas sociais, afirmados a partir de 1988. Apesar de a previdência social ainda permanecer enquanto uma política contributiva, ou seja, se beneficiam dela somente os cidadãos que contribuem para a mesma, reafirmando um caráter excludente, a política de saúde avança no sentido da universalidade de acesso a todos e a assistência social define enquanto seu público-alvo todos aqueles cidadãos que dela necessitar. As mudanças delineiam avanços e também retrocessos ao longo desses anos.

A falta de articulação entre as três políticas sociais marca presença nesse contexto. Cada uma delas tem seu lugar, ou seja, trabalham em ministérios separados, com orçamentos próprios, demonstrando pouca ou nenhuma articulação entre si.

Os reflexos da condução dessas políticas são percebidos, em nível micro, nos Municípios onde as ações são executadas. Pode-se bem perceber, através da

pesquisa efetuada nesse estudo, de que reflexos se está falando na realidade de atendimento ao morador em situação de rua portador de transtorno mental na cidade de Porto Alegre.

Esse “louco de rua” não está inserido na política de previdência social prevista no país, pois ao compor juntamente com tantas outras parcelas da população, o grupo daqueles considerados excluídos do mundo do trabalho, não possui direito de acesso aos benefícios previdenciários.

Na política de saúde vem buscando sua inserção na rede de atendimento existente na cidade, porém conforme já analisado na pesquisa, ainda muito precariamente, sofrendo reflexos da exclusão social. Ao serem vistos e tratados como sujeitos que não possuem residência fixa não se inserem tão facilmente nos critérios previstos pelo Sistema Único de Saúde através da distritalização e comprovação de residência, apesar da garantia de atendimento estar prevista nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do mesmo.

Na política de assistência social, sua inserção nos projetos de atendimento é bastante recente. Ainda marcada pela concepção conservadora de não reconhecimento desse cidadão como seu usuário, pois ao lhe identificar como sujeitos portadores de transtornos mentais, são vistos como sendo da rede da saúde, apesar dos esforços que vem realizando no Município ao lhe aceitarem em seus serviços.

Percebe-se, ao final do estudo, o movimento de construção de uma concepção de atendimento ao portador de transtorno mental em situação de rua que avance na garantia de direitos e de acesso a uma rede de atendimento no Município. No entanto, também ficam evidenciadas as dificuldades que estão causando entraves para esse avanço, ainda que a cidade de Porto Alegre tenha se constituído no país como referência para o atendimento da população em situação de rua.

Os sujeitos em questão, ou seja, os denominados “loucos de rua” permanecem na (in) visibilidade. Os processos vivenciados por essa população ao longo da história ainda se refletem nos dias de hoje. O rompimento com a lógica da exclusão, marcada por uma cultura conservadora, não foi superado, o que se constatou na análise dos dados da pesquisa. Diversas falas, tanto dos trabalhadores das políticas quanto dos gestores exemplificam esse movimento: apontam a falta de continuidade na implementação das ações, a precária integração entre as políticas, a deficitária destinação orçamentária para o desenvolvimento de projetos voltados para a população em situação de rua, o não reconhecimento do usuário como cidadão efetivo de direitos, entre outros, como entraves importantes na superação do conservadorismo das ações.

Avançar na construção da garantia de direitos e da autonomia dos sujeitos significa, não somente pautar-se pela mudança na legislação vigente. A mudança completa se efetiva com as práticas cotidianas.

O fato de se perceber em praticamente todas as respostas dos entrevistados a presença de um sentimento de frustração na execução de suas ações demonstra um exemplo do pequeno avanço na condução das políticas de assistência e de saúde e chama atenção que, dentro de um período curto da história, isso já esteja tão fortemente instituído. Sabe-se que mudar essa cultura do conservadorismo, da crescente situação de exclusão social existente na sociedade brasileira não é uma tarefa fácil e exige um longo processo na história desse país. Acreditar na possibilidade de mudanças efetivas que rompa com essa lógica também é tarefa dos sujeitos entrevistados, o que não se observa com facilidade na pesquisa, ainda que os gestores das políticas tenham reconhecido de certa forma essa caminhada.

Portanto, é importante sinalizar que esse estudo deixa como indicativo o desejo dessa pesquisadora em continuar a análise partindo da visão dos denominados “loucos de rua”. Um projeto de pesquisa que avance na investigação a partir de quem está vivenciando efetivamente a situação de rua e a sua condição (ou não) de cidadania. Assim, poderá se dizer que o processo se tornará mais completo e porque não mais complexo ampliando contribuições para a construção das políticas sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, P.; PRATES, J. **Pesquisa condições sociais e de saúde mental de moradores de rua em Porto Alegre**. Porto Alegre: NESPRua, 1999.

AMARANTE, P. (Org.) **Loucos pela vida?** A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1977.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, I. As Forças de Apoio e de Oposição à Primeira Proposta de Regulamentação da Assistência Social no Brasil. **Cadernos do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares** – CEAM/UNB, Brasília, a. III, n. 11, out. 2002.

_____. **Assistência social no Brasil**: um direito entre originalidade e conservadorismo. Brasília: Ivanete Boschetti, 2003.

_____. Seguridade Social e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Que Direitos Para Qual Cidadania? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 79, 2004.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado, 1988.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2003.

BRAVO, M. I. S. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social. **Cadernos Curso de Capacitação Continuada** – UNB/Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, Brasília, módulo III, 2000.

BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BURSZTYN, M. (Org.) **No meio da rua**. Nômades, excluídos, viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

CARLOS, A. F. A. **O espaço urbano**. Novos escritos sobre a cidade. São Paulo: Contexto, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. 10ª Região. **Coletânea de Leis**. CRESS SER É LUTAR. Gestão 1999 – 2002. Porto Alegre: Calábria. 238p.

COUTINHO, C.N. **Contra a corrente**: ensaios sobre a democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTO, B. R. As Diretrizes Curriculares e a Política Social. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, Porto Alegre, a. IV, n. 8, p. 43-50, jul./dez. 2004.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social brasileira**: uma equação possível? São Paulo, Cortez, 2004.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DRAIBE, S. M. Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes. **Série Reformas de Política Pública**, Santiago do Chile: CEPAL/ Naciones Unidas, n. 14, 1993.

SCOREL, S. Agenda Pública Social: pessoas que moram nas ruas. *In*: **Agenda pública**: drama social. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2002.

FERRAZ, F. C. **Andarilhos da imaginação**: um estudo sobre loucos de rua. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FIORI, J. L. **Os moedeiros falsos**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**. Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GERSCHMAN, S. & VIANNA, M. L. W. (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade**. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000.

PEREIRA, A.; BARRETO, P.; FERNANDES, G. **Análise longitudinal dos sem-abrigo em Lisboa**: a situação em 2000. Relatório final. Lisboa, abr. 2001.

PEREIRA, P. A. P. A Política Social no Contexto da Seguridade Social e do Welfare State: A Particularidade da Assistência Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 56, mar. 1988.

_____. **A assistência social na perspectiva dos direitos** - crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

_____. A Saúde no Sistema de Seguridade Social Brasileiro. **SER SOCIAL**, Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social. Brasília: UnB, n. 10, jan./jun. 1998.

_____. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Política de Assistência Social no Brasil: Avanços e Retrocessos. **Cadernos do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares** – CEAM/UNB, Brasília, a. III, n. 11, out. 2002.

_____. Como Conjuguar Especificidade e Intersectorialidade na Concepção e Implementação da Política de Assistência Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 77, mar. 2004.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Assistência Social 2002-2005**. Porto Alegre: Fundação de Assistência Social e Cidadania, 2001.

_____. Prefeitura Municipal. **Mapa da inclusão e exclusão social de Porto Alegre**. Porto Alegre: Gabinete do Prefeito. Secretaria do Planejamento Municipal, 2004 (a).

_____. Prefeitura Municipal. **A realidade das crianças e adolescentes em situação de risco social na Grande Porto Alegre: Perfis e Índices de Vulnerabilidade**. Porto Alegre: Fundação de Assistência Social e Cidadania. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2004 (b).

PRATES, J. C. O Planejamento da Pesquisa Social. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Porto Alegre, a. IV, n. 7, p. 123-143, jan./jul. 2004.

REIS, C. N.; PRATES, J. C.; MENDES, J. **A realidade do morador de rua de Porto Alegre**. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: FSS/PUCRS - PMPA - FESC, 1995.

RIO GRANDE DO SUL. **Guia de Serviços de Saúde Mental**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2002.

SANTOS, M. **Território e sociedade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SILVA, M.C.C. História da Loucura e Reforma Psiquiátrica: Um Percurso. *In: Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP- 7 reg, 2004. p. 109-126.

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados**. Um estudo sobre o povo da rua. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

SPOSATI, A. Especificidade e Intersectorialidade da Política de Assistência Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 77, mar. 2004.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 13. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

WAINWRIGHT, H. **Uma resposta ao neoliberalismo**: argumentos para uma nova esquerda. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

YASBECK, M. C. Assistência Social Brasileira: Limites e Possibilidades na Transição do Milênio. **Cadernos ABONG**, s. l., nº 30, p. 13-38, nov. 2001.

_____. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. As Ambigüidades da Assistência Social Brasileira Após Dez Anos de LOAS. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 77, mar. 2004.

APÊNDICES

Apêndice A

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO

Pesquisa: O “louco de rua” e a seguridade social em Porto Alegre: da (in)visibilidade social à cidadania?

Responsável pelas entrevistas: Marta Borba Silva

Orientadora: Dr^a. Berenice Rojas Couto

INSTRUMENTO TRABALHADORES

Nome do entrevistado:

Cargo que ocupa:

Nome da Instituição:

Data da entrevista:

1. Há quanto tempo você trabalha nesse Projeto?
2. Qual sua atribuição no Projeto?
3. Como você definiria a política de atendimento em que atua?
4. Que atividades você considera que atende o morador de rua portador de transtorno mental em seu serviço?
5. Gostaria que você falasse do seu trabalho com essa população, incluindo, se possível, como você pontua os avanços e os retrocessos deste trabalho.

Apêndice B

Pesquisa: O “louco de rua” e a seguridade social em Porto Alegre: da (in)visibilidade social à cidadania?

Responsável pelas entrevistas: Marta Borba Silva

Orientadora: Dr^a. Berenice Rojas Couto

INSTRUMENTO GESTORES

Nome do Gestor:

Período em que desempenhou a função:

Política: () Saúde () Assistência Social

Data da entrevista:

1. Qual a concepção de política de saúde ou de assistência social que marca sua gestão?
2. No seu entender quem é o morador em situação de rua portador de transtorno mental?
3. Durante a sua gestão o sujeito “louco de rua” se constituiu em usuário dos serviços da rede de atendimento? Quais?
4. Caso se constitua em usuário da política, quais os principais avanços e quais os problemas que você enfrentou na gestão dessas ações?

Apêndice C

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., concordo em prestar informações à mestranda Marta Borba Silva, aluna do curso do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para fins da coleta de dados em seu estudo.

A Pesquisa intitulada **O “louco de rua” e a seguridade social em Porto Alegre: da (in)visibilidade social à cidadania?** trata da análise das propostas de atendimento a moradores em situação de rua portadores de transtorno mental nas políticas de Saúde e Assistência Social, da esfera governamental, no Município de Porto Alegre e realiza-se sobre a orientação da profa. Dr^a. Berenice Rojas Couto.

As informações coletadas serão de uso da análise dos dados feita pela pesquisadora, a qual se compromete resguardar sigilo no que diz respeito às informações que assim deverão ser tratadas, bem como a identidade particular de cada informante.

Qualquer informação a respeito do estudo poderá ser obtida na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social, no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Economia e Políticas Sociais (NEPES), tel. (51) 3320 35 46.

Assinatura do Entrevistado

Data

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)