

Cintia Maria da Cunha Albuquerque

Loucos nas ruas: um estudo sobre o atendimento à população de rua adulta em sofrimento psíquico na cidade do Recife

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro

RECIFE

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Albuquerque, Cintia Maria da Cunha

Loucos nas ruas : um estudo sobre o atendimento à população de rua adulta em sofrimento psíquico na cidade do Recife / Cintia Maria da Cunha Albuquerque. – Recife: O Autor, 2009.

137 folhas : il., graf., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia, 2009.

Inclui: bibliografia e anexos.

1. Psicologia social. 2. Saúde mental. 3. Loucura. 4. Moradores de rua. 5. População – Ruas. 6. Política de saúde. I. Título.

**159.9
150**

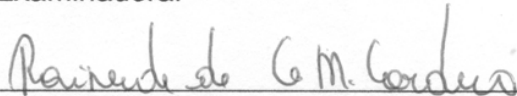
**CDU (2. ed.)
CDD (22. ed.)**

**UFPE
BCFCH2009/21**

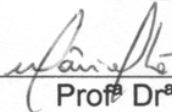
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**LOUCOS NAS RUAS: um estudo
sobre o atendimento à população de rua adulta em
sofrimento psíquico na cidade do Recife.**

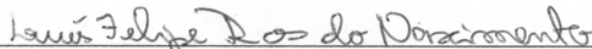
Comissão Examinadora:



Profª Drª Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro
1º Examinador/Presidente



Profª Drª Mônica Rodrigues Costa
2º Examinador



Prof. Dr. Luís Felipe Rios do Nascimento
3º Examinador

Recife, 20 de fevereiro de 2009

A Turla, pessoa com quem tenho compartilhado a minha vida há tanto tempo; pessoa que escolhi para viver ao meu lado. Companheira em tudo e para tudo. Sempre disponível a ajudar e a acompanhar as minhas empreitadas. Sem ela, essa dissertação não existiria; sem ela, eu nada seria.

Agradecimentos

À minha família. A convivência – ora tranqüila, ora conturbada - com cada uma/um fez de mim quem hoje eu sou.

Agradeço à minha mãe (Mônica), meu pai (Alexandre), Cicilia, Xandinho e Daniel pelos bons momentos que tivemos – e ainda temos – junt@s.

À minha avó (Carminha) e ao meu avô (Cunha), por terem aberto as portas da sua casa e dos seus corações para mim, mesmo quando tudo parecia que ia dar errado.

A Tio Nando, Tia Fátima, Tio Fábio, Tia Cláudia e Tia Márcia, por servirem de referência para minha vida.

Aos meus primos e primas Márcio, Mariana, Kele, Lucas, Nanda e Maria Eduarda, pelas muitas brincadeiras compartilhadas. A Vinícius, meu primeiro afilhado.

À minha sobrinha e afilhada Maria Alice, com quem pude me divertir até nos momentos mais difíceis. Sua inocência e constante alegria me fizeram mais feliz nesses dois anos de mestrado.

À minha família da Várzea (Turla, Bruna, Raissa, Eduardo, Rebeca e Jaime), pela constante acolhida. Em especial, a Turla, por todas as leituras, sugestões e contribuições feitas, mesmo sendo de uma área tão diferente. Agradeço também pelo projeto gráfico desta dissertação, que possibilitou a transformação de algumas palavras em um lindo trabalho.

Aos meus amigos e amigas, que são para mim a extensão da minha família.

A Edna e Lucas, por estarem presente em tudo. A Edna, agradeço por compartilhar tantas vivências e discussões imprescindíveis para minha formação profissional e também pessoal. A Lucas por me ensinar, mesmo sem querer, que a vida pode ser mais leve e feliz. Aos dois, agradeço por trazerem Gabi para minha vida.

A Rafa, agradeço pelas longas conversas, histórias e angústias compartilhadas.

A Dudu, por levar a vida de forma tão simples.

A Liu, por me mostrar que a luta do cotidiano vale a pena.

A Lu, por expressar de forma tão bela os seus sentimentos.

A Mari Martins e Rodolfo, por compartilharem comigo o desejo de um mundo melhor e pelas ligações súbitas, sempre em boa hora.

A Thiago (pêda), pela certeza de boas risadas.

A Cella, Aninha, Sandra, Fábio e Guila por estarem comigo nos melhores e piores momentos da minha vida.

A Roberta, Thaísa, Juliana e Fernanda pelos anos de amizade regados a brigadeiro, pipoca e muita fofoca. A Roberta, agradeço também pelo empenho na elaboração do Abstract.

A Renatinha, por ter apresentado os melhores caminhos que eu poderia seguir.

Aos meus muitos amigos e amigas do Movimento Estudantil. Mais especificamente, a todos e todas que fizeram - e fazem – parte do DApsi e dA Ciranda, com quem

compartilhei idéias e ações pela construção de uma sociedade mais justa; lugares onde a minha formação, de fato, foi iniciada.

A todos e todas que executam a Política de Assistência Social na cidade do Recife.

À equipe do SESR/lasc RPA 06, pela compreensão nas horas mais apertadas. Em especial, a Dudui, Neci e Iolanda.

Às minhas amigas e amigos do lasc, com as/os quais compartilhei tantas dúvidas e angústias profissionais. Em especial, a Marsília, Ana Carla, Salete, Verônica, Rozeane e Priscila.

Às minhas amigas convivetes Adriana, Edel e Leilane, por terem escutado tantos desabafos e reclamações sobre as dificuldades para concluir essa dissertação. Agradeço também a Leilane pela disponibilidade, pelo cuidado e pelo carinho investido na revisão gramatical deste trabalho.

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE, por ter aberto as suas portas para a concretização deste trabalho.

A Rose, por ter aceitado caminhar comigo. Por ser simultaneamente tão rígida e tão flexível. Sua organização e incentivo permanente fizeram com que eu conseguisse concluir este projeto. Agradeço pela parceria e por ter acreditado sempre que tudo ia dar certo.

À minha turma de mestrado, por termos andado juntos nessa difícil - mas prazerosa - construção do conhecimento. Em especial, agradeço a Fernanda pela sua amizade; por ter acompanhado bem de perto a minha caminhada e por ter compartilhado todas as angústias passadas nesses dois anos.

Aos professores e professoras do programa, pelas discussões e colaborações nesse processo de crescimento e amadurecimento profissional.

A Alda e Bruno pelo cuidado com as informações e procedimentos formais necessários.

A Mônica Costa, Sérgio Aragaki e Luis Felipe, por fazerem parte da banca e me ajudarem com suas valiosas contribuições.

Aos integrantes do GEPCOL, pela oportunidade de discutir tantas vezes sobre o meu trabalho, pelas contribuições trazidas por cada um/uma de vocês e pelas prazerosas leituras sobre Foucault.

A Fátima Santos e ao LABINT, pela oportunidade de compartilhar e orientar meus primeiros ensaios como pesquisadora, os quais me servem de referência até hoje.

A todas as pessoas que colaboraram como interlocutores para que esse trabalho acontecesse.

Ao IASC e à Secretaria Municipal de Saúde por terem permitido a realização da pesquisa. Em especial, aos/às profissionais que investiram seus tempos nas entrevistas e conversas realizadas.

Aos parentes e conhecid@s d@s usuári@s escolhid@s para esta dissertação, por terem me concedido as informações necessárias para a realização deste trabalho.

Por fim, às muitas pessoas que vivem nas ruas do nosso país, sem as quais esse trabalho não existiria; pelas quais eu luto para que um dia saiam dessa condição ou para que melhor a vivam, se assim desejarem viver.

Lista de Ilustrações

Figura 1 - Configuração da rede de atenção em saúde mental. Fonte: Brasil, 2004b	56
Figura 2 – Fluxo do histórico familiar e institucional de Cláudia	77
Figura 3 – Fluxo do histórico familiar e institucional de Fábio	88
Figura 4 – Argumentos de Marta para não receber Fábio em casa	96
Figura 5 – Fluxo do histórico familiar e institucional de Carla	107
Figura 6 – Proposta de atendimento intersetorial para moradores de rua em Recife	116
Quadro 1 - Quantidade de casos apresentados por RPA	66
Quadro 2 - Distribuição das entrevistas realizadas	68

Lista de Abreviaturas e Siglas

SESR – Serviço de Educação Social de Rua

Iasc – Instituto de Assistência Social e Cidadania

SUS – Sistema Único de Saúde

Caps – Centro de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel Urgente

ONG – Organização não governamental

BPC – Benefício de Prestação Continuada

Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

PSF – Programa Saúde da Família

Caps AD – Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool, fumo e outras drogas

RPA – Regiões Político-administrativas

CID – Código Internacional de Doença

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

Codecir – Coordenadoria de Defesa Civil do Recife

GRAS – Gerência Regional de Assistência Social

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

Peti – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

Sumário

Dedicatória

Agradecimentos

Lista de Ilustrações

Lista de Abreviaturas e Siglas

Sumário

Resumo

Abstract

Introdução	16
O despertar pelos 'loucos de rua'	17
O encontro com a perspectiva construcionista	27
Capítulo 1 População de Rua: de quem estamos falando	32
1.1 Como a População de Rua é nomeada	33
1.2 População de rua: trajetórias de vulnerabilidades e processos de exclusão	35
1.3 Características da População de Rua no Brasil	40
Capítulo 2 População de Rua e loucura: o lugar do cuidado para essa população	45
2.1 Da loucura errante à 'doença mental'	46
2.2 Do movimento da Reforma Sanitária à Reforma em Saúde Mental no Brasil..	51
2.3 População de rua: território e domicílio	59
Capítulo 3 O desenrolar da pesquisa	62
3.1 O caminho percorrido	65
3.2 Organização e análise do material de pesquisa	70
Capítulo 4 Vidas nas ruas: as três histórias escolhidas	73
4.1 Cláudia: a saída da rua como condição para o tratamento em saúde mental	74
4.1.1 O encontro de Cláudia com as instituições: seu irmão como ponte	78
4.2 A história de Fábio: responsabilidade da família ou do Estado?	86
4.2.1 O encontro de Fábio com as instituições: o acaso	89
4.3 Carla: a não adesão ao tratamento	98
Considerações finais	108
Referências Bibliográficas	118
Anexos	126

Anexo A: Resultados encontrados no levantamento bibliográfico

Anexo B: Roteiro para reunião com profissionais do SESR?lasc

Anexo C: Roteiros de entrevista

Anexo D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo E: Carta de Anuência

Anexo F: Lei Estadual N° 11.064/94

Resumo

ALBUQUERQUE, Cintia Maria da Cunha. **Loucos nas ruas:** um estudo sobre o atendimento à população de rua adulta em sofrimento psíquico na cidade do Recife. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2009.

A concretização deste trabalho só foi possível devido à existência de tantas histórias de vida marcadas pelo estigma da loucura e pela condição de vivenciá-la nas ruas da cidade do Recife. É pela preocupação e cuidado com essas histórias que este trabalho se justifica e ganha sentido, propondo-se a refletir sobre a temática do direito e acesso à saúde da população de rua em sofrimento mental. Mais especificamente, buscando compreender como os serviços de assistência social e saúde mental estão acolhendo a demanda de sofrimento psíquico que acomete pessoas adultas que moram nas ruas da nossa cidade. Ao trabalhar com População de Rua colocamos em cheque muitos dos conceitos imprescindíveis para o funcionamento “normal” e “correto” dos serviços, pois historicamente as contingências e realidades desta população não vêm sendo levadas em consideração. Para alcançar tais objetivos, foram escutadas diversas vozes e versões sobre três histórias de vida de pessoas em sofrimento psíquico que vivem nas ruas da cidade do Recife. Narrativas apresentadas por familiares, profissionais, ex-vizinhos foram ouvidas e refletidas, na tentativa de entender o percurso desde o início do sofrimento, a ida para as ruas e as alternativas construídas para a “resolução” de cada caso. Procurei compreender os diversos posicionamentos e as diferentes versões das pessoas envolvidas em cada caso escolhido, buscando entendê-los nos endereçamentos do diálogo. Na narrativa dos familiares, procurei as explicações e sinais para o início do sofrimento psíquico de cada usuário, bem como os motivos que os levaram a sair de casa e se distanciarem de suas famílias; com os profissionais do SESR, as entrevistas tiveram como foco a situação encontrada no primeiro atendimento na rua e os caminhos percorridos junto a cada usuário no seu processo de atendimento; com os profissionais dos Caps e das Casas de Acolhida do IASC, quis saber como cada usuário chegou e foi acolhido naquele serviço, qual a avaliação feita de cada história de vida e que encaminhamentos foram construídos para solucionar cada caso. Dessa forma, foram escutadas diversas versões e opiniões sobre as referidas histórias, o que permitiu a construção de uma outra versão para análise, que será aqui apresentada. Essa, trouxe um leque de possibilidades e questionamentos sobre o cuidado em saúde mental oferecido à população em situação de rua na nossa cidade. Algumas questões saltaram aos olhos, que foram: a transferência da responsabilidade pelo cuidado do Estado para a família; a exigência de ter que sair das ruas, possuir referência familiar e domiciliar para iniciar o tratamento em saúde mental; e, por fim, a (im)possibilidade de

compartilhamento da responsabilidade pelos moradores de rua pelas políticas de Saúde e Assistência Social da nossa cidade. Para que o atendimento oferecido à população de rua em sofrimento mental em Recife consiga ser efetivado de forma tal que respeite as especificidades dessas pessoas, parece necessário que ocorra o estranhamento dos profissionais e serviços frente às condições dessas pessoas que vivem nas ruas, ocasionando a desnaturalização de conceitos e pré-requisitos já estabelecidos, pois só assim será possível a invenção de novas e diferentes formas de atenção e cuidado para com a População de Rua. Por fim, defendo que o respeito às diferenças e a garantia universal e integral de proteção social, tão presentes nos discursos e nas leis vigentes em nosso país, precisam ser ampliados para qualquer grupo social, mesmo que ele desorganize e se contraponha às nossas certezas e convicções sobre a melhor forma de estar no mundo.

Palavras-chave: população de rua, loucura e saúde mental.

Abstract

The concretization of this essay was only possible because of the existence of so many life stories marked by the stigma of madness and the condition of living in the streets of Recife. It is for the concern and care of those stories that this work is justified and wins direction, proposing to reflect on the thematic of right and access to health of the population of street in mental distress. More specifically, trying to understand how the services of social welfare and mental health are welcoming the demand for mental suffering that affects adults who live on the streets of our city. Dealing with the Street Population put in check many of the essential concepts to the "normal" and "correct" functioning of social welfare services, because historically the contingencies and realities of this population are not being taken into account. To achieve these objectives, several voices were heard on three stories and versions of life of people in psychological distress living on the streets of Recife city. Narratives submitted by family members, professionals, former neighbors were heard and reflected in the attempt to understand the path from the beginning of the suffering, the way to the streets and built the alternatives for the "resolution" of each case. I've tried to understand the different positions and different versions of the people involved in each case chosen, trying to understand them in the conduction of the dialogue. In the narrative of the family, I've searched for explanations for the early signs of psychological distress for each user, and the reasons that led them to leave their houses and stay away from their families, with the professionals of SESR, the interviews were designed to focus in the situation found in the first visit in the street and crossed paths with each user in the process of care, with the professionals of CAPS and of the Shelters of IASC, I wanted to know how each user was accepted and which was the assessment of each life story and which indications were built to solve each case. Thus, we've heard several versions and opinions on these stories, which allowed the construction of another version to review, which will be presented here. This has brought a range of possibilities and questions about the mental health care offered to people at a street in our city. Some issues jumped out of the eyes, which were: the transference of the responsibility to the welfare from the State to the Family, the requirement of having to leave the streets, having family and home reference to start treatment in mental health and, finally, the (im)possibility of sharing the responsibility for those who lives on the street with the Health policies and Social Assistance of our city. To assure that the care offered to the population of street in Recife in mental distress can be effective in such a way that respects their particularities, it seems necessary for the professionals and services to have a clear and open mind to face to the conditions of those who live on the streets, allowing the denaturalization of concepts and prerequisites already established, since only this way can aloud the development of new and different forms of attention and care to the population of street. Finally, I believe that respect for differences and ensuring the full and universal social protection, as in speeches and in the laws in our country,

need to be extended to any social group, even if it disorganizes and opposes to our certainties and beliefs about the best way of being in the world.

Keywords: Street population, madness, mental health.



Introdução

Quem não tem uma história sobre algum louco de rua para contar?[...] Para ser classificado como um 'louco de rua' faz-se necessário, naturalmente, que o 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[...] (FERRAZ, 2000).

Eu tenho mais de uma história para contar sobre essas pessoas. A concretização deste trabalho só foi possível devido à existência de tantas histórias de vida marcadas pelo estigma da loucura e pela condição de vivenciá-la nas ruas da cidade do Recife. Foram essas personagens que um dia, mesmo sem querer, entraram em minha vida e começaram a fazer parte do meu cotidiano. E é pela preocupação e cuidado com essas histórias que este trabalho se justifica e ganha sentido, propondo-se a refletir sobre a temática do direito e acesso à saúde da população de rua em sofrimento mental¹. Mais especificamente, buscando compreender como os serviços de assistência social e saúde mental estão acolhendo a demanda de sofrimento psíquico que acomete pessoas adultas que moram nas ruas da nossa cidade.

¹ Apesar de a legislação brasileira utilizar o termo 'portadores de transtornos mentais', neste trabalho usaremos 'pessoas em sofrimento mental ou psíquico' visto que portador nos remete a uma idéia de peso carregado pela pessoa eternamente; e uma pessoa com transtorno também nos passa a impressão de uma pessoa possessa, sem razão. Por outro lado, a "idéia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito" (AMARANTE, 2007, p. 68).

O despertar pelos 'loucos de rua'

O interesse pela população de rua e pela saúde mental é fruto de uma longa caminhada acadêmica e, mais recentemente, profissional. A aproximação com o debate sobre a Saúde Pública, e mais precisamente com as discussões sobre a Reforma em Saúde Mental², deram-se a partir da minha inserção no Movimento Estudantil de Saúde, no qual, apesar da formação acadêmica ainda muito ortodoxa, pude entrar em contato com as discussões mais recentes sobre as transformações na saúde pública do nosso país. Soma-se a essa vivência na graduação, a inserção como Psicóloga no Serviço de Educação Social de Rua (SESR) do Instituto de Assistência Social e Cidadania — Iasc — a qual despertou a possibilidade de aproximar-me de um contexto desconhecido que sinaliza uma série de desafios para a prática profissional da psicologia e para a efetivação do Sistema Único de Saúde — SUS.

O Iasc é uma autarquia municipal, vinculada à Secretaria de Assistência Social do Recife, que tem como função a execução dos serviços de média e alta complexidade da Política de Assistência Social³. Os serviços de média e alta complexidade compõem a Proteção Social Especial, que é a modalidade de atendimento assistencial destinada a pessoas e famílias que se encontram em situação de risco pessoal e social. A média complexidade é responsável pelo atendimento a pessoas e/ou famílias com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos; e a alta complexidade garante proteção integral para pessoas e/ou famílias que se encontram sem referência, ou em situação de ameaça, necessitando ser retiradas de seu núcleo familiar ou comunitário (BRASIL, 2004a).

O SESR compõe os serviços oferecidos pela Proteção Social Especial de Média Complexidade do Iasc, configura-se como a principal porta de entrada da instituição

² Mais comumente é utilizado o termo “Reforma Psiquiátrica”, mas acreditamos que vários outros campos que constituem a Saúde Mental fizeram parte do processo e por isso adotaremos neste trabalho o termo “Reforma em Saúde Mental” (MEDRADO, 2007).

³ Para maiores informações consultar a Política Nacional de Assistência Social — PNAS/2004, disponível em www.mds.gov.br

e tem como público alvo usuários que moram nas ruas — que dormem pelo menos uma vez na rua durante a semana — objetivando construir, junto a esses usuários e a partir do desejo destes, a saída do espaço da rua ou uma melhor forma de viver em situação de rua. É importante dizer que, nacionalmente, apenas a Política Nacional de Assistência Social prevê um serviço exclusivo para atendimento à população de rua, o qual, infelizmente, poucas cidades brasileiras disponibilizam.

Ao entrar na equipe do SESR, passei a ter a responsabilidade de atender todos os moradores de rua em uma determinada área da cidade do Recife, junto com outra profissional de nível médio (educadora social), que neste trabalho será chamada de Jane⁴. Além dos usuários presentes em meu território de abrangência, continuei a acompanhar uma usuária não pertencente a minha área de responsabilidade, mas que já havia estabelecido um vínculo positivo⁵ com Jane. Diante disso, comecei a visitar esta usuária com frequência, visto que a sua localização de moradia na rua gerava muitas solicitações de atendimento da comunidade local para o serviço, dentre as quais, quase todas demandavam a retirada imediata da usuária do local. Por este motivo, todo o SESR tinha um interesse em ‘resolver’ a situação, e essa solução era permeada ora por preocupações com a usuária, ora com a demanda de remoção vinda da comunidade. Devido a essa ‘vontade pública’ para resolver a situação, esse caso se configurou como uma dos mais importantes na minha vivência no serviço, o qual escolhi para apresentar nessa introdução.

Na primeira conversa que tive com Jane, ela me disse que a referida usuária — para quem darei o nome de Rosa — era uma pessoa que alternava muito o seu humor, mas com a predominância da agressividade. Segundo Jane, Rosa morava em uma barraca e não permitia a aproximação de quase ninguém, nem mesmo das pessoas que queriam ajudá-la. Até para receber alimento, o doador tinha de jogá-lo da calçada até o local em que vivia, mantendo certa distância do seu local de

⁴ Todos os nomes utilizados neste trabalho são fictícios.

⁵ Muitos profissionais do IAS e da Saúde já haviam tentado diversas aproximações com a usuária, mas sem êxito. Apenas essa educadora conseguiu se aproximar e estabelecer o diálogo, conseguindo, também, que ela permitisse outras abordagens.

moradia. Muitos moradores do entorno diziam que Rosa jogava pedras e agredia verbalmente as pessoas que passavam perto da sua barraca e que nunca viram ninguém a visitando. Certa vez, inclusive, a gerente responsável pela minha equipe tentou fazer uma intervenção junto com um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), mas ao se aproximar a equipe foi recebida com palavrões e um banho de urina. Devido a seus comportamentos na rua, todos — população e serviços públicos — diziam que Rosa estava em sofrimento psíquico e corria risco de vida no local em que morava, pois a presença de ratos e outros insetos era constante dentro de sua barraca.

Diante das conversas tidas com Rosa, Jane e outros profissionais que já haviam tentando estabelecer contato com a usuária realizaram várias buscas por sua família, mas as informações fornecidas até então não permitiram a localização de qualquer pessoa que a conhecesse. Até mesmo depois da minha chegada na equipe, ainda procuramos várias vezes por alguém que conhecesse Rosa e pudesse nos ajudar a entender melhor a história de vida da usuária, mas não conseguimos identificar nenhum conhecido.

Paralelamente a essas buscas, iniciamos um estudo de caso sobre a história de Rosa junto ao Caps responsável pela área em que ela se encontrava. Elaboramos um relatório sobre a situação da usuária e iniciamos as discussões, nas quais, rapidamente, foi concluído que a remoção compulsória do local onde estava era a melhor solução para a usuária, visto que Rosa colocava em risco a sua saúde — devido a sua condição de moradia —, ameaçava a comunidade local, apresentava sinais de estar passando por um grande sofrimento psíquico e não permitia que outra solução fosse construída. Minha primeira inquietação sobre este caso diz respeito à necessidade de ter que sair das ruas para poder ter acesso ao tratamento de saúde. Mesmo sem fazer nenhuma visita à usuária na rua, a equipe de saúde mental logo concluiu que a retirada de Rosa das ruas deveria ser o primeiro encaminhamento para que fosse iniciado seu processo de ‘tratamento’ em saúde mental.

Diante disso, a equipe do Caps responsável pela área entrou em contato com a equipe do Caps 24h da cidade — visto que Rosa iria precisar de um acompanhamento noturno nos primeiros dias após a remoção — e repassou a responsabilidade para tal equipamento. Em reunião com a equipe do Caps 24h, foi dito a nós que naquele momento não havia vaga para o acolhimento de Rosa, o que gerou o encaminhamento dela para um hospital psiquiátrico após a remoção. E, como o hospital está localizado em outro bairro, foi repassada, mais uma vez, a responsabilidade pelo caso para o Caps da área do hospital.

Após definida a equipe de saúde mental que deveria acompanhar o caso, foi elaborado o seguinte plano de intervenção para Rosa: articulação do Caps responsável com uma unidade do Serviço de Atendimento Móvel Urgente (SAMU)⁶ para realizar a retirada da usuária da rua; reserva de vaga no hospital psiquiátrico; articulação do IASC com órgão da prefeitura responsável pelo transporte de materiais, para que os pertences de Rosa fossem levados da rua para a sede do IASC; acompanhamento do Caps durante a internação; e compromisso do IASC em conseguir um local para a usuária morar após receber alta do hospital. Diante desses acordos, marcamos a remoção de Rosa para o mês de Novembro de 2006, quando contamos com a participação de uma unidade do SAMU, profissionais do Caps e do IASC.

Para Rosa não perceber a ação, ficamos escondidos numa barraca próxima ao local e os profissionais do SAMU, com a ajuda do motorista do Caps, foram fazer a aproximação pelas costas da usuária. Quando conseguiram segurá-la, nos aproximamos do local e tentamos explicar para Rosa o que estava acontecendo. Neste momento, mesmo sem nunca ter pronunciado meu nome durante os atendimentos que realizei na rua, Rosa me chamou pelo nome e pediu para ajudá-la, pois ela dizia que não havia feito nada de errado para ser retirada do local. Confesso que nessa hora quase não consigo dar continuidade à ação, pois nem eu tinha

⁶ O SAMU é composto por ambulâncias e equipes de saúde responsáveis por realizar atendimentos emergências nas ruas, bem como o transporte do usuário para os equipamentos de saúde que corresponderem as suas demandas.

certeza de que estávamos agindo da melhor maneira. Porém, precisei me recompor e tentar mostrar a Rosa que aquela era a melhor intervenção para que sua saúde fosse preservada.

Enquanto conversava comigo, Rosa foi colocada na ambulância e medicada pelos profissionais do SAMU. Apesar de ter sido injetada uma medicação muito forte, que deveria ter causado sonolência, Rosa continuou alerta durante todo o tempo do traslado da rua até o hospital. Eu a acompanhei dentro da ambulância no caminho até o hospital e ela estava muito confusa: ora sorria e achava graça da situação; ora gritava e reclamava da ação; e ora chorava, dizendo que estava com medo e preocupada com seus pertences que ficaram na rua. Ao chegar ao hospital, Rosa não aceitava a internação e dizia que não precisava ficar naquele lugar. O médico do plantão veio avaliá-la e determinou que ela ficasse internada sem data para receber alta, de acordo com o planejado anteriormente junto ao Caps.

Durante os dois meses de internação, eu e Jane realizamos visita a Rosa semanalmente. Nas visitas, procurávamos saber como a usuária estava na instituição, através de conversas com os profissionais do hospital e também conversávamos muito com Rosa, que, inicialmente, estava muito chateada com a situação, mas depois admitiu que no hospital estava conseguindo viver melhor. A equipe do Caps intervia apenas quando nós solicitávamos e a responsabilidade pela usuária foi colocada inteiramente para a equipe do lasc, apesar do acordo de parceria estabelecido antes da remoção compulsória da usuária da rua.

Ao se aproximar o dia da alta médica de Rosa, após dois meses de internação, o lasc já havia conseguido um quarto de aluguel em uma comunidade próxima ao local onde ela vivia na rua, com alguns móveis comprados pela instituição e outros doados pela comunidade. Além disso, procuramos a equipe do Caps para informá-la sobre a alta de Rosa e pedimos que alguém da equipe nos acompanhasse numa visita que Rosa iria fazer a sua nova moradia. No dia marcado, fomos buscar Rosa no hospital e a levamos para conhecer o local em que iria morar. No meio do caminho, Rosa insistiu em passar no seu antigo local de moradia, na rua, apenas para ver como estava o lugar. Tanto a equipe do lasc quanto a do Caps ficou muito assustada

com o pedido, mas concordamos em levá-la ao local. Ao chegar, Rosa desceu do carro da prefeitura e ficou observando o lugar. Depois, conversou com um rapaz que trabalhava nas proximidades e disse que já podia ir embora.

De lá, levamo-la para conhecer a comunidade na qual ela iria morar. Ao ver o novo lugar, Rosa disse que tinha gostado, mas não demonstrou muita satisfação. É válido ressaltar que quando a equipe do Caps que estava acompanhando o caso se deu conta de que a nova moradia fazia parte de outro território, repassou, mais uma vez, o cuidado para o Caps responsável pela área em que Rosa iria morar após a saída do hospital.

Uma semana depois da visita, Rosa recebeu alta do hospital e a levamos definitivamente para sua nova moradia. Nesse dia, outra equipe do lasc ficou na comunidade arrumando o novo quarto⁷ de Rosa e Jane e eu fomos buscá-la no hospital. Ao ver o quarto arrumado, Rosa mostrou um leve sorriso, mas continuou a reclamar da situação e sentiu falta de algumas coisas que estavam na rua, e que ela não estava encontrando em sua nova moradia⁸.

Para suprir as necessidades de alimentação de Rosa, visto que a usuária não possuía renda para se manter, a equipe do lasc conseguiu que uma padaria da comunidade doasse diariamente pão e ovos para Rosa. Além disso, uma Organização não governamental — ONG se comprometeu a fornecer uma refeição para Rosa, visto que as outras duas refeições ela fazia no Caps no qual iria iniciar o tratamento.

⁷ Devido a restrição financeira do lasc — que paga esse aluguel através de doações da sociedade civil — o local alugado não pode ser uma casa, mas sim um quarto, no valor de até R\$ 120,00.

⁸ Durante a retirada de Rosa da rua e também no período de internação, ela se preocupou muito com as suas coisas, visto que tudo que ela possuía estava naquela barraca em que morava. É importante dizer que no dia da remoção de Rosa, uma equipe do lasc ficou responsável por acompanhar os pertences da usuária no traslado da rua até a sede do lasc. Por isso, ao chegar ao quarto que o lasc alugou, Rosa começou a procurar todas as suas coisas e se deu conta de que muitas delas não estavam ali, visto que no dia da remoção, a equipe que ficou responsável pelo cuidado com os pertences de Rosa, permitiu que fosse jogado fora muito 'lixo' que havia na barraca. Além disso, quando os pertences dela já estavam na sede do lasc, muitas das coisas de Rosa foram furtadas por profissionais da instituição. Diante do furto, o lasc comprou peças similares para substituir as que desapareceram, mas Rosa não aceitou a substituição e pediu explicações para a equipe, que conseguiu minimizar os efeitos do furto junto à usuária.

Nos finais de semana, como a ONG não funcionava, a equipe do SESR que trabalha nos fins de semana e feriados ficou responsável por levar a refeição de uma unidade do IASC para Rosa. Para iniciar o tratamento no Caps, o IASC se comprometeu a levá-la e buscá-la todos os dias até que Rosa aprendesse o caminho e tivesse condições de ir só ao Caps.

Após todos esses acordos, Rosa começou a morar nessa comunidade e iniciou o tratamento diariamente no Caps, com o acompanhamento do IASC, visto que o Caps solicitava a nossa presença constantemente. Inclusive, diante das faltas e/ou atrasos de Rosa para o tratamento, o Caps ligava para o meu celular buscando explicações para o atraso/falta da usuária. Por muitas vezes, tentei pactuar com o Caps que a usuária deveria ser uma responsabilidade compartilhada entre as duas equipes, mas a sobrecarga ficou sob a responsabilidade do IASC, visto que o Caps coloca como pré-requisito para o tratamento a indicação de uma pessoa de referência para cada usuário. No caso de Rosa, eu e Jane acabamos como referência para a instituição, visto que, em geral, os serviços de saúde atribuem aos profissionais da Assistência Social a responsabilidade pelos moradores de rua. Nesse momento, fiquei muito incomodada com a situação e a postura apresentada pelo Caps diante da ausência de referência⁹ da usuária, mas sem muito efeito, pois tivemos que ocupar esse lugar para dar continuidade aos encaminhamentos.

Depois de ir morar na comunidade, já em tratamento, Rosa informou o nome de uma escola na qual havia estudado quando criança a um educador de outra equipe do SESR, e, a partir de tal informação, conseguimos localizar a família da usuária. Rosa tem doze irmãos, que sabiam onde ela estava morando durante os dez anos de vida nas ruas e que não demonstraram interesse em recebê-la de volta em suas casas. Em visita a uma das irmãs de Rosa, ela disse que a usuária, após a saída das ruas, havia ido visitá-la e havia informado que não estava mais morando nas ruas. Essa mesma irmã chegou a realizar uma visita à casa de Rosa, mas ambas as partes não desejam retomar os vínculos, finalizando nessa visita o contato da família

⁹ Ausência referência aqui está sendo utilizada como a ausência de qualquer pessoa que se dispusesse a acompanhar a usuária no seu tratamento.

com Rosa. É importante dizer que outras irmãs de Rosa foram visitadas pela equipe, mas nenhuma demonstrou interesse em se aproximar da usuária, assim como Rosa.

Hoje, Rosa continua morando na mesma comunidade, mas em outro quarto de aluguel, pago por ela mesma com o seu benefício¹⁰ mensal. Seu tratamento no Caps durou apenas alguns meses, e após a alta Rosa não quis mais voltar à instituição. Mesmo sem ir ao Caps, Rosa continuou a medicação psiquiátrica por mais alguns meses, e hoje se recusa a tomar os remédios. A própria usuária avaliou que não sentia mais a necessidade de continuar a medicação e decidiu suspendê-la. O Caps realizou apenas uma visita à casa de Rosa, por solicitação do lasc, para conversar com a usuária sobre a importância da continuidade do remédio, mas não teve êxito. A equipe do lasc, mesmo após esses dois anos de acompanhamento, permanece monitorando o caso, realizando, pelo menos, uma visita mensal à usuária, principalmente porque ela ainda necessita de ajuda para efetuar a transação bancária de recebimento do dinheiro do benefício.

Como já coloquei anteriormente, foi a partir do atendimento a Rosa — a minha primeira experiência com pessoas em sofrimento mental morando nas ruas — que comecei a questionar como a política de saúde mental está organizada para cuidar das pessoas em sofrimento psíquico que moram nas ruas. Diante das exigências de ter uma casa e uma pessoa disponível para o cuidado, comecei a refletir sobre as possibilidades de acesso ao cuidado em saúde mental em Recife.

Além disso, estranhei também a postura, muitas vezes sem reflexão, das equipes do SESR do lasc, as quais aceitam a determinação de ter de sair das ruas para iniciar o tratamento em saúde mental. Mesmo porque, dentro dessa perspectiva — de ter de sair das ruas e possuir uma pessoa de referência —, apenas um pequeno número de usuários consegue ter acesso ao cuidado em saúde mental, visto que

¹⁰ O benefício aqui referido é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o qual se configura como um benefício da assistência social; é um “direito garantido pela Constituição Federal de 1988 e consiste no pagamento de 01 (um) salário mínimo mensal a pessoas com 65 anos de idade ou mais e a pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho. Em ambos os casos a renda *per capita* familiar seja inferior a ¼ do salário mínimo”. (<http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc/?searchterm=BPC>).

muitas equipes não se dispõem a assumir tal atribuição e, as que aceitam, não conseguem dar conta de toda a demanda existente na área de responsabilidade. Nesse serviço, estou tendo a experiência de lidar com grande número de pessoas em sofrimento mental vivendo nas ruas, aparentemente invisíveis diante da sociedade e do poder público local e que, devido ao não preparo dos profissionais dos serviços para lidarem com as duas demandas específicas, ainda não estão sendo cuidadas.

Além disso, no cotidiano do SESR, tenho tido a necessidade de trabalhar em conjunto com diversos serviços da Secretaria de Saúde, principalmente com os serviços de saúde mental, devido à grandeza da demanda. Muitas vezes, o direito ao acesso aos serviços de saúde mental parece ser negado a um morador de rua, tirando-o de mais um âmbito que poderia ajudá-lo a construir sua cidadania. O jogo de “quem é o responsável” por aquele que “nada possui” e a “ninguém está vinculado” parece fazer com que o ser humano ali presente seja esquecido e colocado à margem. O imperativo da referência sociofamiliar e da moradia formal como condições para iniciar o tratamento se contrapõem ao estado de desvinculação no qual se encontra essa população. Parece que a centralidade das políticas públicas na noção de território não tem reconhecido tais pessoas como possíveis usuários dos serviços, mesmo fazendo elas parte daqueles lugares.

E foi assim, diante desses questionamentos, que construí um projeto de mestrado. Somado a isso, ao iniciar o processo de revisão bibliográfica, dei-me conta do quanto a academia ainda não se apropriou desse campo. A partir de um levantamento bibliográfico¹¹ feito em banco de dados *on line*, pude constatar a incipiência das discussões sobre população de rua no Brasil, bem como as interfaces com a Psicologia e com a Saúde Pública. O resultado desse levantamento pode ser

¹¹ Para realizar tal levantamento, estabeleci como descritores as palavras: população de rua; moradores de rua; integralidade em saúde; exclusão social e saúde mental, visto que são esses os temas que perpassam meu trabalho. Após isso feito, defini os sites que me serviram de base: Scielo, Capes (Banco de teses/dissertações e textos completos), Domínio Público, Biblioteca da UFPE, Livraria Cultura e Livraria Saraiva, por acreditar que esses sites são fontes reconhecidas na comunidade acadêmica. Ao acessá-los, digitei as palavras que representavam os temas centrais que havia escolhido e resolvi também cruzar os temas nas buscas. Além desses sites, serviu como fonte de levantamento as referências citadas em livros que eu já havia lido.

encontrado no Anexo A deste trabalho e, a partir dele, podemos ver como a discussão acadêmica sobre a temática da população de rua quando relacionada à saúde mental é praticamente inexistente.

Com os descritores “população de rua” e “saúde mental” encontrei oito resumos, todos no banco de teses e dissertações da Capes, dos quais três se localizam na área da psicologia, o que parece mostrar como a população de rua em sofrimento psíquico vem sendo pouco abordada na produção acadêmica. É interessante notar como uma condição de estar no mundo tão antiga encontra-se, até hoje, sem ser vista como problema de pesquisa e carente de discussões e proposições.

Outra reflexão feita a partir do levantamento bibliográfico diz respeito à dificuldade de acesso às produções existentes. Ainda com o recorte na saúde mental, dos oito resumos encontrados no banco de teses e dissertações da Capes, consegui apenas uma dissertação na íntegra. Na tentativa de obter essas teses e dissertações completas, enviei vários e-mails para os/as autores/as de tais trabalhos, mas apenas um dos e-mails foi respondido. Isso parece sinalizar para a falta de comunicação e de troca entre os pares na academia, mostrando que a integração, muitas vezes, fica restrita apenas às pessoas que estão nas mesmas instituições. Sendo assim, centrei minhas reflexões nas bibliografias já transformadas em livros e/ou artigos em periódicos, o que restringiu ainda mais minhas possibilidades de diálogo. Apenas no meio do ano de 2008 tive acesso a uma Dissertação de Mestrado, intitulada “O ‘louco de rua’ e a seguridade social em Porto Alegre: da (in)visibilidade social à cidadania?”, a partir da qual, pude ter acesso a diversas outras produções sobre o tema.

Acredito que este trabalho poderá contribuir efetivamente para tornar pública a situação de muitas pessoas as quais, por diversas circunstâncias, estão morando nas ruas, sem acesso às políticas sociais. Como diz Adorno (2004):

Estabelecer políticas públicas universais, como o SUS, considerando o princípio da equidade, significa estabelecer procedimentos, formas de atendimento e diagnósticos flexíveis que considerem inclusive a

atenção extramuros ou em meio aberto estendendo o serviço de saúde a essa população. (p. 68).

Espero ainda que, ao fim da pesquisa, esta sirva de subsídios para construção de políticas públicas voltadas a esta população e também para reformulação de políticas pautadas em princípios inclusivos, as quais já estão sendo implementadas, mas continuam a excluir essa população tão marcada por carências e negações.

O encontro com a perspectiva construcionista

Após ter escolhido a temática da população de rua, tive a oportunidade, ao ingressar no curso de mestrado, de ser apresentada ao construcionismo e aos estudos das práticas discursivas. Fui convidada a ler e entender alguns posicionamentos acerca da construção da ciência e do conhecimento, os quais tiveram ressonância nas minhas escolhas e, hoje, auxiliam no entendimento e explicação do cotidiano com mais clareza. Ao ter acesso aos textos e às discussões em sala de aula — e também nas orientações — tive a sensação de estar diante de um conjunto de idéias articuladas e sistematizadas de forma muito coerente, que davam vazão as minhas inquietações e ajudavam a me posicionar diante do cenário de disputa da academia e do campo científico.

Sendo assim, filio meu trabalho à Psicologia Discursiva, entendendo esta como uma abordagem que considera a linguagem em uso como foco de atenção, tomando-a como prática social contextualizada e historicamente datada. Mais especificamente, insiro este trabalho no campo das práticas discursivas, apoiando-o epistemologicamente em uma perspectiva construcionista.

Uma postura construcionista apresenta-se como crítica ao projeto científico, colocando em cheque os “mitos” construídos pela ciência moderna. Como afirma Teixeira (2003, p. 148-149) “[...] o ideário moderno propunha, antes de mais nada, a emancipação do homem pela razão[...] *porém*, a complexidade do real ofusca a luz que a idéia iluminista de razão nos possibilita ver”. Diante de tantas fragmentações

parece que a complexidade e pluralidade humanas são ignoradas pelos olhos da ciência moderna.

A perspectiva construcionista configurou-se, para mim, como um convite ao estranhamento a toda e qualquer tentativa de naturalização dos processos e práticas sociais, assim como uma possibilidade de crítica sobre as formas dominantes de ver e explicar o mundo. Como afirmam Raser e Japur (2007):

É necessário repensar aquilo que damos como certo em nossa maneira de perceber o mundo e compreender como as descrições e formas de pensar funcionam, para quê servem, em que situações e para quem (p 23).

Ibáñez (1994) aponta quatro mitos que precisam ser desmafiarizados para se adotar uma postura construcionista, quais sejam: o mito da representação; o mito do objeto; o mito da realidade independente e o mito da verdade. Em consonância com essa idéia, Teixeira (2003, p. 151) aponta que “são as noções de mente, pensamento, essência, verdade, objetivismo e realidade que são fragilizadas”.

O primeiro mito apresentado por Ibáñez (1994) diz respeito à crença da ciência moderna em que o conhecimento científico representa a realidade tal como ela é. Em contrapartida a essa idéia representacionalista, o autor argumenta que o conhecimento é construído recorrendo a conceitos e categorias convencionais e consensuais. E mais, essas convenções são negociadas coletivamente, podendo perdurar — ou não — por um longo período de tempo. “O grau com que uma dada forma de entendimento prevalece ou se sustenta através do tempo não depende fundamentalmente da validade empírica da perspectiva em questão, mas das vicissitudes dos processos sociais” (GERGEN, 1985. p 2).

Dependente diretamente deste mito, apresenta-se o mito da realidade independente. Diferente do que advoga a ciência iluminista, para o construcionismo a realidade é construída socialmente, através da linguagem em ação. Como afirma Rorty (1997, p.14) “a linguagem substitui a mente como algo que supostamente se encontra sobre e em contraposição à realidade”. Não pode existir realidade externa sem que nós a conheçamos e a denominemos como tal. Portanto, a representação da realidade já é uma construção que nós mesmos dizemos representar tal

realidade, assim como a realidade também o é, o que caracteriza uma postura antiessencialista dentro dessa perspectiva. Sendo assim,

na medida em que o construcionismo destaca o processo de construção do mundo social, ele se posiciona contrário à visão de que haja uma essência no interior das coisas que determina e explica o que estas coisas são (RASERA e JAPUR, 2007, p 23).

O mito do objeto apresenta a dicotomia defendida pela ciência moderna entre pesquisador e objeto pesquisado. A neutralidade na produção do conhecimento prevê o estabelecimento de dois pólos, os quais não se interferem e não podem se confundir. Diferentemente disso, o construcionismo defende que, assim como o conhecimento, os objetos e os sujeitos são construções sociais, historicamente situadas e datadas; não existindo, portanto, objetos independentes do conhecimento produzido, assim como esse conhecimento implica necessariamente em mudança e em transformação social. Como afirma Kuhn (2006, p. 270) “não existe nas ciências naturais, não mais do que nas humanas, um conjunto de categorias que seja neutro, independente de cultura, e no qual a população — seja de objetos, seja de ações — possa ser descrita”.

Somado a isso, tem-se o mito da verdade transcendental, através do qual a modernidade atribui à razão científica o poder de decidir o que é verdadeiro e o que não é (IBÁÑEZ, 1994). Assim, como para o construcionismo não pode existir objeto *per si*, a verdade também se apresenta como uma construção que depende das nossas crenças e desejos em um determinado momento histórico, em uma comunidade definida. “A verdade é a verdade de nossas convenções, embora, nem por isso, menos impositiva” (SPINK e FREZZA, 2004, p 29). Dessa forma, “a pergunta não é como a coisa é em si, mas como a comunidade dos falantes usa tal ou qual termo para definir isso ou aquilo, fazendo com que digamos que isso é cultura, é natureza[...]” (TEIXEIRA, 2003, p. 151).

É importante ressaltar que a proposta construcionista vai além de reconhecer a complexidade dos objetos de pesquisa, tendo implicação necessariamente no valor de verdade que é dado ao conhecimento científico, em detrimento a outras construções. “[...] a formulação científica não resultaria de uma aplicação impessoal

de regras metodológicas descontextualizadas, mas da responsabilidade de pessoas em intercâmbio ativo e compartilhado” (GERGEN, 1995, p 7). Além disso, para o construcionismo, os sentidos produzidos no cotidiano, no senso comum, vão ter importâncias fundamentais para a construção do conhecimento. Como afirma o mesmo autor (GERGEN, 1995, p. 2): “A investigação sócio-construcionista preocupa-se, sobretudo, com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem”.

É assim que o construcionismo se apresenta epistemologicamente contrário ao projeto científico da modernidade, postulando novas e diferentes formas de pensar a construção do conhecimento, abrindo espaço para o diálogo e para a complexidade humana. Como afirma Spink (2000):

O construcionismo é uma corrente que se constituiu como contraponto às epistemologias objetivas. Trata o conhecimento como produto histórico, ancorado em contextos sociais e culturais específicos. Contrapõe-se assim às posturas essencialistas, propondo que nossos modos de conhecimento são produtos das vicissitudes humanas. (p. 19)

Não estou buscando, portanto, neste trabalho verdades universais sobre a melhor forma de atendimento para as pessoas em sofrimento mental que vivem nas ruas. O objetivo é compreender como a população de rua adulta em sofrimento psíquico está sendo cuidada na cidade do Recife, identificando instituições acionadas e fluxos de encaminhamentos dados para esta população, no contexto da Reforma em Saúde Mental. Pretendo também conhecer o caminho percorrido por esta população desde as ruas até a chegada nestas instituições, buscando entender como essa população está sendo acolhida e que encaminhamentos são dados para as suas demandas.

Para alcançar meus objetivos, neste trabalho serão escutadas diversas vozes e versões sobre três histórias de vida de pessoas em sofrimento psíquico que vivem nas ruas da cidade do Recife. Narrativas apresentadas por familiares, profissionais, ex-vizinhos serão ouvidas e refletidas, na tentativa de entendermos o percurso desde o início do sofrimento, a ida para as ruas e as alternativas construídas para a ‘resolução’ de cada caso.

Para isso, inicio esta dissertação trazendo no primeiro capítulo algumas categorias construídas ao longo da história para identificar a população em situação de rua e definindo, mesmo que momentaneamente, qual conceito de população de rua será utilizado neste trabalho. Continuando no Capítulo 1, situo como, no debate acadêmico, os estudos e pesquisas tratam da população de rua no Brasil e fecho o capítulo caracterizando o perfil da população de rua brasileira hoje.

O Capítulo 2 ajuda a recontar como o conceito de loucura se modificou ao longo do tempo e traz também o debate da reforma em saúde mental no contexto internacional e nacional. Ainda neste capítulo, procuro apresentar como a Política de Saúde Mental prevê a organização de seus serviços e programas para oferta de cuidado em saúde mental no Brasil. Para finalizar este capítulo, busco situar qual o espaço — ou a falta dele — da população de rua nos serviços de saúde mental, discutindo como essa população ainda não tem suas demandas reconhecidas nos cotidianos dos serviços públicos.

Sigo o trabalho apresentando no Capítulo 3 o desenrolar metodológico desta dissertação, indicando as três histórias de usuários em situação de rua escolhidas para este trabalho. No capítulo 4, apresento com mais detalhes as histórias de vida escolhidas, apontando e problematizando as situações vivenciadas no atendimento a esses usuários; que instituições foram acionadas durante o processo de cuidado; e também que implicações as ações desenvolvidas trouxeram para suas vidas. Trago nas Considerações Finais algumas questões acerca do atendimento oferecido às pessoas em sofrimento mental na cidade do Recife e reflexões sobre as possibilidades de acesso ao cuidado em saúde mental na nossa cidade; apontando uma proposta de atendimento para as pessoas em sofrimento mental que vivem nas ruas.



Capítulo 1

População de Rua: de quem estamos falando

Os mendigos dormindo nas ruas, em pleno dia, e as pessoas que vão às compras ou ao trabalho passando por cima deles ou evitando-os, é uma imagem emblemática. Os prostrados no solo não são vistos como semelhantes, mas como bichos, espécies distintas. Estão sujos, cheiram mal e são feios. Não são homens ou mulheres, embora um dia talvez o tenham sido. Pedacos perdidos da Humanidade. Invadem as calçadas, incomodam (NASCIMENTO, 2000).

A cena apresentada acima é uma situação corriqueira no dia-a-dia das cidades brasileiras, principalmente nas grandes metrópoles. Porém, fazer da rua seu local de moradia e/ou de trabalho não é um privilégio da sociedade moderna, pois, desde a sociedade pré-industrial, a população de rua já era parte do cenário das grandes cidades. Apesar de presente ao longo da história, este segmento populacional cresceu consideravelmente com o avanço do sistema capitalista, tornando visíveis as

conseqüências objetivas e cotidianas dos modelos de desenvolvimento concentradores e injustos adotados nas últimas décadas que reduziram, drástica e dramaticamente, o campo de possibilidades nas quais podem se movimentar e usufruir das riquezas produzidas e dos conhecimentos alcançados (ESCOREL, 2000, p 139).

Nesse longo período de existência, diversos atos de nomeações foram construídos com o objetivo de caracterizar as pessoas que viviam — e vivem — nas

ruas, formando estas nomeações categorias as quais nos ajudam a explicar o mundo. Como afirmam Spink e Menegon (2004, p 78): “Falamos por categorias”, sendo as palavras não um reflexo da realidade, mas sim uma construção possível sobre determinado fenômeno. Como dizem Rasesa e Japur (2007):

[...] ao usarmos determinada palavra em uma situação dada estamos realizando uma opção que define tal realidade de formas específicas [...] as diferentes formas de descrever o mundo implicam diferentes formas de ação social (p 21-22).

Como a psicologia, e mais especificamente a psicologia social, vem se preocupando com as diferentes formas que as pessoas constroem para explicar e dar conta do mundo em que vivem, acredito ser importante para este trabalho entender como as pessoas que vivem nas ruas vêm sendo nomeadas e quais implicações tais categorias trazem para o cotidiano dessas pessoas.

1.1 Como a População de Rua é nomeada

Rosa (2005) aponta que a primeira notícia veiculada em jornais brasileiros sobre esta população é datada de 1972 e empregava os termos “mendigos” ou “pedintes”, nomeações ligadas à época na qual se começou a discutir o fenômeno “população de rua” e que fazem muita referência à desvinculação com o mundo do trabalho (NEVES, 1983, apud ADORNO, 2004). Tais palavras estão em desuso na academia, por estarem carregadas de sentidos pejorativos, pelas quais nem mesmo alguns moradores de rua aceitam ser nomeados, como nos dizem Rodrigues e Filho (2002), conforme pesquisa realizada no Rio de Janeiro:

Mendigos, crêem, eles, são loucos, bêbados e arruaceiros; ‘gente que não sabe se comportar’[...] é uma referência indexadora das distâncias entre quem está digno e quem não está, para fazer parte da rede de solidariedade entre quem vive nas ruas (p 74).

Apesar disso, é comum tais nomes ainda serem utilizados no cotidiano com bastante fluidez, como pode ser visto nessa reportagem veiculada recentemente por um jornal de grande circulação na cidade do Recife:

Cuidar da pessoa

A Prefeitura do Recife deveria priorizar o atendimento aos **mendigos** que se aglomeram, todas as noites, no Cais de Santa Rita, no Centro. Idosos, adultos e crianças dormem sob as marquises de um prédio abandonado, protegidas unicamente por papelões. O quadro é deplorável. Cadê os abrigos? (reportagem disponível em http://jc.uol.com.br/jornal/2007/10/01/col_30.php, acessado em 13/10/2007, grifo nosso).

Outro termo utilizado para referir-se a essas pessoas, que foi comumente utilizado na região sudeste, é “sofredores de rua”. Esta expressão é marcada por forte conotação religiosa — até por terem sido adotados por instituições assistenciais ligadas à religião — e faz menção à situação de injustiça social e sofrimento vivida por essas pessoas, chegando até a comparar com o sofrimento vivido por Jesus Cristo (CASTELVECCHI, 1985, apud ADORNO, 2004).

Outra diferenciação importante de ser feita quando falamos em pessoas que moram nas ruas diz respeito à distinção entre estes e os “Sem-teto”, visto que os últimos são, geralmente, pessoas insatisfeitas com suas condições de moradias, as quais lutam por melhor qualidade de vida. É válido ressaltar que os “Sem-teto” possuem vínculos familiares e comunitários, o que garante a continuidade do movimento social (ADORNO, 2004), enquanto a população de rua, quase sempre, possui seus vínculos sociofamiliar e comunitário de origem interrompidos ou fragilizados.

Vieira, Bezerra & Rosa (2004) fazem uma classificação das pessoas que estão nas ruas baseada na cronificação do processo de estar nas ruas, onde, para elas, dependendo da relação estabelecida entre a pessoa e a rua, diferentes nomeações são construídas para identificar tal relação. Segundo as autoras, a rua pode apresentar pelo menos dois sentidos: o de ser um modo de vida, sendo as ruas um espaço de moradia, composta por uma complexa rede de relações; ou de se constituir como abrigo para pessoas que dormem nas ruas circunstancialmente.

Diante disso, as autoras identificam três diferentes condições em relação à permanência na rua, onde a primeira é nomeada de “ficar na rua” e se apresenta como uma forma circunstancial de estar nas vias públicas. A segunda é chamada de

“estar na rua” e é definida pelo processo de ida para as ruas recentemente como espaço de moradia; e a última condição é definida pelas autoras como “ser da rua” e se relaciona com o tempo longo de permanência das pessoas na rua, sendo aqui já considerada morar nas ruas como modo de vida. Assim, elas argumentam que

O que unifica essas situações e permite designar os que a vivenciam como população de rua é o fato de que, tendo condições de vida extremamente precárias, circunstancial ou permanentemente, utilizam a rua como abrigo ou moradia. Essas situações podem ser dispostas num *continuum*, tendo como referência o tempo de rua; à proporção que aumenta o tempo, se torna estável a condição de morador. O que diferencia essas situações é o grau maior ou menor de inserção no mundo da rua (VIEIRA, BEZERRA & ROSA, 2005 p. 93/94).

Hoje, o que vem sendo utilizado na academia, em documentos públicos e nos serviços que trabalham diretamente com essas pessoas é a nomeação “população de rua”, ou às vezes, “população em situação de rua”. Diante da necessidade acadêmica de definição conceitual, neste trabalho adotarei o termo “população de rua” ou “população em situação de rua”, abrangendo:

Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular (RECIFE, 2005)

Como já foi dito anteriormente, dentro de uma perspectiva construcionista, tais nomeações e definições nos ajudam não só a descrever, mas, principalmente, a construir o fenômeno ‘população de rua’, devido à linguagem se caracterizar como uma ação que constrói realidade a todo o momento. Mesmo diante de tanta diversidade de termos, não temos “dúvida de que este segmento social expressa uma situação limite de pobreza, por mais diferentes que seja a conceituação que se desenvolva” (VIEIRA, BEZERRA & ROSA, 2004 p. 17). E é sobre essa situação extrema de vulnerabilidade que irei tratar no próximo tópico.

1.2 População de rua: trajetórias de vulnerabilidades e processos de exclusão

Como já foi anunciado anteriormente, a presença de pessoas vivendo nas ruas não é uma condição exclusiva da sociedade atual. A expansão dessa presença se deu

devido à proliferação da pobreza e das desigualdades sociais, sendo estas as principais conseqüências do modelo econômico vigente. Como afirma Nascimento (2000), “no mundo, e no Brasil, o novo movimento de internacionalização da economia, associado à hegemonia neoliberal, produziu um aumento considerável das desigualdades sociais” (p 57).

Na década de 1990, a população de moradores de rua no Brasil foi caracterizada como “problema” ou “situação-limite”. Ela chegou a essas condições devido a um conjunto de vulnerabilidades associadas e cumulativas e continua a ser, até hoje, uma preocupação social. Ao mesmo tempo em que se consolidava no nosso país um avanço social em relação às políticas de saúde, a “crise ética” do capital trouxe consigo um aumento considerável dos processos de exclusão social no Brasil. A instauração de valores como consumismo, individualismo, competição e deterioração das relações de trabalho, faz com que aumente em nosso país a camada da população vivendo em condições de miséria e vulnerabilidade social. Tal população, além de ser, para o mundo do capital, de ‘indivíduos supérfluos e desnecessários ao mundo de produção’; apresenta-se como se não existisse para a sociedade, talvez até invisível aos seus olhos (SCOREL, 2006).

Segundo a mesma autora, o conceito de exclusão social surgiu na França em 1974¹² e historicamente serviu para caracterizar pessoas desvinculadas ao mundo de trabalho, visto que naquele país a participação no mundo do trabalho era considerada a principal forma de socialização e constituição de cidadania. Bursztyn (2000) argumenta que pessoas excluídas existem desde as sociedades mais antigas, mas com a característica de serem necessários para o sistema econômico vigente, como, por exemplo, os escravos na época da servidão.

Nascimento (2000) aponta três grupos sociais que, para a história do Brasil, foram fundamentais, apesar de excluídos do usufruto das riquezas do país: os índios que habitavam as terras brasileiras quando chegaram os europeus e que, naquele momento, foram fundamentais para a exploração do ambiente desconhecido; os

¹² Ver Livro *Les Exclus: um français sur dix*, René Lenoir, 1974

escravos negros, que serviram de base para o sistema colonial; e, por último, os trabalhadores rurais, que após a abolição foram a principal mão-de-obra para o processo de industrialização. Como nos diz o autor: “Dessa forma, ao longo de sua história, o Brasil conheceu tipos clássicos de excluídos, distintos entre si, mas com um lastro comum: eram indispensáveis ao desenvolvimento econômico” (NASCIMENTO, 2000, p 73).

Porém, com o fortalecimento do capitalismo surge a categoria dos ‘desnecessários’ ao mundo de produção, que, se for levada ao extremo, corre o risco de ser eliminada. Diferentemente dos períodos anteriores, em que os excluídos ocupavam um lugar no sistema econômico vigente, aqui, o grupo de excluídos parece não fazer falta, pois são incapazes de produzir — devido à competitividade do mercado, no qual quem não se especializa não encontra espaço — e, muito menos, de consumir os bens produzidos. Assim, tornam-se ‘supérfluos’ e até invisíveis, correndo, inclusive, o risco de eliminação¹³, como dito anteriormente. A possibilidade de eliminação, segundo Nascimento (2000), é o que caracteriza, predominantemente, a exclusão social na sociedade contemporânea. Afirma o autor:

O excluído moderno é assim, um grupo social que se torna economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador, podendo, portanto, ser fisicamente eliminado. É este último aspecto que funda a nova exclusão social (NASCIMENTO, 2000, p 81).

Rodrigues e Filho (2002) apresentam como, ao longo do desenvolvimento do nosso país, os estudos acadêmicos descreviam e analisavam a questão da pobreza e das desigualdades sociais, até o surgimento do conceito de exclusão social no Brasil. Para eles, as décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pelas desigualdades regionais entre o sul-sudeste e o nordeste do Brasil. Como eles dizem: “A representação era a de um país caracterizado pelo descompasso, submetido a processos nem que o

¹³ Nos últimos anos temos assistido a diversos exemplos de tentativa de eliminação de pessoas em situação de vulnerabilidade no nosso país, como no dos moradores de rua assassinados a paulada em Taubaté, São Paulo, no ano passado (reportagem disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,AA1650306-5598,00.html>)

arcaico e o moderno continuavam a existir e envolviam grupos sociais afastados socialmente” (RODRIGUES e FILHO, 2002, p 77).

Na década de 1980, a pobreza começa a se tornar cada vez mais visível – principalmente nas grandes metrópoles – e abre o caminho para, ainda nesta década, firmar-se no Brasil o conceito de exclusão social. Sobre isso, os mesmo autores argumentam que:

Na passagem dos anos 80 aos 90, começa a se destacar, entre os estudiosos brasileiros, o tratamento da iniquidade sob o tema da **exclusão social**. A questão mais sensível é a do aumento da desigualdade a limites drásticos, gerando dilemas sem precedentes, quanto à participação no que tange ao mundo de trabalho, em relação aos direitos civis, à segurança e à ordem pública. (RODRIGUES e FILHO, 2002, p 78).

Escorel (2006) define exclusão social como “um processo que envolve trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade e até rupturas dos vínculos nas dimensões sociofamiliar, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida humana [...]” (SCOREL, 2006 p 259), ampliando esta categoria para além da desvinculação da pessoa com o mundo do trabalho e considerando-a como um processo e não um estado imutável. Ela defende que no Brasil, nunca o trabalho e a cidadania foram espaços de acesso universal, assumindo, assim, a esfera sociofamiliar o suporte básico das relações sociais para a nossa sociedade.

Nos países subdesenvolvidos, como no caso do Brasil, Bursztyn (2000) argumenta que a proteção social pública foi construída, inicialmente, apenas para os trabalhadores formais, deixando desprotegida a parcela da população mais necessitada. Com o passar dos anos, a situação de desemprego e de desigualdade social foi-se alastrando e uma parte maior ainda da população brasileira foi-se estabelecendo dentro das condições limite de sobrevivência. Como afirma o autor: “Quando o Estado não proporciona mecanismos de proteção social amplos e universais, a exclusão tende a se manifestar não apenas na dimensão social, mas também na esfera da sobrevivência” (BURSZTIN, 2000, p 38)¹⁴.

¹⁴ Não podemos deixar de reconhecer que, recentemente, com a constituição de 1988, o Estado Brasileiro assumiu a responsabilidade por todos os seus cidadãos, estabelecendo políticas públicas universais e não contributivas¹. Porém, tais políticas ainda não conseguem dar conta de toda demanda

Outra categoria construída para pensar a exclusão foi teorizada por Castel (2005), sendo nomeada 'desfiliação' e definida como um processo de desvinculação em relação à "rede de integração primária". O autor argumenta que

há risco de desfiliação quando o conjunto das relações de proximidade que um indivíduo mantém a partir de sua inscrição territorial, que é também sua inscrição familiar e social, é insuficiente para reproduzir sua existência e assegurar sua reprodução (p. 51).

Castel afirma ainda que tais relações são denominadas de sociabilidade primária por serem as mais próximas e as primeiras que dão sustentabilidade à vida, podendo ser entendidas também como um conjunto de regras e costumes que dão sentido e "que ligam diretamente os membros de um grupo a partir de seu pertencimento familiar, da vizinhança e do trabalho" (2005 p. 49). Para o autor, essas relações, quando bem estabelecidas, dispensam a mediação de qualquer instituição¹⁵, mas quando estão fragilizadas, o campo assistencial surge e deveria suprir essa demanda para que não se culmine no processo de desfiliação.

Diante disso, no que diz respeito à população de rua, é pertinente afirmar que o caminho de saída de casa até chegar a esta situação é marcado pela fragilização dos vínculos de trabalho, mas principalmente pela desvinculação afetiva com a família e com a comunidade de origem. Como afirma Escorel (2006):

Morar nas ruas não significa necessariamente perder os vínculos com o mundo do trabalho[...] Porém, morar nas ruas significa necessariamente desvincular-se da esfera sociofamiliar e, no caso da sociedade brasileira, isso quer dizer perder seu lugar. (ESCOREL, 2006 p. 263).

Sendo assim, a população de rua se apresenta como um grupo de pessoas que, ao se desvincularem de suas famílias e comunidades de origem, temporária ou permanentemente, perdem o lugar no mundo, pelo menos temporariamente. Para muitos moradores de rua, principalmente na idade adulta, esses processos de ruptura imprimem marcas de isolamento que podem ser repetidas nas ruas, onde "a

da sociedade brasileira, seja pelo pouco tempo de existência, seja pela quantidade de recursos destinados para suas ações ou ainda pela má administração do pouco investimento que se tem.

¹⁵ É importante ressaltar que no Brasil, a mediação das instituições públicas não é dispensada mesmo quando os vínculos familiares e comunitários estão fortalecidos, diferentemente da França (país de origem do autor).

constituição de uma nova família parece estar comprometida com conteúdos conflitivos anteriormente vividos” (ROSA, 2005, p. 192). Apesar disso, entre alguns moradores de rua é identificada a formação de grupos e a reconstrução de suas vidas afetivas, mesmo que para garantia de sua sobrevivência nas ruas. Como afirma Rios (2005, p. 37) “a formação de grupos, e as formas de interações que estabelecem, funcionam para constituir, comunitariamente, a garantia de abrigo, segurança, nutrição e saúde, além de afetividade”.

Entretanto, parece que as pessoas adultas, principalmente aqueles em sofrimento mental, enfrentam dificuldade para formar novos grupos. Apesar da falta de estudos acadêmicos na temática da saúde mental entre moradores de rua, minha vivência nas ruas tem mostrado como os “loucos” de rua apresentam um comportamento de isolamento social com mais frequência do que outros moradores de rua. Essa característica torna-se mais um elemento dificultador durante o processo de trabalho com essas pessoas, pois a anulação da referência, mesmo que nas ruas, não permite o acesso às políticas de saúde mental, por exemplo, as quais insistem na referência familiar e territorial como algo naturalizado e imprescindível para o tratamento. No próximo tópico, serão apresentadas algumas características que marcam a vida nas ruas de diferentes cidades brasileiras, a partir das quais podemos tentar compreender como essas pessoas experimentam a vida sem domicílio.

1. 3 Características da População de Rua no Brasil

Estudos feitos com moradores de rua em diversas partes do nosso país têm reforçado a idéia de que o percurso de saída de casa até às ruas é fortemente marcado pela fragilização dos vínculos de trabalho, que traz conseqüências negativas para a convivência familiar e culmina com a chegada às ruas¹⁶. Rosa (2005) aponta que do ponto de vista do trabalho, diante da conjuntura econômica na qual

¹⁶ Sobre pesquisas com moradores de rua, consultar BRASIL, 2008a; ESCOREL, 2006; RECIFE, 2005; RIOS, 2005; ROSA, 2005; VIEIRA, BEZERRA & ROSA, 2004; RODRIGUES e SILVA FILHO, 2002; e BURSZTYN, 2000.

vive o Brasil, a falta de escolaridade somada ao crescente desemprego possibilita a expulsão dessas pessoas do mundo do trabalho formal.

Ao sair de suas famílias e/ou comunidades em busca de novos empregos, vários conflitos internos na família podem ser gerados e, na falta de outra opção, a melhor saída é ir para as ruas. Rios (2005, p. 38), em estudo realizado na cidade do Recife, afirma serem “as crises nas famílias os principais fatores que levam as pessoas para as ruas”. Escorel (2000) assinala que, em pesquisa realizada pela Uerj em 1999, “31% dos menores de 18 anos e 36% dos maiores de 18 anos alegavam problemas familiares como motivo para ida para rua” (ESCOREL, 2000, p 159). A mesma autora, em 2006, apresenta o dado de que na cidade de Porto Alegre, 30% dos moradores de rua também atribuem aos conflitos familiares a causa da ida para a rua (ESCOREL, 2006, p 103). Em Recife, 30% dos entrevistados atribuíram ao desemprego o motivo de ida para as ruas, enquanto que 15% atribuíram aos problemas familiares, diretamente (RECIFE, 2005).

Dados recentes do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome¹⁷ mostram que cerca de 71% dos moradores de rua atribuem ao desemprego ou aos problemas familiares ou ao uso abusivo de drogas e/ou álcool a causa da ida para as ruas (BRASIL, 2008a). O desemprego e o uso abusivo de drogas ou álcool podem ser encarados como causas de desavenças nas famílias, as quais acabam por culminar na expulsão de um de seus membros para as ruas. Assim, o conjunto de precariedades vivido pelas famílias pobres, bem como o esgotamento do emprego formal e a ausência do Estado parecem tornar essas famílias ainda mais vulneráveis, a ponto de expulsar de casa alguns de seus membros, devido à impossibilidade de resolução dos conflitos com os recursos da família e da comunidade. Não podemos deixar de levar em consideração que o fato de ir para as ruas, muitas vezes criticado

¹⁷ É importante destacar que essa pesquisa nacional foi realizada em 71 cidades brasileiras, sem a participação das cidades de Recife, São Paulo, Minas Gerais e Porto Alegre, por estas terem realizado pesquisas semelhantes em anos anteriores. Na pesquisa desenvolvida pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome foram identificadas 31.922 pessoas vivendo em situação de rua, com idade igual ou superior a 18 anos. Em Recife, foram identificados 1.390 moradores de rua, estando em acolhimento/abrigo 185 pessoas e 1.205 efetivamente em situação de rua. Desses 1.205, 837 tinham idade igual ou superior a 18 anos e 368 tinham até 17 anos.

e não compreendido, pode sinalizar a atitude mais saudável para aquele membro da família, diante das (im)possibilidades apresentadas pela família/comunidade em determinadas situações.

Outro dado interessante mostrado pela pesquisa realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome é o fato de quase 25% dos moradores de rua entrevistados não possuírem qualquer tipo de documentação. Tal situação, muitas vezes, configura-se como impedimento para que essas pessoas tenham acesso aos serviços públicos e aos programas sociais voltados para esta população. Além disso, também cerca de 25% são analfabetos ou analfabetos funcionais, o que dificulta o exercício da cidadania para essas pessoas.

Outra característica predominante nessas pesquisas desenvolvidas com moradores de rua é o fato de essa população ser composta, em sua maioria, por homens adultos, em idade produtiva e a maioria ser oriunda da mesma cidade onde vivem nas ruas. Segundo dados do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 82% das pessoas que vivem nas ruas das cidades pesquisadas são homens e 53% dos participantes da pesquisa têm idade entre 25 e 44 anos (BRASIL, 2008a).

Em Recife, aproximadamente 70% dos entrevistados eram homens e quase 65% das pessoas que vivem nas ruas são oriundos desta cidade. No Rio de Janeiro cerca de 62% das pessoas que moravam nas ruas em 1991 eram homens, com idade entre 18 e 45 anos (RODRIGUES e FILHO, 2002). Brasília apresenta características distintas em relação ao perfil de seus moradores de rua, os quais, em sua maioria são migrantes de cidades vizinhas, que vêm com suas famílias inteiras viver da catação de papel na capital do país (BURSZTYN, 2000).

Tais pesquisas, apesar de nos mostrarem algumas características que se repetem em diversas localidades do nosso país, apontam, principalmente, para uma diversidade de pessoas e histórias vivendo em situação de rua nas grandes cidades brasileiras. "O que todas as pesquisas revelam é que não há um único perfil da população de rua, há perfis; não é um bloco homogêneo de pessoas, são populações" (ESCOREL, 2000, p 155). Em Recife, por exemplo, para realizar a pesquisa com os moradores de rua, os profissionais entrevistados identificaram cinco arranjos

distintos vivendo nas ruas desta cidade, sendo eles: famílias inteiras nas ruas; grupo de crianças e adolescentes; grupo de homens adultos alcoolistas; pessoas que ficam na rua circunstancialmente, mas que dormem em suas casas; e pessoas em sofrimento psíquico¹⁸ (RIOS, 2005). Tal constatação implica, necessariamente, que as ações voltadas para estas populações precisam levar em consideração toda essa diversidade de situações, para poderem atender da melhor forma a demanda trazida por estas pessoas.

Ao discutir os “descartáveis urbanos”¹⁹, Adorno (2004) sugere que a ausência ou a inadequação das políticas públicas voltadas para as pessoas que vivem nas ruas revela mais uma forma de penalização pela situação na qual elas se encontram e menos uma postura inocente do Estado para cuidar dessa população. O autor argumenta que “ ‘estar sem rumo’ é mais do que um recurso de linguagem ou alusão à situação momentânea de não ter onde ficar. Pode ser estendido ao posicionamento do indivíduo em relação a projetos de vida possíveis”(ADORNO, 2004 p. 66)²⁰. Escorel (2002) apresenta o termo ‘ambigüidade perversa’ para caracterizar o julgamento e culpabilização dos moradores de rua por fracassarem diante dos serviços públicos que lhes são oferecidos. Como exemplo, ela coloca a situação dos albergues e abrigos públicos da cidade do Rio de Janeiro, que disponibilizam para seus usuários comida de péssima qualidade, dormida em piores condições do que as oferecidas pelas ruas, mas, mesmo assim, ao evadir, a culpa é do morador de rua. A autora define a ‘ambigüidade perversa’ como:

ações sem uma orientação clara, sem uma norma nítida, sem regras do jogo bem definidas que dizem respeitar os direitos de cidadania porque não

¹⁸ O grupo de pessoas em sofrimento psíquico não foi entrevistado nessa pesquisa, o que dificulta ainda mais a obtenção de informações mais precisas sobre esta parcela de moradores de rua, que é alvo deste trabalho.

¹⁹ Denominação dada pelo autor à população de rua, ao fazer uma crítica ao modo como vêm sendo tratadas essas pessoas.

²⁰ O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome afirma que 88,5% dos moradores de rua entrevistados não recebe qualquer benefício dos órgãos públicos, nem mesmo o do Programa Bolsa Família, que se apresenta como o principal programa de transferência de renda do nosso país.

reprimem, mas também não assumem nenhuma responsabilidade pública ou social sobre o desenrolar dos acontecimentos (ESCOREL, 2002, p 133).

Diante disso tudo, acredito que precisamos falar sobre a população de rua como um fenômeno complexo e multifacetado, o qual exige um conjunto de olhares para seu entendimento e, mesmo assim, estaremos construindo apenas uma versão possível, diante de outras tantas possibilidades. Para o meu trabalho, estou interessada em pensar tais pessoas nomeadas como população de rua e que, devido a um processo contínuo de vulnerabilidades, construiu o caminho de saída de casa para as ruas, e assim, rompeu — ou fragilizou — os vínculos familiares e comunitários. E, ao pensar em moradores de rua em sofrimento mental, acrescento a esses aspectos a dificuldade apresentada para formação de novos vínculos e referências nas ruas, o que lhes dá menos possibilidades de intervenção e cria mais um obstáculo frente ao seu caminho de construção de cidadania.

Por fim, penso a situação de rua como resultado de um processo, que pode ser modificado, caso haja o desejo do usuário e sejam oferecidas as condições necessárias para a superação dessa situação. Para isso, é preciso que os serviços públicos estejam preparados para oferecer um atendimento adequado para esta parcela da população; mais que isso, é necessário que os gestores apresentem disponibilidade e vontade política para investir em pessoas que, historicamente, foram excluídas, promovendo ações apropriadas para a superação desta situação social.



Capítulo 2

População de Rua e loucura: o lugar do cuidado para essa população

Cada bairro, cada rua tem o 'seu' louco. Há, entre eles, os artistas que pintam quadros e chegam a vendê-los para os passantes; há os profetas, que como tal se vestem e se comportam; há os escritores, que se entregam à preparação de longos tratados;[...] há, ainda, os que falam sozinhos, discursam, gritam e até mesmo ameaçam quem lhes voltar o olhar curioso. Muitas vezes, elegem algum canto onde se estabelecem (uma ponte, um viaduto, uma casa abandonada, o abrigo de alguma marquise, uma árvore, em jardim, etc.), passando a viver de esmolas, comidas, roupas e objetos que ganham da população vizinha. (FERRAZ, 2000).

O conceito de loucura, a depender do momento histórico, variou, e ainda continua a se transformar, trazendo implicações diretas para a forma como a humanidade lida com esse fenômeno: construindo diferentes discursos e imprimindo marcas sobre os seus loucos. A concepção de loucura como 'doença mental', tão característico da idade moderna, precisa ser entendida como uma construção social que se deu, ao longo do tempo, devido às condições de possibilidades presentes para que a psiquiatria se apoderasse do fenômeno da loucura.

Sendo assim, faz-se necessário entendermos as modificações nas construções sobre a loucura ao longo do tempo; precisamos compreender quais rupturas e quais continuidades foram estabelecidas nesse processo, para que tenhamos clareza da concepção atual hegemônica e, principalmente, para que lembremos que a história continua e que as possibilidades de transformações não se acabaram, mesmo quando um conceito se apresenta como natural e estático.

2.1 Da loucura errante à 'doença mental'

Foucault (2007), em História da loucura, nos leva a um passeio até o Renascimento, apresentando como, nessa época, a loucura era entendida. Para ele, a Renascença permitia vivenciar a loucura em seu 'estado livre'; solta pelas ruas da cidade, a loucura era vista como uma ilusão. Quando causavam ameaça à população, os loucos embarcavam para uma viagem sem volta na 'Nau dos Loucos'²¹. Como diz o autor: "Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros[...] Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos" (FOUCAULT, 2007, p 9).

Tal aceção ainda vigorou até o início da Idade Clássica, quando os primeiros hospitais são colocados em funcionamento²². Porém, ainda no fim do Renascimento a loucura começa a ser dominada pela razão, dando início a uma nova concepção para este fenômeno;

a loucura torna-se uma das formas, um dos momentos, uma das forças da razão[...] assim, a relação entre loucura e razão se dá, no Renascimento, de modo conflituoso e ambíguo, implicando reciprocidade e semelhança entre elas (MACHADO, 2006, p. 55).

Com o advento da razão, na Idade Clássica, a loucura passa a ser tomada como a ausência da razão, o seu oposto: a desrazão, que precisa ser dominada. Para exercer a dominação e o controle são criados os hospitais gerais e é inaugurada a cultura de internação no mundo. Nesse momento, o internamento era realizado não

²¹ Embarcações que transportavam os loucos de uma cidade para outra e não permitiam o retorno para a sua cidade de origem (FOUCAULT, 2007)

²² Em 1656 é criado o primeiro hospital geral, em Paris (FOUCAULT, 2007, p. 64)

por critérios de uma ciência médica, “mas por uma ‘percepção social’, dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família, a igreja, etc.[...]” (MACHADO, 2006 p. 57). E mais, não cabia apenas ao louco o espaço do enclausuramento, mas a todos os cidadãos pobres, ociosos e desempregados; àqueles que fossem considerados transgressores da moral vigente: os desatinados. Sobre isso, Foucault (2007) nos diz que:

É evidente que o internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social, e que esse mecanismo atuou sobre uma área bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. Daí supor que o sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos, há apenas um passo. O internamento seria assim a eliminação dos “a-sociais” [...] (p 79).

Durante o processo de reclusão na cultura clássica não havia tratamento ou intervenção médica de qualquer espécie para os enclausurados. O objetivo era segregar; reprimir a desrazão. A atividade desenvolvida dentro dos hospitais era o trabalho, como forma de castigo e compensação pela condição na qual os internados se encontravam. Por mais contraditório que pareça, o hospital se configurava como forma de reclusão daqueles inúteis para a sociedade mercantilista da época que, ao mesmo tempo, eram punidos com a atividade laborativa por esta condição de estar no mundo. O hospital assinalou, assim, “o nascimento de uma ética do trabalho em que este é moralmente concebido como o grande antídoto contra a pobreza. Força moral, portanto, mais do que força produtiva” (MACHADO, 2006 p. 58).

Porém, já no século XVIII os hospitais atravessam crises institucionais que irão alterar os rumos dessas instituições ainda neste mesmo século. Machado (2006) assinala dois aspectos dessa crise: um interno aos hospitais e outro externo. Internamente, por estarem em um mesmo espaço de reclusão pessoas condenadas ao enclausuramento por diversas causas, eles mesmos começam a questionar a divisão do espaço com os loucos, destinado apenas a estes últimos o espaço de clausura. Externamente, avalia-se que o internamento não conseguiu diminuir — muito menos solucionar — o problema do desemprego, não se configurando, assim, como uma estratégia eficaz. Somado a isso, o advento do sistema capitalista

umenta a demanda de força produtiva a baixo custo, necessitando dos que estavam internados para servir ao sistema emergente.

A partir de então, o louco, considerado um perigo à sociedade, passa a se configurar como o alvo principal dos hospitais, dando origem aos espaços exclusivos para a loucura. Tal condição de isolamento dos loucos abre espaço para o surgimento da psiquiatria e apropriação da loucura por esta ciência médica no século XIX. Sobre isso, Foucault (2007) nos diz que:

E enquanto todas as outras figuras encerradas tendem a escapar do internamento, só ela (a loucura) ali permanece, última ruína, último testemunho dessa prática que foi essencial no mundo clássico[...] deixada sozinha e destacada de seus antigos parentescos, entre os muros desgastados do internamento, a loucura se constitui num problema — colocando questões que até então nunca havia formulado. (p 414, 417).

É importante destacar que com esta transformação da função social dos hospitais, estes passam por um processo de reestruturação de seus procedimentos, com vistas a cuidar com mais êxito de seus internados, o que pode ser caracterizado como o início da medicalização da loucura. Aqui, ainda não existe um corpo teórico-científico que explique a loucura, mas já se estabelece, nesse momento, a determinação da reclusão como possibilidade da cura. Além disso, a concepção de loucura como desrazão da Idade Clássica dá espaço para o entendimento desta como perda da natureza da sua verdade: uma alienação; o meio social afastando o ser humano de sua essência, de sua natureza. E, sendo caracterizada como forma subjetiva de cada ser humano, a alienação se transforma em objeto de estudo da medicina. Nasce aqui a 'doença mental', firmando-se o campo da psiquiatria na sociedade moderna.

A psiquiatria surge como forma de educação moral para os loucos. Por ainda não possuir um conhecimento científico para o fenômeno da loucura, a intervenção terapêutica objetivava a desalienação através da recuperação da moral perdida. E, a cura só poderia ser alcançada pela liberdade — mesmo que limitada aos muros dos asilos. Como nos diz Machado (2006): "Se a loucura é alienação, sua cura é retorno

ao inalienável pela ação exercida pelos hospícios. Chegou para o louco, e cada vez mais para todos nós, a era do patológico” (p 73).

Aos poucos, com o desenvolvimento da psiquiatria como ciência médica, os psiquiatras foram-se apropriando das instituições asilares, tomando para si a responsabilidade sobre os cuidados terapêuticos para com os ‘doentes mentais’. A crença na liberdade como possibilidade de cura, caracteriza os hospícios como, no mínimo, contraditórios: ao mesmo tempo em que segrega, permite a experiência da loucura em ‘liberdade’. Sobre isso, Foucault nos alerta que o manejo das instituições pela psiquiatria, sob o ideário emancipatório, apresenta-se como espaços onde

— permite-se que a liberdade do louco atue, mas num espaço mais fechado, mais rígido, menos livre que aquele, sempre um pouco indeciso, do internamento;

— liberam-no do seu parentesco com o crime e o mal, mas para fechá-lo nos mecanismos rigorosos de um determinismo. Ele só é inteiramente inocente no absoluto de uma não-liberdade;

— retiram-se as correntes que impediam o uso de sua livre vontade, mas para despojá-lo dessa mesma vontade, transferida e alienada no querer médico.

O louco doravante está livre, e excluído da liberdade. Outrora ele era livre durante o momento em que começava a perder sua liberdade; é livre agora no amplo espaço em que já a perdeu (FOUCAULT, 2007, p 507-508).

Tal contradição perdura até os dias de hoje, visto que as instituições psiquiátricas ainda recebem grande parte dos loucos da nossa época. Mas, entender o processo de rupturas e permanências vivenciadas ao longo da história pelo fenômeno da loucura nos leva a entender a realidade como uma construção social, perpassada pelas condições de possibilidades de cada época. “O fato de a loucura ter sido patologizada pelo discurso psiquiátrico não deve nos levar a pensar que sempre foi assim” (MACHADO, 2000, p 74).

No contexto internacional, após a segunda guerra mundial, os hospitais psiquiátricos começaram a ser comparados com os campos de concentração conhecidos durante o período de conflito, e, tal semelhança fez com que a comunidade internacional avaliasse as condições de sobrevivência das pessoas que viviam em hospícios. Diante da constatação de diversas situações de maus-tratos e abandono, o mundo iniciou vários processos de reforma no tocante ao cuidado em

saúde mental (AMARANTE, 2007). Algumas experiências causaram impactos relevantes e trouxeram avanços reconhecidos até os dias de hoje, dentre as quais podem ser destacados três grupos: a Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional; a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva; e, por último, a Psiquiatria Democrática e Antipsiquiatria.

O primeiro grupo, com experiências desenvolvidas na Inglaterra e na França, se caracterizou por tentar, a qualquer custo, salvar os manicômios, crendo “que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição” (AMARANTE, 2007, p. 41). Deste grupo, ficou o legado do reconhecimento da importância da participação de usuários, familiares e profissionais em todo o processo de cuidado das pessoas internadas.

O segundo grupo, apesar de reconhecer a necessidade de se trabalhar além dos muros dos hospitais, ainda colocava a instituição fechada como parte do processo de cuidado. A partir da Psiquiatria de Setor foram organizados Centros de Saúde Mental, nas regiões de origem das pessoas internadas, os quais serviam como espaços complementares ao tratamento hospitalar. Nos hospitais, as enfermarias passaram a ser organizadas com pessoas das mesmas regiões, para que a passagem do hospital para os centros comunitários — bem como o inverso — fosse facilitada. Além de iniciar os cuidados fora dos hospitais, este grupo ampliou para além a Psiquiatria o cuidado em saúde mental, abrindo as portas para outras áreas profissionais e constituindo as equipes multidisciplinares.

O último grupo trouxe consigo uma marca que o distanciou dos demais: a luta pela extinção dos manicômios, com a criação de serviços substitutivos aos hospitais. Além disso, este grupo pôs em cheque todo o corpo científico da Psiquiatria, questionando o conhecimento produzido por esta ciência para lidar com as pessoas em sofrimento psíquico, como afirma Amarante (2007, p 53 e 54):

No âmbito da Antipsiquiatria não existiria, enfim, a doença mental enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. Na medida em que o conceito de doença mental era então rejeitado, não existiria exatamente uma proposta de tratamento da ‘doença mental’, no sentido clássico que damos à idéia de terapêutica. O princípio seria o de permitir

que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria, por si só, terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao 'terapeuta' competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria.

Mesmo ainda sendo dominado pela psiquiatria, o campo da saúde mental vem se ampliando para outras disciplinas, passando por diversas reformas e reestruturações terapêuticas de cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico. Algumas dessas transformações já foram legitimadas socialmente e incorporadas ao campo jurídico-legal do nosso país, como veremos adiante.

2.2 Do movimento da Reforma Sanitária à Reforma em Saúde Mental no Brasil

No Brasil, o início da década de 1970 é marcado pela falência do modelo de saúde privatista, o qual apresentava como principal problema a exclusão de grande parte da população brasileira no que diz respeito ao acesso ao cuidado em saúde. Como estratégias de superação e de adequação às exigências do modelo político-econômico vigente foram estabelecidas políticas de saúde compensatórias, com o objetivo de atender à demanda rejeitada pelo modelo médico-assistencial privatista. Porém, tais políticas compensatórias ainda traziam marcas de fragmentação no atendimento e continuavam a legitimar as desigualdades sociais em crescimento na nossa sociedade (SILVA, 2005).

Tal conjuntura abriu espaço para que fossem iniciados no país movimentos de disputa por um novo projeto para a saúde pública brasileira, que foram fortemente marcados pela mobilização e participação efetiva de diversos atores sociais. A organização de parte da população brasileira trouxe como principais conseqüências o fortalecimento dos movimentos sociais e o aumento da responsabilidade das demandas sociais para o Estado (MENDES, 1996).

A luta por um novo projeto para saúde e pelo reconhecimento desta como direito universal e dever do Estado iniciava-se dentro deste contexto, e esse movimento ficou conhecido com Movimento da Reforma Sanitária, o qual em 1988

tem seus princípios incorporados ao texto constitucional. Para Mendes (1996), a Reforma Sanitária se define 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).

Não pode ser esquecido que a aprovação constitucional do SUS deu-se em um momento de transição de um regime autoritário para um democrático, passando este último por uma crise, advinda da falência do Estado promovida pelos governos anteriores. Mesmo assim, o Brasil, assim como outros países da América Latina, apostou na transformação e seguiu em frente com suas reformas, apesar de se apresentar no contexto nacional e internacional dúvidas sobre a responsabilidade estatal sobre a produção de bens e serviços (CAMPOS, 2006). Ineditamente, o Estado Brasileiro assume a responsabilidade com todos os seus cidadãos, abrangendo as políticas públicas de saúde e assistência social — através do tripé da seguridade social — para qualquer pessoa que delas necessite, sem a obrigatoriedade de qualquer prévia contribuição para a saúde e assistência.

Na Constituição de 1988, o SUS traz consigo uma concepção de saúde ampliada, a qual não se restringe a ser o oposto da doença, e, mais do que isso, coloca-se como um direito de cada cidadão e não privilégio de poucos. Adotando os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização, o SUS pretende atender a todos os cidadãos brasileiros, sem nenhuma distinção, de forma igual e completa. Sendo entendido desta forma, “a proposta do SUS encontra-se como a melhor doutrina de construção de cidadania” (MENDES, 1996, p. 69).

Inspirado nesses princípios e diretrizes, o SUS se configura como uma nova forma de organização e oferta de atenção em saúde, reorganizando os serviços já existentes e, principalmente, trazendo novos serviços para compor a rede de atenção em saúde no Brasil. O foco do investimento na Saúde Pública brasileira passa a ser voltado para a promoção e prevenção da saúde, através da criação da Estratégia de Saúde da Família, principalmente. O Programa de Saúde da Família (PSF) tem como objetivo promover a saúde de uma quantidade determinada de famílias localizadas em um dado território de abrangência.

Além da promoção e prevenção, as intervenções em saúde de menor complexidade também podem ser desenvolvidas nos postos do PSF, desafogando o fluxo de pessoas que procuram o hospital (alta complexidade) com necessidades de saúde que podem ser resolvidas em equipamentos de menor complexidade. Sendo assim, o SUS prevê a disposição dos seus serviços e programas de forma descentralizada e hierarquizada, com os seus equipamentos formando uma rede de atenção que utiliza como critério de organização o território e a complexidade da demanda. Cada bairro ou comunidade tem o seu posto de Saúde da Família que, quando necessita de uma intervenção mais específica, encaminha a demanda para os serviços especializados.

No que diz respeito à Saúde Mental, o Movimento da Luta Antimanicomial ganhou força ao lado do Movimento da Reforma Sanitária, e foi iniciada no Brasil a reforma em Saúde Mental nos mesmos moldes da reforma de toda saúde pública. A partir do cenário de lutas no Brasil e das experiências internacionais — já descritas no tópico anterior — são iniciados questionamentos sobre o cuidado oferecido em saúde mental, executados hegemonicamente pelos hospitais psiquiátricos. A partir de então, novos modelos de atenção são propostos e, alguns deles, são fortalecidos e incorporados às leis brasileiras.

A experiência da reforma em Saúde Mental Brasileira se espelhou nos moldes da proposta do terceiro grupo apresentado — o da Psiquiatria Democrática e da Antipsiquiatria — que tem como seu principal representante Franco Basaglia e suas experiências na Itália. Inspirado nos questionamentos desse grupo e a partir das

particularidades do povo brasileiro, o Movimento da Luta Antimanicomial conseguiu, em 1986, colocar em funcionamento o primeiro Caps do país, como tentativa de efetivação da Reforma em Saúde Mental. Mais adiante, o movimento consegue aprovar em 2001 a Lei Paulo Delgado, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional. Tal lei aponta como prioridade o oferecimento de tratamento de base comunitária, prevendo a extinção progressiva dos leitos em manicômios e expansão progressiva dos novos serviços de saúde mental.

Sendo assim, a crítica ao modelo 'hospitalocêntrico' e o processo de desinstitucionalização de pessoas em sofrimento psíquico são reforçados e, o direito à saúde, como conceito ampliado, é garantido legalmente. Porém, ainda hoje os investimentos financeiros continuam a priorizar os hospitais psiquiátricos, os quais recebem 70% dos recursos destinados pelo governo à saúde mental, enquanto que os Caps ficam apenas com os 30% restantes (BRASIL, 2005). Mesmo assim, é importante salientar que a Reforma em Saúde Mental exige tempo e dedicação para que as mudanças sejam percebidas, por caracterizar-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" (SILVA, 2005, p. 93).

Segundo documento divulgado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), os Caps são serviços de saúde abertos e comunitários, os quais substituem os hospitais fechados, caracterizados como a principal estratégia para a efetivação da Reforma em Saúde Mental, e devem se articular com os demais equipamentos de saúde que compõem a rede de serviços da Saúde Pública. Eles devem funcionar, especificamente, como articulador da rede de saúde mental e

[...] têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (p. 12).

No formato de atenção psicossocial de base territorial, o Caps se apresenta principalmente como o espaço de atendimento aos usuários em situação de crise,

suprindo o atendimento da demanda advinda do fechamento do hospital. É importante ressaltar que aqui a crise é entendida não como um agravamento da doença, a qual precisa ser controlada; mas como o resultado de diversos fatores que perpassam a relação do usuário com seu contexto; “uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica” (AMARANTE, 2007, p. 82). E é no Caps que essa crise pode ser trabalhada e superada.

Além do atendimento à crise, é no Caps que toda a demanda de saúde mental do seu território deve ser apresentada para que, de acordo com cada caso, uma resposta seja construída. Vale ressaltar que os Caps foram idealizados como a principal estratégia para a política de saúde mental, tendo como missão articular vários outros serviços de saúde para a efetivação da rede de cuidado em saúde mental, tais como o PSF, as Residências Terapêuticas, os ambulatórios e leitos em hospitais, entre tantos outros componentes da rede de serviços de saúde, como pode ser visualizado na figura abaixo:

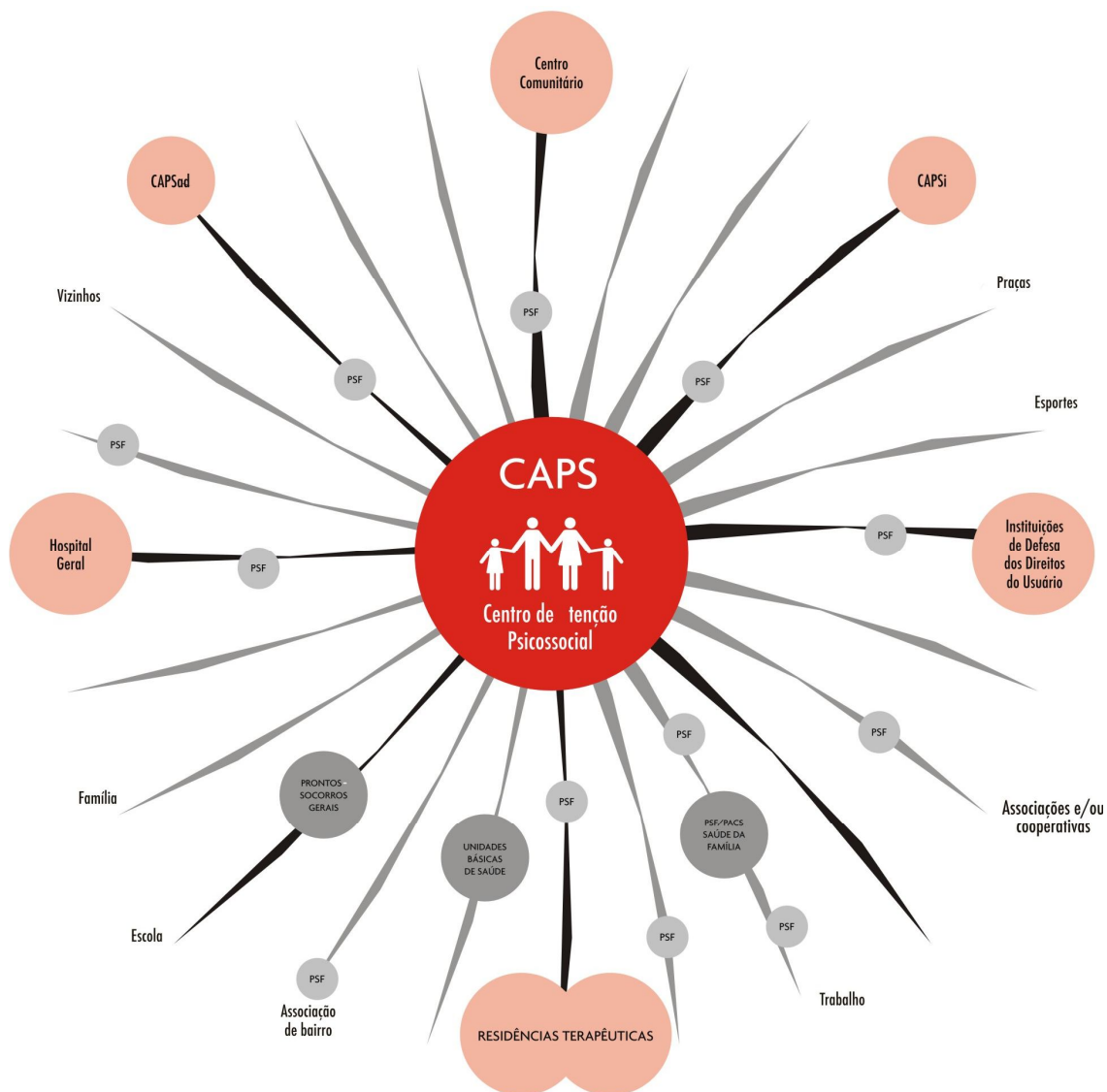


Figura 1 - Configuração da rede de atenção em saúde mental. Fonte: Brasil, 2004b.

Na tentativa de oferecer a atenção em saúde cada vez mais próxima da comunidade e desinstitucionalizada, o processo de reforma vem trazendo à tona a necessidade de oferta de atenção em saúde mental junto aos PSF. Apesar de já ter sido pensado o apoio matricial²³ à Estratégia de Saúde da Família, poucas cidades brasileiras conseguiram efetivá-lo. Tal apoio deveria ser dado por uma equipe de profissionais de saúde mental aos profissionais que compõem os PSF, “contribuindo para que estas consigam o máximo de sucesso em suas intervenções, sem a

²³ Equipes multiprofissionais que têm a função de subsidiar as ações de saúde mental junto aos PSF (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

necessidade de encaminhar as pessoas aos níveis mais complexos de recursos” (AMARANTE, 2007, pg. 96).

O mesmo autor defende que a oferta do apoio matricial prioriza o investimento na promoção da saúde e pode ocasionar um processo de ‘desmedicalização’ da doença, na medida em que os ‘problemas de saúde’ têm a possibilidade de serem resolvidos com os recursos da própria comunidade, sem a necessidade da intervenção de medicamentos e de encaminhamentos a níveis mais complexos de atenção (AMARANTE, 2007). Para Campos e Domitti (2007),

o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógica às equipes de referência (que aqui seriam as equipes do Caps ou PSF). Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (p. 400).

Em Recife, existem equipes de apoio matricial, que são nomeadas de ‘equipe de ação avançada’, vinculadas aos Caps, mas que não conseguem, ainda, dar conta das demandas nem de todo o território dos Caps, nem dos PSF da cidade. Sendo assim, para Recife, os Caps se configuram definitivamente como porta de entrada em saúde mental para toda a população do seu território. No ano de 1992 foi criado o primeiro espaço alternativo aos hospitais psiquiátricos no Estado de Pernambuco, o hospital-dia Espaço Azul, que pode ser indicado como o primeiro ato administrativo para a reforma em saúde mental nesse Estado. Em 1994, o então Deputado Estadual Humberto Costa, consegue aprovar a lei estadual nº 11.064/94²⁴, que versa sobre a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por serviços comunitários no estado de Pernambuco. Dois anos após a aprovação da lei, entra em funcionamento o primeiro Caps da cidade do Recife, dando início à municipalização dos serviços de saúde mental, como prevê o princípio da descentralização do SUS (GRUNPETER, 2008).

Hoje, Recife conta com uma rede de saúde mental composta por nove Caps Transtornos, dentre eles dois para crianças e adolescentes²⁵. Além disso, a cidade

²⁴ Que pode ser encontrada no Anexo F deste trabalho

²⁵ Informações disponíveis em www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/mat_144851.php

possui seis Caps para álcool e outras drogas²⁶, onze residências terapêuticas²⁷ e quatro albergues terapêuticos, que servem como suporte para o tratamento nos Caps AD (RECIFE, 2007a). Assim, apesar de ampla, a rede de saúde mental nesta cidade ainda precisa ser estendida para os equipamentos de saúde da rede primária — os PSF — para que a porta de entrada em saúde mental seja efetivamente descentralizada.

No que se refere à população de rua, muitas vezes quando são acionados, os Caps designam às equipes de ação avançada a responsabilidade por esses usuários, visto que eles diferem do perfil atendido pelos Caps. Mesmo assim, a equipe de ação avançada tem a obrigação de levar o caso para a reunião de equipe do Caps para ser avaliada qual resposta poderá ser dada para cada caso. Parece-me que a responsabilidade dessa equipe acaba se restringindo a atender pessoas fora dos muros da instituição, pois as equipes dos Caps não apresentam essa flexibilidade. Por serem poucas e ainda estarem muito ligadas aos procedimentos desenvolvidos na instituição Caps, as equipes de ação avançada ainda não conseguem dar conta da demanda da população que vive nas ruas e esta acaba sem ter acesso ao cuidado em saúde mental, ou quando o tem, precisa se encaixar no perfil de usuário atendido nos Caps.

²⁶ Caps AD: espaços destinados para usuários que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, que também compõem a rede municipal de saúde mental (RECIFE, 2007a).

²⁷ Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social". (Portaria/GM nº 106 — De 11 de fevereiro de 2000)

2.3 População de rua: território e domicílio

Castel (2005) coloca que a Assistência, aqui extrapolada para a maioria das políticas sociais, exige um domicílio para garantir o atendimento, mesmo que este seja realizado em outro lugar. Como bem coloca o autor, essa necessidade

significa que é preciso ter um lugar marcado na comunidade para ser assistido. A domiciliação não corresponde apenas a um imperativo técnico para instrumentalizar a distribuição dos auxílios. É, sobretudo, a condição de possibilidade que decide sobre o fato de ser assistido ou não” (p. 60).

A noção de território, conceito chave para a organização dos serviços de saúde no contexto da Reforma Sanitária, é marcada pelas relações sociais construídas entre pessoas que vivem em uma determinada área, bem como pelas relações dessas pessoas com os equipamentos sociais componentes daquela área de abrangência. Nesse sentido, o conceito de território se amplia para qualquer modalidade de vínculo que se estabelece com a comunidade, independentemente, de possuir residência ou não.

Assim, o domicílio não deve/pode ser atrelado à moradia formal — casa —, mas sim ao sentido de pertencer a determinada área circunscrita pelas políticas públicas, incluindo-se, dessa forma, as pessoas que vivem nas ruas e calçadas das comunidades. É preciso refletir que, mesmo sem casa, a população de rua imprime marcas no cotidiano das pessoas de uma comunidade e são marcadas pelas regras e acordos construídos pelos demais habitantes do território.

Porém, a maioria dos equipamentos sociais ainda não reconhecem as pessoas que vivem nas ruas como usuários dos serviços prestados nos territórios de abrangência de suas ações. O processo histórico de exclusão que marca a história de vida dessas pessoas continua permitindo práticas de invisibilidade em relação às demandas trazidas pelos moradores de rua. Ainda no tocante à população de rua, em documento divulgado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) com o objetivo de instituir as Residências Terapêuticas no Brasil, esta população é incluída no rol dos

possíveis usuários desse serviço, desde que estejam realizando tratamento nos Caps²⁸.

Diante dessa realidade social, a saúde — de acordo com seu projeto de universalização do cuidado — deveria se apresentar como um dos principais espaços de atribuição de novos sentidos à vida, diante de uma sociedade capitalista marcada por valores tão perversos e excludentes. Como afirma Luz (2004):

A saúde está possivelmente no lugar das relações de empatia entre os sujeitos, subtraída da sociedade pelos valores individualistas, através de práticas que reinserem o contato físico entre as pessoas[...] está legitimando situações de cuidado que eram antes assumidas por instituições ou instâncias específicas[...] (p. 19)

Porém, na prática cotidiana, esse espaço de ressignificação e construção de cidadania parece que vem sendo negado para aqueles que moram nas ruas. Contrariando o pressuposto da reinserção social das pessoas em sofrimento mental, o qual prevê a extinção progressiva dos leitos hospitalares e a expansão da rede de saúde mental como possibilidade de tratamento em meio aberto, dessas pessoas parece estar sendo retirado o direito de acesso ao serviço e, principalmente, o direito de cuidar da sua saúde integralmente.

Parece ter havido um processo de naturalização com relação ao imperativo do domicílio com casa e da referência sócio-familiar e/ou comunitária para a aceitação no tratamento: mesmo quando colocados frente a uma demanda diferenciada e com suas especificidades, os serviços não conseguem construir estratégias eficazes para um fenômeno não familiar. A partir do estranhamento frente a este desamparo vivenciado por pessoas em sofrimento psíquico que moram nas ruas, adotarei neste trabalho um comprometimento com a desnaturalização de uma situação social instituída historicamente, bem como uma preocupação dos efeitos dessa naturalização para essa população.

Ao trabalhar com População de Rua, colocamos em cheque muitos dos conceitos imprescindíveis para o funcionamento “normal” e “correto” desses

²⁸ Esta é a única referência à população de rua dentre as publicações governamentais e legislações de saúde pública no Brasil.

serviços, pois historicamente as contingências e realidades desta população não vêm sendo levadas em consideração. Sendo assim, parece necessário que ocorra o estranhamento desses profissionais e serviços frente às condições dessas pessoas que vivem nas ruas, ocasionando a desnaturalização de conceitos e pré-requisitos já estabelecidos, pois só assim será possível a invenção de novas e diferentes formas de atenção e cuidado com a População de Rua.



Capítulo 3

O desenrolar da pesquisa

Ao desamarrarem os nós que mantêm atada a compreensão de ciência como algo transcendental, universal, verdadeiro e superior às práticas humanas, os (as) construcionistas situam o conhecimento científico no rol das práticas sociais (CORDEIRO, 2004).

Ao adotar como perspectiva epistemológica o construcionismo social, assumo a crença na pesquisa científica como uma prática social, a qual possibilita a reflexão e a transformação da realidade. Como afirmam Spink e Frezza (2004):

A pesquisa construcionista é, portanto, um convite a examinar essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas, é um convite a aguçar a nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social [...] (p 32)

Insiro aqui a abordagem teórico-metodológica das práticas discursivas, que para Spink “são as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas” (2004a, p. 40). Essa definição reitera o foco dessa abordagem na linguagem em uso, sendo esta tomada como prática social, contextualizada em um momento histórico. Para a mesma autora, as práticas discursivas se constituem por três elementos, que são a dinâmica, as formas — ou *speech genres* — e os conteúdos, ou repertórios lingüísticos, que seriam o foco dessa abordagem. Como diz Spink (2004a):

Os repertórios lingüísticos são os termos, os conceitos, os lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções de sentidos. Esses repertórios circulam na sociedade de formas variadas. Aprendemos repertórios no próprio processo de aprendizagem da linguagem, por meio de livros que lemos, dos filmes que assistimos e daí por diante (p.46).

Estes repertórios vêm sendo trabalhados em três tempos históricos distintos: o *tempo longo*, o *tempo vivido* e o *tempo curto*. O primeiro, o *tempo longo*, caracteriza-se por ser constituído de episódios que acontecem ao longo da história das civilizações e precedem a vida da pessoa, mas fazem-se presentes por meio da reprodução social. O *tempo vivido* corresponde às experiências vividas a partir do processo de socialização de cada pessoa, no qual também se referenciam nossas narrativas afetivas. Por fim, o *tempo curto* é o “tempo do acontecimento”, da comunicação face-a-face, da interanimação dialógica, marcado pela polissemia e que nos permite entender a dinâmica da produção dos sentidos. (SPINK e MEDRADO, 2004). Tais sentidos são sempre marcados pela interação e pelo diálogo de diferentes vozes, sendo a interanimação dialógica uma rede de endereçamentos pessoais acionada nos enunciados das falas. É importante aqui ressaltar a definição de sentido

como uma construção social, e enfatizamos que tal construção se dá num contexto, numa matriz que atravessa questões históricas e culturais e que é essa construção que permite lidar com situações e fenômenos do mundo social[...] Produzir sentido, portanto, é o que permite lidar com situações e fenômenos do dia-a-dia (SPINK, 2004b, p. 49).

É nesse contexto de produção de sentidos que se insere a noção de posicionamento, o qual pode ser definido como posições assumidas pelas pessoas, conscientemente ou inconscientemente, no processo de interanimação dialógica e como produto deste. Este conceito é mais dinâmico do que a noção de Identidade, por abrir possibilidades de mudanças, reorientações e/ou reiterações de posturas já tomadas em um processo de interação. Para Spink (2004b, p. 50) “posicionar-se implica navegar pelas múltiplas narrativas com que entramos em contato e que se articulam nas práticas discursivas”. E, nessas múltiplas narrativas, estamos o tempo

todo nos posicionando — posicionamento reflexivo — e posicionando o outro com quem falamos — posicionamento interativo (DAVIES & HARRE, 1997).

Diante disso, que implicações ético-metodológicas são assumidas quando se trabalha em uma perspectiva construcionista? Entendendo o conhecimento como produto de uma construção coletiva — a partir da interação lingüística entre pessoas — e a pesquisa social como uma das formas de construção de conhecimento, é que se levanta a necessidade de se considerar alguns aspectos ético-metodológicos nessa construção.

Uma pesquisa pautada numa ética dialógica deverá tomar alguns cuidados, levando em consideração como elemento central de preocupação as inter-relações estabelecidas entre pesquisador e pesquisado. Tais cuidados devem ser: a proteção do anonimato de quem está se dispondo a colaborar com a pesquisa; o consentimento informado e a atenção nas relações de poder estabelecidas entre pesquisador e pesquisado (SPINK, 2000). Sendo assim, o primeiro passo para garantir os procedimentos éticos foi encaminhar o projeto de pesquisa que originou esta dissertação para o Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFPE, onde este foi avaliado e teve a execução autorizada.

Após aprovação do Comitê de Ética, para cada entrevista realizada foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), pelo qual é garantido ao pesquisado o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa, além de garantir o seu anonimato, seguindo então a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 1996). Esse termo foi lido em voz alta, junto ao entrevistado, antes de iniciado o procedimento de pesquisa. Pedi ao pesquisado que, após o término da leitura e do esclarecimento das dúvidas que surgiram, ele assinasse o termo, de modo a resguardar eticamente o pesquisado, e também o pesquisador.

Além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi apresentada uma Carta de Anuência (Anexo E) nos serviços escolhidos para realizar a pesquisa, o que garantiu a autorização dessas instituições para a efetivação do trabalho. Todas as informações obtidas através da realização da pesquisa serão guardadas sob o

encargo da pesquisadora responsável, em pastas lacradas, com os dados de identificação do profissional e da instituição separados das informações cedidas na entrevista.

3.1 O caminho percorrido

A inserção no campo de pesquisa deste trabalho se iniciou desde a minha entrada no SESR, no ano de 2006, antes mesmo de ingressar no curso de mestrado. Já nos primeiros dias no serviço, como já mencionei na apresentação deste trabalho, comecei a estranhar aquele novo lugar e a anotar as minhas impressões e angústias profissionais diante de um campo tão desconhecido. Apesar de tentar dar um formato cronológico, mostrando o passo a passo de como foi a elaboração e efetivação da metodologia deste trabalho, tal processo foi vivenciado com muitas idas e vindas, que nem sempre sinalizavam para uma linearidade na produção.

Logo de início, pensei em estudar como os serviços de saúde mental acolhiam e encaminhavam a demanda de sofrimento psíquico em moradores de rua. Assim, a proposta inicial, que inclusive fora encaminhada para o Comitê de Ética, previa a escolha de uma Região Político-Administrativa — RPA²⁹ da cidade, a partir da qual seriam entrevistados os profissionais do SESR responsáveis por esta área, bem como os profissionais do Caps deste território. Porém, durante a qualificação do projeto de pesquisa, em Dezembro de 2007 — quando eu já havia encaminhando o projeto para avaliação do Comitê de Ética — a banca sugeriu que fossem escolhidos alguns casos de moradores de rua em sofrimento mental atendidos pelo IASC para que, a partir dos casos, pudéssemos compreender as histórias de vida de cada usuário, os fluxos e os encaminhamentos dados pelas instituições envolvidas nas histórias escolhidas.

²⁹ A cidade do Recife se organiza em seis Regiões Político—Administrativas (RPA) — nas quais são distribuídos os bairros e os serviços públicos municipais. A política de saúde mental, dentro da política de saúde como um todo, divide seus serviços por base nessa distribuição municipal, nomeando cada RPA por Distrito Sanitário, existindo assim seis Distritos Sanitários em Recife. Em cada distrito é possível se encontrar uma rede de serviços de saúde, que baseia seu atendimento nessa referência de território (RECIFE, 2007b).

Assim, para a realização desta dissertação, construímos — eu e a banca — como limite estudar a história de vida e dos encaminhamentos de três usuários atendidos pelo SESR, com o objetivo de compreender como, em cada história, foi construído o percurso de idas e vindas para ter acesso ao cuidado em saúde mental. Apesar de todos serem moradores de rua, suas histórias diferenciam-se umas das outras, mostrando-nos as continuidades e rupturas no processo de cuidado a esta população.

Para iniciar a escolha dos casos, convidei todos os profissionais que trabalham no SESR para uma reunião sobre o atendimento das equipes às pessoas em sofrimento mental vivendo na rua³⁰. Nessa reunião compareceram apenas cinco dos dezenove profissionais que compõem as equipes do serviço, sendo quatro assistentes sociais e um psicólogo. Durante a reunião foram apresentados nove casos de pessoas em sofrimento psíquico que moram — ou moravam — na rua e que estavam sendo atendidos pelo lasc. Duas profissionais que não puderam comparecer à reunião me mandaram por e-mail uma justificativa e também uma descrição dos seus usuários em sofrimento mental, o que totalizou onze casos, distribuídos no quadro abaixo.

RPA 01	RPA 02	RPA 03	RPA 04	RPA 05	RPA 06	Total
02	03	04	—	—	02	11

Quadro 1 - Quantidade de casos apresentados por RPA

É importante destacar que a escolha dos casos foi feita a partir do total dos casos atendidos pelo lasc, o que significa que provavelmente existem muitas outras pessoas em sofrimento psíquico morando nas ruas de Recife que não são atendidas pelo serviço e que, portanto, não poderiam ser escolhidos por mim. Logo, ser atendido por uma equipe do lasc já pode ser colocado como primeiro recorte para a possibilidade de escolha; além disso, como já disse antes, nem todas as equipes participaram da primeira reunião e, portanto, nem todos os casos atendidos pelo

³⁰ Ver roteiro para reunião no Anexo B

lasc foram apresentados, o que se coloca como outro delimitador das possibilidades de escolha.

Após ser apresentada aos onze casos decidi escolher apenas três para análise, visto que o tempo disponível para elaboração de uma dissertação de mestrado não permitiria que me aprofundasse nas histórias de todos os casos apresentados. Para escolher os três casos, precisei estabelecer alguns critérios; que foram: já ter um acompanhamento sistemático das equipes do lasc, para que os profissionais pudessem me contar mais detalhes sobre o usuário e ter um número suficiente de instituições envolvidas; ter vivido nas ruas em RPA diferentes, com o objetivo de saber se em diferentes localidades as ações e as dificuldades são as mesmas; e ter histórias de vida e de encaminhamentos diversas, para que pudessem ser visualizadas continuidades, mas, principalmente, as rupturas e diferenças de cada caso.

Depois de definidos os três casos³¹, realizei entrevistas aprofundadas com os profissionais das equipes do SESR que atendiam a cada usuário escolhido. Nessas entrevistas, pude conhecer mais detalhes sobre a história de vida de cada usuário, identificando as instituições acionadas no decorrer dos encaminhamentos dados pela equipe. Não posso deixar de mencionar a burocracia enfrentada para conseguir a assinatura da Carta de Anuência do lasc para a realização do trabalho. Apesar de fazer parte da instituição, diversos procedimentos foram estabelecidos, e, mesmo encontrando meus colegas diariamente, precisei esperar a autorização do setor responsável para poder iniciar as entrevistas tanto no SESR, quanto nas unidades de acolhida. Tal morosidade, mesmo sendo característica de quase todos os serviços públicos, foi acentuada no lasc devido à inexistência dos procedimentos a serem seguidos, visto que tal situação era novidade para instituição. Depois de resolvidos esses impasses, consegui, com facilidade, realizar as entrevistas necessárias para o trabalho.

³¹ As RPA dos casos escolhidos são a 3, 5 e 6.

Como dito anteriormente, a partir das entrevistas dos três profissionais do SESR, escolhi outras instituições que participaram dos encaminhamentos para cada caso, totalizando três para cada história contada. O Caps e a família foram atores importantes para os encaminhamentos dados para os três casos e se configuraram como interlocutores para o trabalho. Sendo assim, escolhi o Técnico de Referência³² do Caps para cada caso e uma pessoa de cada família para entrevistar. Para completar as entrevistas, foram escolhidos dois profissionais de Casa de Acolhida³³ do IASC em que dois usuários foram acolhidos e uma pessoa da comunidade de uma usuária escolhida. O quadro abaixo ilustra a quantidade total de entrevistas realizadas.

	Profissional do IASC	Técnico de Referência do Caps	Profissional de Casa de Acolhida/IASC	Familiar	Pessoa da comunidade	Total de entrevistas por caso
Caso 1 - Cláudia	Andréa	Paula	—————	Sueli	Olívia	4
Caso 2 - Fábio	Ana	Igor	Leandro	Marta	—————	4
Caso 3 - Carla	Olga	Lúcia	Aline	Hilda	—————	4
Total de entrevistas						12

Quadro 2 - Distribuição das entrevistas realizadas.

Além das doze entrevistas, utilizei também as minhas anotações³⁴ registradas em um diário de campo, o qual, como eu já disse anteriormente, foi inaugurado

³² Quando o usuário é admitido no tratamento do Caps, a equipe determina um profissional para ser o Técnico de Referência do usuário na instituição. Apesar de toda a equipe participar do cuidado, o Técnico escolhido é a referência do usuário para os assuntos internos e externos à instituição.

³³ As Casas de Acolhida são equipamentos da Alta Complexidade do IASC que fornecem abrigo temporário para pessoas que estão com os vínculos muito fragilizados ou rompidos com a sua família e comunidade de origem. O IASC possui dez unidades de acolhida, sendo: duas para crianças, quatro para adolescentes, duas para adultos e duas para idosos. Informações disponíveis em:

http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/06/protecao_social_especial_de_alta_complexidade_144922.php.

³⁴ Sobre estas anotações não posso deixar de mencionar que, no mês de Julho deste ano, o meu diário de campo foi furtado, pois se encontrava dentro de um carro que fora roubado no estacionamento de um supermercado da cidade. Devido a este fato, precisei recorrer à memória para relembrar algumas situações vivenciadas no cotidiano do serviço.

desde a entrada no SESR. Além da burocracia enfrentada no IASC, a autorização para as entrevistas com os profissionais dos Caps também seguiu um caminho de muitas idas e vindas a diversos setores da Secretaria de Saúde, até encontrar a pessoa responsável. Quando escolhi os casos, percebi que precisaria conversar com três profissionais de Caps distintos, situados em RPA diferentes. Por conhecer toda a equipe de um desses Caps, iniciei meu contato por este equipamento, onde não encontrei nenhum obstáculo para a realização da entrevista com o profissional desejado. Tanto a gerência quanto a psicóloga procurada foram bastante solícitas, agendando, já no primeiro contato, o momento para a entrevista. No segundo Caps procurado, também não enfrentei nenhuma barreira, mesmo sem conhecer qualquer pessoa daquela equipe. A única dificuldade foi o agendamento com o profissional que acompanhava o usuário, visto que o mesmo estava prestes a ter um filho e entrar em licença paternidade. Mesmo assim, a gerente me repassou o telefone de contato do profissional, que me recebeu no horário agendado.

Porém, ao chegar ao terceiro Caps a situação mudou completamente. Apesar da receptividade da gerência, a profissional responsável pelo caso não aceitou marcar a entrevista, sem que antes eu conseguisse uma autorização do gabinete da Secretaria de Saúde liberando a realização da mesma. O procedimento que eu havia seguido até então³⁵, segundo esta profissional, estava incorreto, visto que ela havia precisado realizar uma pesquisa nos serviços de saúde mental no mesmo ano e teve que seguir outras regras para conseguir a Carta de Anuência. Diante desse impasse, precisei devolver as três Cartas de Anuência, que já estavam assinadas pelas gerências do Caps, e tive que procurar o gabinete, como indicado pela profissional. Após isso feito, recebi uma Carta de Anuência da Secretaria de Saúde, autorizando a minha pesquisa em toda a rede de serviços municipais ligados a esta secretaria. Com esta Carta em mãos, consegui agendar um horário com a profissional que faltava e, após três remarcações, finalmente, realizamos a entrevista.

³⁵ Inicialmente, entrei em contato com os Caps e, após esse primeiro contato, enviei uma cópia do meu projeto de mestrado, junto com um modelo de Carta de Anuência para a Coordenação de Saúde Mental. Lá na Coordenação, foi comunicado aos Caps em questão a minha necessidade e as Cartas de Anuência foram assinadas pelas respectivas gerências.

Para o contato com as famílias contei com a ajuda dos meus colegas do SESR, os quais agendaram junto a essas famílias as minhas entrevistas com muita rapidez. Nos três casos, fui apresentada pela equipe aos familiares dos usuários escolhidos e realizei as entrevistas em suas casas. No primeiro caso escolhido, que contou com a participação de uma pessoa da comunidade em que Cláudia morava quando vivia nas ruas, — como pode ser visto no quadro 2 — a aproximação também foi intermediada pela técnica responsável pela equipe que acompanhava o caso.

3.2 Organização e análise do material de pesquisa

Depois de realizadas todas as entrevistas, iniciei um árduo processo de transcrição literal do material. Talvez esse seja o momento de menos empolgação durante a construção da dissertação, por se apresentar como uma atividade cansativa, apesar de essencial. Com todas as entrevistas transcritas, li e reli diversas vezes as diferentes versões e opiniões sobre cada caso. Inicialmente, pensei em agrupar as opiniões dos interlocutores sobre as histórias de vida dos usuários escolhidos, sobre os encaminhamentos dados pelas instituições, bem como as dificuldades relatadas por cada um dos entrevistados em relação a cada caso. Porém, rapidamente percebi que as histórias, se contadas de forma separadas, poderiam trazer maiores detalhes e especificidades vivenciadas por cada usuário e por cada interlocutor escolhido. Sendo assim, os casos serão apresentados e discutidos um a um, no capítulo seguinte. Acredito no espaço de entrevista como um momento de produção coletiva de sentidos sobre o assunto pesquisado; um momento no qual são ativadas pela memória diversas vozes culturais e pessoais (SPINK, 2004a). Sendo assim,

Essa aproximação nos levou a considerar a entrevista como prática discursiva, ou seja, entendê-la como ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade (PINHEIRO, 2004, p. 186)

Procurei compreender na minha análise os diversos posicionamentos e as diferentes versões das pessoas envolvidas nas histórias de vida de cada caso

escolhido, buscando entendê-los nos endereçamentos do diálogo. Na narrativa dos familiares, procurei as explicações e sinais para o início do sofrimento psíquico de cada usuário, bem como os motivos que os levaram a sair de casa e se distanciarem de suas famílias; com os profissionais do SESR, as entrevistas tiveram como foco a situação encontrada no primeiro atendimento na rua e os caminhos percorridos junto a cada usuário no seu processo de atendimento; com os profissionais dos Caps e das Casas de Acolhida do Iasc, quis saber como cada usuário chegou e foi acolhido naquele serviço, qual a avaliação feita de cada história de vida e que encaminhamentos foram construídos para solucionar cada caso.

Dessa forma, foram escutadas diversas versões e opiniões sobre as histórias de vida dos três usuários escolhidos, o que permitiu que eu também construísse a minha versão para análise³⁶. Para a organização e melhor visualização da história de vida de cada usuário escolhido, baseei-me no recurso das linhas narrativas como forma de organização das diferentes versões de histórias de vida de cada usuário escolhido. Segundo Spink e Lima (2004, p. 117), a linha narrativa “busca situar cronologicamente (numa linha horizontal) os eventos marcadores da história contada”, que será apresentado no início de cada caso. Construí, para cada caso, um quadro que marca alguns dos eventos importantes — segundo a minha avaliação — da vida de cada usuário. Foram contados muitos argumentos distintos e, a depender do interlocutor, foi utilizado um percurso diferente para tais histórias. Sendo assim, ao me deparar com essa diversidade, escolhi utilizar tal recurso como referência, o que permitiu a elaboração desses quadros.

Além das linhas narrativas, para o caso de Fábio — o segundo — utilizei como referência mais um recurso freqüentemente empregado nas pesquisas situadas na abordagem das práticas discursivas, denominado de árvores associativas. Segundo as mesmas autoras,

[...] as árvores associativas são estratégias adequadas para a compreensão de determinadas passagens das entrevistas (ou de qualquer outro material discursivo), em que buscamos entender a construção (ou co-construção) do argumento (SPINK e LIMA, 2004, p. 116)

³⁶ Os roteiros das entrevistas encontram-se no Anexo C desse trabalho.

Dessa forma, na discussão sobre o segundo caso poderá ser visualizado o desenho inspirado em uma árvore associativa em relação à construção do argumento de Marta — irmã do usuário em questão — sobre a sua vontade de não recebê-lo em sua casa de volta. Ambos os recursos poderão ser melhor entendidos a partir da visualização apresentada no capítulo que se segue.



Capítulo 4

Vidas nas ruas: as três histórias escolhidas

Neste capítulo apresentarei as histórias de vida dos três usuários escolhidos para esta dissertação. O primeiro caso que vou apresentar na minha dissertação é o de Cláudia³⁷: uma mulher, de 42 anos de idade, que estava nas ruas há quatro anos, aproximadamente. Conforme apresentado no capítulo anterior, no desenrolar deste capítulo, além de Cláudia, contaremos com a presença de alguns interlocutores que me ajudaram a construir essa história, que são: Andréa, assistente social da equipe que atendeu Cláudia na rua; Olívia, dona de um ponto comercial localizado na comunidade em que Cláudia vivia; Paula, psicóloga do Caps responsável pelo território que Cláudia morava; e Sueli e Saulo, irmãos de Cláudia.

O segundo caso conta a história de Fábio: um homem, de aproximadamente 58 anos de idade, que vivia nas ruas sozinho há dois anos, apesar de sua vivência de rua ter se iniciado há mais de cinco anos. Para a história de Fábio, teremos a presença de: Ana, assistente social da equipe do lasc que o acompanhava; Marta, irmã mais nova de Fábio; Leandro, assistente social da unidade em que Fábio estava

³⁷ Todos os nomes adotados nesse trabalho são fictícios, como fora explicitado anteriormente.

acolhido no momento da elaboração dessa dissertação; e Igor, psiquiatra responsável pelo tratamento de Fábio no Caps.

O último caso escolhido para minha dissertação é o de Carla, mulher de 39 anos, que estava nas ruas há um ano e cujo primeiro atendimento na rua ocorreu após uma solicitação de atendimento ao lasc, feita pela comunidade no primeiro trimestre de 2007. Para contar essa história, teremos a participação dos seguintes interlocutores: Hilda, irmã mais velha de Carla; Olga, assistente social da equipe do lasc que atendeu Carla na rua; Aline, psicóloga de uma unidade de acolhida do lasc, na qual Carla teve uma breve passagem; e Lúcia, psicóloga de Caps em que Carla foi atendida.

4.1 Cláudia: a saída da rua como condição para o tratamento em saúde mental

Antes de escolher a história de Cláudia para minha dissertação, eu já tinha conhecimento do seu percurso pelo lasc. Algumas vezes, informalmente, conversei com Andréa e ela me colocou diversas angústias e dificuldades com relação aos encaminhamentos para uma pessoa em sofrimento mental que vive nas ruas, o que me ajudou também a pensar nesse trabalho. Como eu havia passado por situação semelhante, no atendimento à usuária que apresentou este trabalho, pude trocar com essa técnica algumas experiências e compartilhar possibilidades de intervenções.

Cláudia vivia só nas ruas, praticamente sem contato com sua família; não possuía qualquer documento e dormia em uma calçada — às vezes com a companhia de outro morador de rua. Olívia — moradora da comunidade em que Cláudia morava — me contou que Cláudia vivia bem ali e fazia amizade com todo mundo; porém, quando estava em crise, preocupava demais os vizinhos, pois ficava ainda mais vulnerável. Durante a entrevista com Olívia, eu lhe perguntei:

Cintia: e como era a relação dela com a comunidade?.

Olívia: ah, ótima, assim. Todo mundo gostava dela. Era muito[...]todo mundo admirava, né, pela limpeza dela, pela mania que ela tinha de limpeza com tudo, assim. Ela não perturbava pessoas[...] então, ela não perturbava as pessoas[...] ela[...] o único problema, pelo contrário, a gente se preocupava

pelo fato de ela ficar muito exposta, mas não pela questão da perturbação, entendeu?

Na mesma entrevista, Olívia contou que Cláudia já foi até atropelada, pois, quando em crise, saía correndo no meio da rua, sem se preocupar com o fluxo de carros na via local. Além disso, por vezes, Cláudia tinha alguns delírios persecutórios³⁸ e começou a jogar pedras nos ônibus que passavam na avenida na qual morava, sob a justificativa de acreditar que era o seu ex-marido que estava chegando para buscá-la.

Os irmãos de Cláudia, encontrados pela equipe do IASC, contam que após a morte da mãe deles, foram todos morar com a avó, inclusive o pai. Depois do falecimento da avó, uma prima vendeu a casa em que moravam e colocou-os na rua. Daí em diante, cada um seguiu um caminho: Cláudia e Sueli foram trabalhar como empregadas domésticas; Saulo ficou nas ruas; e seu pai foi embora. Como diz Sueli, quando me falou sobre a história de vida de Cláudia: “meu pai foi embora[...] não sei nem se ele está vivo até hoje”.

Já sem convivência com a família, Cláudia conheceu um rapaz, com quem foi morar ainda no início da relação. Sueli conta que ninguém conhecia direito esse rapaz, mas sabiam que ele era muito violento e que em uma das três gestações, Cláudia foi agredida fortemente por ele e perdeu seu terceiro filho. A família atribui a esse fato a causa do início do sofrimento mental de Cláudia, conforme ilustra o diálogo abaixo:

Cintia: quando ela era pequena, ela já apresentava algum sinal da doença?
Sueli: não. Não. Ela sempre trabalhava em casa de família, estudava [...]foi depois que ela conheceu esse rapaz. Mas eu acho que, devido aos maus tratos dele; por ele ter tirado os filhos dela, ela ficou assim.

³⁸ Cláudia recebeu do Caps o diagnóstico de Esquizofrenia e tal sintoma é comum para este quadro. Segundo o CID—10 — número F20 — “os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados” (CID —10), o que justifica a forte presença de delírios nas pessoas acometidas por estes transtornos.

Após perder seu terceiro filho, Cláudia foi abandonada pelo marido e seus filhos foram morar com uma tia. Nessa mesma época, ela deu entrada para seu primeiro atendimento em um hospital geral de Recife – o qual é referência em saúde mental para cidade³⁹ – em cujo estacionamento morou por alguns meses após receber alta médica. Depois de determinado tempo, que não sabemos ao certo quanto durou, Cláudia foi colocada para fora do hospital e ficou morando em uma calçada próxima, quando se iniciou a vivência de rua propriamente dita. Desde essa época, há aproximadamente quatro anos, Cláudia não tem contato com seu ex-marido nem com seus filhos. Segundo Sueli, após a morte da tia que tomava conta dos filhos de Cláudia, o pai pegou os filhos e levou-os, sem dizer para onde. Desde então a família não tem mais contato com as crianças.

Já vivendo na rua, Cláudia freqüentava o hospital com livre acesso: tomava banho nas dependências do hospital, ganhava comida de alguns funcionários, recebia medicação para dores de dente e de ouvido — que eram recorrentes — e até era medicada de urgência quando estava em crise psiquiátrica. Porém, em uma de suas crises, Cláudia jogou pedras no carro de um dos diretores do hospital e, a partir de então, começaram a controlar a entrada da usuária na instituição, restringindo seu acesso ao hospital apenas às necessidades de saúde, sem permitir mais que ela fizesse do hospital a sua moradia ou ponto de apoio para a vida na rua. Apesar do vínculo que Cláudia havia estabelecido com os profissionais do referido hospital, a direção a expulsou das dependências da instituição, sem ao menos procurar qualquer serviço que pudesse acolhê-la, mandando-a para rua, mesmo sabendo do seu estado de sofrimento psíquico. O quadro abaixo mostra uma forma de contar a história de vida de Cláudia, destacando os eventos importantes contados nas entrevistas:

³⁹ Uma médica psiquiatra do hospital, que conhecia Cláudia, não quis dar entrevista sobre os atendimentos realizados no hospital, alegando não ter informações relevantes para contribuir com a pesquisa.

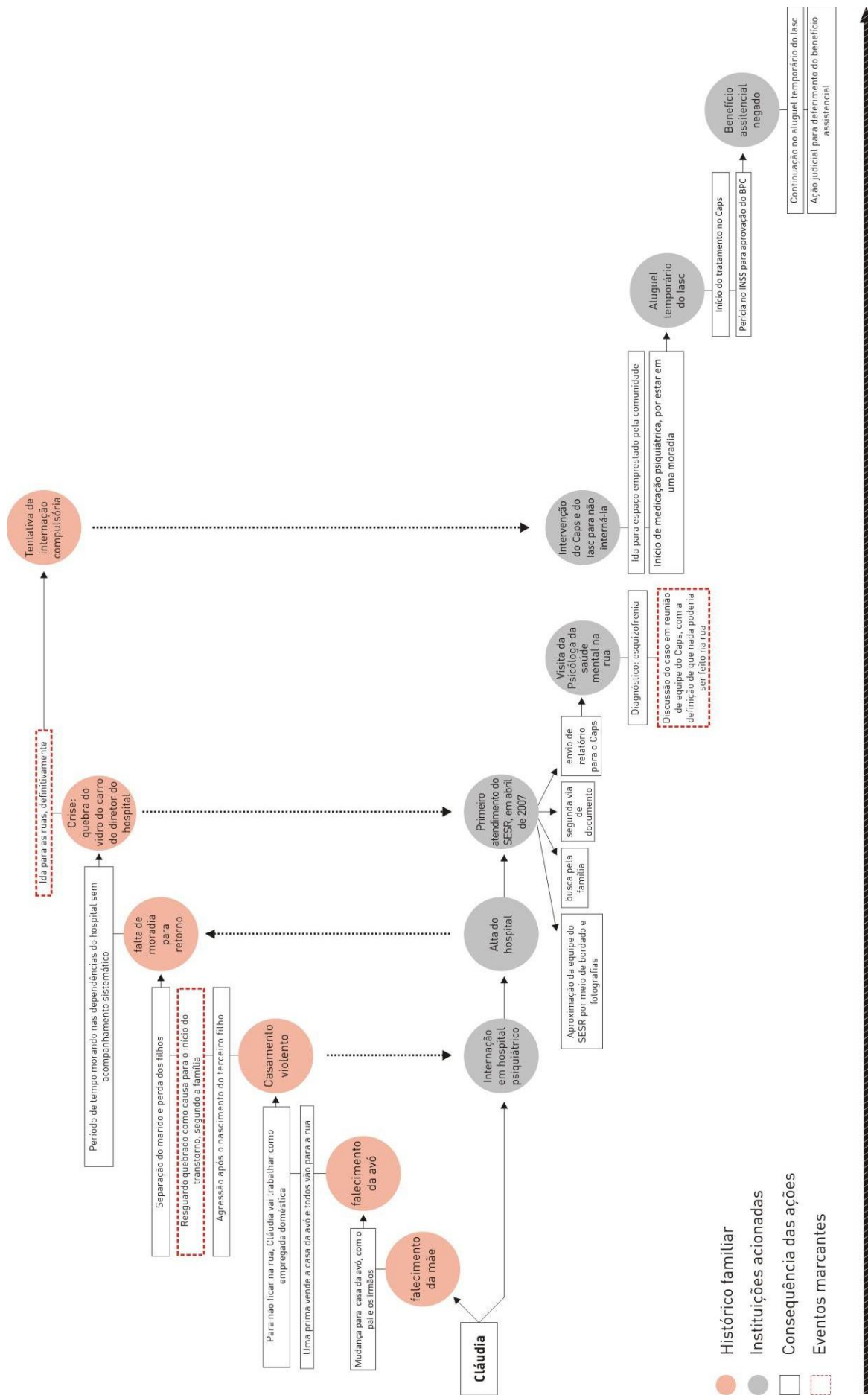


Figura 2 – Fluxo do histórico familiar e institucional de Cláudia

4.1.1 O encontro de Cláudia com as instituições: seu irmão como ponte

No mês de Abril de 2007, a partir de uma solicitação de atendimento do IASC para Saulo, que estava internado em um hospital, prestes a ter alta médica e sem ter para onde ir⁴⁰, a equipe teve conhecimento da existência de Cláudia e foi abordá-la na rua. É importante ressaltar que Cláudia estava dentro do território de abrangência de uma equipe do IASC; outro profissional da área já tinha conhecimento da permanência dela naquela comunidade, mas nenhum encaminhamento havia sido feito até então.

Apesar de não ter subsídios técnicos para emitir qualquer diagnóstico, já no primeiro atendimento a equipe identificou algum tipo de sofrimento mental de Cláudia, devido ao seu comportamento e ao relato da comunidade. Quando perguntei a Andréa sobre como foi o primeiro atendimento realizado a Cláudia na rua, a técnica disse que a usuária parecia ouvir vozes, estava agitada, mudava de humor com muita facilidade e repetiu por várias vezes que não podia sair do local onde estava porque seu pai vinha buscá-la:

Cintia: e tu pode me dizer quando foi e como foi o primeiro atendimento que vocês fizeram ela?

Andréa: [...] quando a gente chegava lá, ela ficava assustada, ela não gostava[...] ela dizia: lá vem esse povo de camisa vermelha. Ela não gostava e mal respondia às coisas, né. Ficava lá limpando, aquela coisa toda e a gente[...] Mas, ela não agredia. Ela só não respondia e não gostava.

Após alguns atendimentos na rua, a equipe começou a conhecer os hábitos de Cláudia e se deu conta de que ela gostava muito de bordar e de tirar fotos. Para facilitar a aproximação, Andréa começou a levar tecidos, linhas e máquina fotográfica para os atendimentos na rua. A partir do bordado e da fotografia foi estabelecido um vínculo positivo entre a equipe do IASC e a usuária, a qual começou a pedir atendimentos semanais da equipe, construindo uma relação de confiança entre ela e as profissionais envolvidas.

⁴⁰ Tal demanda é uma constante para o SESR. Muitos hospitais acionam o serviço com a expectativa de conseguir uma moradia, mesmo que temporária, para usuários que têm alta, mas não possuem — ou não informam — alguma referência.

Com pistas fornecidas pela própria usuária durante os atendimentos⁴¹, a equipe do IASC conseguiu informações para dar início à retirada da segunda via de todos os documentos de Cláudia. Esse processo foi lento, devido à morosidade dos órgãos públicos responsáveis e também por causa da resistência de Cláudia em aceitar seu nome. A usuária, até hoje, rejeita o nome dado pelos seus pais e só foi possível efetivar a retirada da 2ª via de sua documentação por meio de um acordo firmado entre a equipe do IASC e Cláudia, que consistiu em Cláudia aceitar o nome nos documentos, mas ser chamada e apresentada em todos os locais pelo nome que escolheu para si.

Outro encaminhamento dado imediatamente pela equipe do IASC foi o envio de um relatório sobre o caso para o CAPS Transtorno do Distrito Sanitário responsável por aquele território. O CAPS, por sua vez, recebeu o relatório, fez uma visita na área — através da equipe de Ação Avançada —, levou o caso para reunião de equipe, mas logo concluiu que estando a usuária na rua nenhum tratamento poderia ser iniciado, devido à maior vulnerabilidade causada pelos remédios e à falta de referência para o controle da medicação. Sendo assim, qualquer intervenção da saúde mental só poderia ser feita depois de resolvida a situação de rua de Cláudia, aqui colocada como um problema que impediu seu acesso aos serviços de saúde mental, conforme ilustra o diálogo abaixo com Paula:

Cintia: como e quando a usuária chegou ao CAPS? Qual foi a primeira avaliação feita?

Paula: foi muito difícil. Porque o CAPS precisava de um familiar, certo? O CAPS precisava, não podia. É como por exemplo: o médico do CAPS dizia, Paula., como é que a gente vai medicar se tem que alguém administrar essa medicação? [...] Então, se houver alguma intercorrência clínica com é que a gente pode atuar se não tem ninguém junto dela? E também a questão da vulnerabilidade dela como sujeito na rua dormindo. E aí foi muito difícil [...] Porque a gente precisava do vínculo social pra poder entrar enquanto CAPS [...] Deixei completamente com o IASC, porque eu disse meu deus, enquanto eles não me mostrarem um vínculo a gente não pode atuar enquanto saúde mental.

⁴¹ Em uma das conversas com a equipe, Cláudia forneceu o nome de uma professora e de uma escola em que havia estudado na infância.

Uma discussão antiga, mas que vem ganhando força nos espaços de reflexão sobre o atendimento a moradores de em sofrimento psíquico, é a necessidade de se trabalhar intersetorialmente para garantir efetivamente o acesso ao cuidado integral dessas pessoas. Lembro que no início deste ano participei de um seminário comemorativo do dia internacional da Luta Antimanicomial, no qual estava sendo elaborada uma carta para ser entregue ao Governador do Estado de Pernambuco. Uma das reivindicações apresentadas à platéia dizia respeito à necessidade de ampliação do número de Residências Terapêuticas no Estado. E, nesse momento, eu me inscrevi e coloquei o seguinte argumento para o auditório:

Cintia: poderíamos usar também como justificativa para a ampliação do número de Residências o fato de haver uma grande quantidade de pessoas que moram nas ruas com transtornos mentais, muitas delas egressas de hospitais psiquiátricos e sem vínculos familiares ou comunitários, e que, em alguns casos, necessitam desse serviço para lidar melhor com seus transtornos.

Ainda quando eu estava falando, várias pessoas reagiram, pediram inscrição à mesa e a primeira delas me respondeu, enfaticamente:

Alguém da platéia: discordo completamente! Morador de rua é problema da Assistência Social. A Assistência precisa resolver a questão da falta de moradia para, só depois, a saúde intervir com os procedimentos necessários ao cuidado em saúde mental. O foco das Residências são pessoas que precisam sair dos leitos dos hospitais”.

Após essa fala, uma pessoa que coordenava a mesa me esclareceu, com mais calma, que o Núcleo da Luta Antimanicomial em Pernambuco tem um posicionamento contrário à ampliação das Residências para moradores de rua, que esse assunto poderia ser discutido nas reuniões ordinárias do Núcleo, mas não naquele momento. Eu pedi a fala novamente e coloquei que respeitava a opinião do Núcleo, sabia do foco do movimento (o fim dos hospitais psiquiátricos), mas que o assunto realmente precisava ser mais bem discutido nas reuniões do Núcleo, com a presença de pessoas que trabalham diretamente com essa população.

Disse ainda que, sendo servidora da política de Assistência Social do Recife, acreditava que o cuidado às pessoas que vivem nas ruas precisa ser efetivado por

todas as políticas públicas, de forma intersetorial. Um usuário não pode ser definido como responsabilidade primeira, quiçá exclusiva, dessa ou daquela política pública, pois as demandas são múltiplas e o cuidado precisa ser integral, como preconiza o Sistema Único de Saúde. Falei também da existência de uma normatização do Ministério da Saúde — já citada nesse trabalho — a qual coloca os moradores de rua como possíveis usuários das Residências; mas, tal fluxo só pode ser estabelecido se a saúde mental estiver aberta para as novas demandas que a realidade nos apresenta, o que não está acontecendo em Recife.

Tal exemplo pontual corrobora a avaliação e o posicionamento do Caps sobre a possibilidade de oferecer o cuidado a Cláudia apenas quando resolvida a situação de rua da usuária. Como a própria Paula reconhece, o Caps ainda não consegue dar conta dessa população; é preciso avançar nos procedimentos para que o cuidado em saúde mental possa ser efetivado para qualquer pessoa que esteja no território, inclusive quem mora na rua. Em vários momentos de sua entrevista, Paula reconhece muitas fragilidades no funcionamento do Caps e, mais especificamente, na possibilidade atendimento a moradores de rua:

Paula: [...]o Caps, ele tem uma proposta de atenção muito avançada, porque ele quer fazer vínculos com o território[...] O Caps, ele tem esse modelo de atenção. Só que nós ainda desenvolvemos, em saúde mental, um modelo tradicional assistencial clínico. Aquele modelo que recorta o sofrimento do sujeito que ta ali no Caps. Mas a gente recorta aquela dimensão que é possível contemplar, que é a dimensão singular, não é. Não seria a dimensão coletiva desse sujeito[...] um medicamento pode sim vir a contemplar; uma oficina terapêutica, pode vir a contemplar, mas as demandas que estão ali no Caps, da saúde mental, elas desafiam os nossos modelos. Então, a primeira dificuldade é a nossa capacidade, Cintia, de lidar, né, com isso. Os recursos clínicos que nós temos são recursos ainda, para mim, pequenos, pra contemplar esse sofrimento que é trazido no âmbito da saúde mental. Segunda, é a intersetorialidade. Que a gente não tem como[...] não dá pra gente trabalhar em saúde mental sem fazer esse vínculo dentro dessa dimensão de intersetorialidade[...] Eu gostaria de alertar. Essa população que está na rua, nós não estamos alcançando da forma devida e responsável. Nós somos responsáveis, enquanto profissionais de saúde mental, em dar uma condição mínima de atenção de saúde mental. Tô falando de atenção porque envolve vários procedimentos. E da forma como nós estamos organizados em saúde, a gente não alcança essa população. E é uma população completa merecedora do nosso cuidado, né?.

Em sua entrevista, Andréa me falou que uma das principais dificuldades enfrentadas pela equipe para dar continuidade aos encaminhamentos para o caso de Cláudia foi a sua situação de morar na rua, o que se desdobrou em dois empecilhos ao tratamento: a falta de um espaço fisicamente protegido (com teto e porta, por exemplo) e a ausência de referência para o controle da medicação, por Cláudia não ter mais contato com a família e não ter ninguém na comunidade disposto a assumir tal função, como pode ser visto no diálogo abaixo:

Cintia: nessa busca pelas instituições e pela família, quais foram as dificuldades?

Andréa: primeiramente, quanto à instituição, o que esbarrava muito era essa questão da rua. Que como ela tava na rua, então ela não era coberta por tal serviço; que tinha que ter um espaço protegido para dar a medicação e isso aí foi o que custou muito, porque como ela não tinha, ela continuava vulnerável á chuva, a tudo[...] Então assim, as dificuldades de instituição foi essa: a questão de ela estar na rua”.

É interessante que esses dois aspectos marcam e definem as condições de vida de quase todos moradores de rua em sofrimento mental. Viver nas ruas implica necessariamente não estar morando em uma casa ou abrigo; e a ausência de referência, no caso de moradores de rua em sofrimento psíquico, é um aspecto que marca a singularidade no modo de vida dessas pessoas nas ruas.

É importante ressaltar que, durante todo esse caminho percorrido pela equipe do IASC, nos seus dias de crise, Cláudia foi medicada várias vezes no hospital e colocada na rua novamente. Apesar de ser referência psiquiátrica na cidade, em nenhum momento o hospital se preocupou em construir junto com Cláudia um projeto terapêutico para sua vida e nem se articulou com outras instituições públicas da rede de saúde mental para que fosse oferecido o cuidado à Cláudia.

No decorrer dos encaminhamentos, uma pessoa da comunidade resolveu levar Cláudia ao hospital, com o objetivo de interná-la, pois a Prefeitura não estava conseguindo tirá-la da rua. Quando a equipe do IASC chegou à comunidade para mais um atendimento, foi informada de que ela estava no hospital e que iria ser transferida para um Hospital Psiquiátrico. Com a intervenção do Caps, Cláudia foi liberada pelo hospital e voltou para rua. Sobre este episódio, Andréa nos conta:

Andréa: aí, eu peguei e fui pra o hospital. Cheguei lá, tava Cláudia amarrada. Quando ela me viu, ela não tinha consci[...] eu não sei Cintia se ela tinha consciência do que tava acontecendo com ela. Ele enganou ela: deu dois reais a ela, dizendo que ia levar ela lá no médico e conseguiu lá convencer a médica de interná-la[...] Quando eu cheguei lá, eu disse: olhe, a gente já vem acompanhando Cláudia, inclusive ela não é caso de internação e eu gostaria que você falasse com Paula[...] Na mesma hora a mulher deu alta à Cláudia. Quando deu alta à Cláudia, que soltou Cláudia, ela não tinha consciência de que tinha sido a gente que tirado ela de lá, não. Ela saiu do hospital, Cintia, parecendo um bezerro desmamado. Quando chega na[...] isso, pelo meio da rua. Saltitando no meio da rua.

Quando retornou para seu local de moradia, Cláudia se deu conta de que seus pertences não estavam mais lá, pois a mesma pessoa que resolveu interná-la jogou fora parte de suas coisas. Por outro lado, ele permitiu que a usuária morasse em um pedaço do seu imóvel, o que a fez esquecer das coisas jogadas fora. Com doações da comunidade e alguns materiais fornecidos pelo IASC, Cláudia conseguiu organizar seu novo espaço e ficou morando lá por alguns meses. Nesse período, por estar em um espaço mais protegido, o Caps receitou remédios para Cláudia e ela iniciou o tratamento medicamentoso, mas não concordou em iniciar o tratamento psicoterápico no Caps. Assim, a equipe do IASC pegava todos os meses sua medicação em uma Policlínica e levava para ela tomar. No início foi difícil para ela se acostumar a lembrar dos horários de cada remédio, o que exigiu um acompanhamento mais sistemático da equipe do IASC.

Segundo Andréa, o dono do espaço no qual a usuária estava morando começou a exercer uma influência muito forte na vida dela, determinando as escolhas que Cláudia deveria fazer. Assim, foi trabalhada com Cláudia a possibilidade de o IASC pagar um aluguel temporário para ela, por três meses, enquanto era resolvido o processo de inserção da usuária no Benefício de Prestação Continuada⁴² — BPC. Aqui é necessário ser destacada a importância assumida pelo BPC no processo de cuidado de Cláudia, pois por não possuir nenhum vínculo com qualquer familiar e não aceitar outra moradia que não fosse própria, o benefício se colocou como principal possibilidade de acesso a residência fixa para ela.

⁴² Uma explicação sobre o BPC pode ser encontrada na Introdução deste trabalho, na nota 10.

Como a exigência de residência e de referência familiar/comunitária foi colocada como fundamental para o início do seu tratamento, o acesso ao benefício foi primordial para que o Caps a considerasse suficientemente territorializada, para então efetivar o vínculo da usuária com a instituição. Quando pergunto a Andréa como está hoje a relação da usuária com o Caps, ela me diz que “o Caps agora já assumiu ela, porque disse que ela já está territorializada. Qualquer coisa agora é responsabilidade do Caps.”

Apesar de Paula ter reconhecido anteriormente que o Caps tem a responsabilidade de tomar conhecimento e, minimamente, construir uma resposta para cada caso que se apresenta no seu território, nos encaminhamentos para o caso de Cláudia ela se contradiz. Em reunião com Andréa, ela reconhece Cláudia como parte do território apenas quando a usuária consegue morar em um espaço alugado. Mas, de acordo com a política de saúde mental, como já discutido anteriormente, o conceito de território adotado não se define somente como espaço físico, geográfico, mas principalmente pelas relações construídas naquela área determinada. Sendo assim, “O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários[...]” (Ministério da Saúde, 2004b, p 11) e, não restringindo o habitar a ter uma casa.

Dessa forma, os moradores de rua também deveriam ser reconhecidos como responsabilidade dos serviços presentes em cada localidade e a rede de saúde mental precisa acolhê-los mesmo estando nas ruas, pois é no espaço da rua que são construídas suas relações de habitação em um dado território. Cada usuário estabelece para si um pedaço de calçada para morar; constrói vínculos positivos ou negativos com a comunidade local; cria hábitos e rotinas para sua vida nas ruas; enfim, pertence a uma dada localidade de acordo com as suas especificidades, as quais precisam ser respeitadas e reconhecidas como legítimas, até mesmo para que se consiga chegar nessa população.

Uma outra frente de ação desenvolvida pela equipe do IASC foi a busca por parentes de Cláudia. Através do irmão, que estava hospitalizado, a equipe encontrou

Sueli e a convidou para se colocar como referência no tratamento de Cláudia, visto que o Caps exigiu também uma referência para o cuidado. A primeira reação da irmã foi resistir a fazer parte da vida de Cláudia, visto que a convivência com a irmã era quase nula, devido à separação sofrida depois da morte da avó. Mas após diversos atendimentos, a equipe do IASC conseguiu estabelecer um vínculo com Sueli, fazendo-a aceitar que Cláudia fosse morar em um quarto alugado ao lado do seu. Apesar de também estar muito resistente no início, Cláudia aceitou ir morar ao lado da sua irmã e, agora em uma moradia, aceitou também iniciar o tratamento no Caps, através das oficinas semanais de artesanato⁴³.

Mesmo morando ao lado, a irmã de Cláudia nunca participou de nenhuma intervenção e não se disponibilizou a ser a referência para o tratamento da usuária no Caps. Como ela mesma fala, quando questionada por mim sobre a relação das duas após a saída de Cláudia das ruas, ela diz: “ela vem aqui, mas ela não entra. Ela chega aí na porta, me pede alguma coisa. Se eu tiver, eu dou. Mas ela não entra. Assim, pra conversar, assistir televisão, ela não quer”.

Após alguns meses residindo como vizinhas, a irmã de Cláudia resolveu se mudar, sem deixar seu novo endereço, nem seu telefone para contato. Na época da entrevista ela já havia tomado essa decisão e eu a perguntei:

Cintia: e como tu acha que vai ser quando tu se mudar?

Sueli: silêncio.

Cintia: tu acha que tu vai manter contato com ela ainda?

Sueli: vou. Sempre que eu puder, eu venho aqui, entendesse? Não vou estar aqui todos os dias, né?! Mas sempre que eu puder, eu venho. Não vou, assim, me afastar dela[...] ir embora, pra nunca mais, entendesse?

Mesmo não morando mais na rua, Cláudia continua só na sua casa, sem referência familiar, sem estabelecer contatos com seus novos vizinhos e sempre voltando ao seu antigo local de moradia para conversar com seus amigos. A perícia

⁴³ Uma das atividades que compõem a grade oferecida pelos Caps são as oficinas de artesanato, nas quais os usuários podem desenvolver suas habilidades manuais e estimular sua criatividade. Tais oficinas são denominadas de terapêuticas e objetivam “maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania” (BRASIL, 2004b, p. 20).

do INSS indeferiu o pedido do benefício de Cláudia, por achar que seu estado não a incapacita para o mercado de trabalho. O IASC continua pagando o aluguel do quarto de Cláudia e a equipe que a acompanha irá solicitar a aprovação do benefício por meio da justiça⁴⁴. Após a mudança, Sueli ainda não fez nenhuma visita à Cláudia.

4.2 A história de Fábio: responsabilidade da família ou do Estado?

O local que Fábio escolheu para morar nas ruas era muito perto da casa de seus familiares, o que permitia o contato permanente com seus parentes. Por isso, a ida para as ruas se iniciou há mais de cinco anos, mas há dois anos ele não voltava para casa. Segundo Marta, os primeiros sinais apresentados pelo usuário se deram na idade adulta, após uma desilusão amorosa e a tentativa de suicídio pela ingestão de um chá de 'carrapateira'. É importante destacar que, além do sofrimento mental, Fábio apresenta uma deficiência motora, causada por um AVC, seguido de um atropelamento mal cuidado: o próprio usuário tirou o gesso da perna, antes do prazo definido pelos médicos.

Segundo Marta, seus primeiros sintomas vieram na forma de muita agressividade dentro de casa, o que gerou sua primeira internação psiquiátrica. Marta diz que Fábio passou alguns meses internado, voltou pra casa mais calmo, mas logo depois se recusou a continuar o tratamento medicamentoso. Além disso, Marta conta que sua mãe era alcoolista, o que provocava ainda mais conflitos no ambiente doméstico e tornava a relação de Fábio com seus familiares ainda mais conturbada. Tal convivência familiar gerou novas crises e novas internações, com o mesmo ciclo se repetindo inúmeras vezes: crise ➡ agressividade no ambiente doméstico ➡ internação psiquiátrica ➡ alta médica e volta pra casa ➡ rejeição da medicação ➡ ida para as ruas, para não tomar a medicação ➡ volta pra casa ➡ nova crise. Em uma de suas crises, Fábio chegou a espancar sua mãe e outros parentes, o que causava muito medo por parte de seus familiares. Como nos diz Marta:

⁴⁴ Tal procedimento vem sendo adotado recorrentemente, visto que os médicos que realizam a perícia pelo INSS muitas vezes não apresentam formação específica para entender as condicionalidades exigidas para o deferimento do benefício assistencial.

Ele sai e quando a gente vê, ele já tá no meio da rua. E é difícil trazer ele pra casa, porque se eu for pegar nele é capaz de ele me espancar[...] ele não quer não. A casa dele é a rua (Marta, irmã de Fábio)

E foi assim que Marta nos contou sobre a vida do irmão. Um discurso muito marcado pelo cansaço e descrédito na possibilidade de a vida de Fábio ser levada de forma diferente; sem disposição para investir em mais uma tentativa. Tal descrédito da família aponta duas conseqüências: a primeira, que coloca em cheque a forma manicomial de cuidado em saúde mental, a qual hoje já está sendo substituída pelo tratamento comunitário devido à ineficiência ao longo de todos esses anos de hegemonia; e a segunda, que podemos traduzir como a necessidade de responsabilização do Estado para cuidar de uma pessoa sem vínculo familiar, sem casa e sem renda própria, o que será mais bem discutido adiante.

Como nos disse Marta, desde o início do seu transtorno, Fábio foi internado por diversas vezes e nenhuma de suas internações conseguiu propiciar que ele rompesse o ciclo que o levava às agressões. O tratamento se resumia a cessar as crises de agressividade e prescrever medicações psiquiátricas, sem posterior acompanhamento, o que o levou a iniciar sua vida nas ruas. O quadro abaixo permite uma melhor visualização do percurso da vida de Fábio:

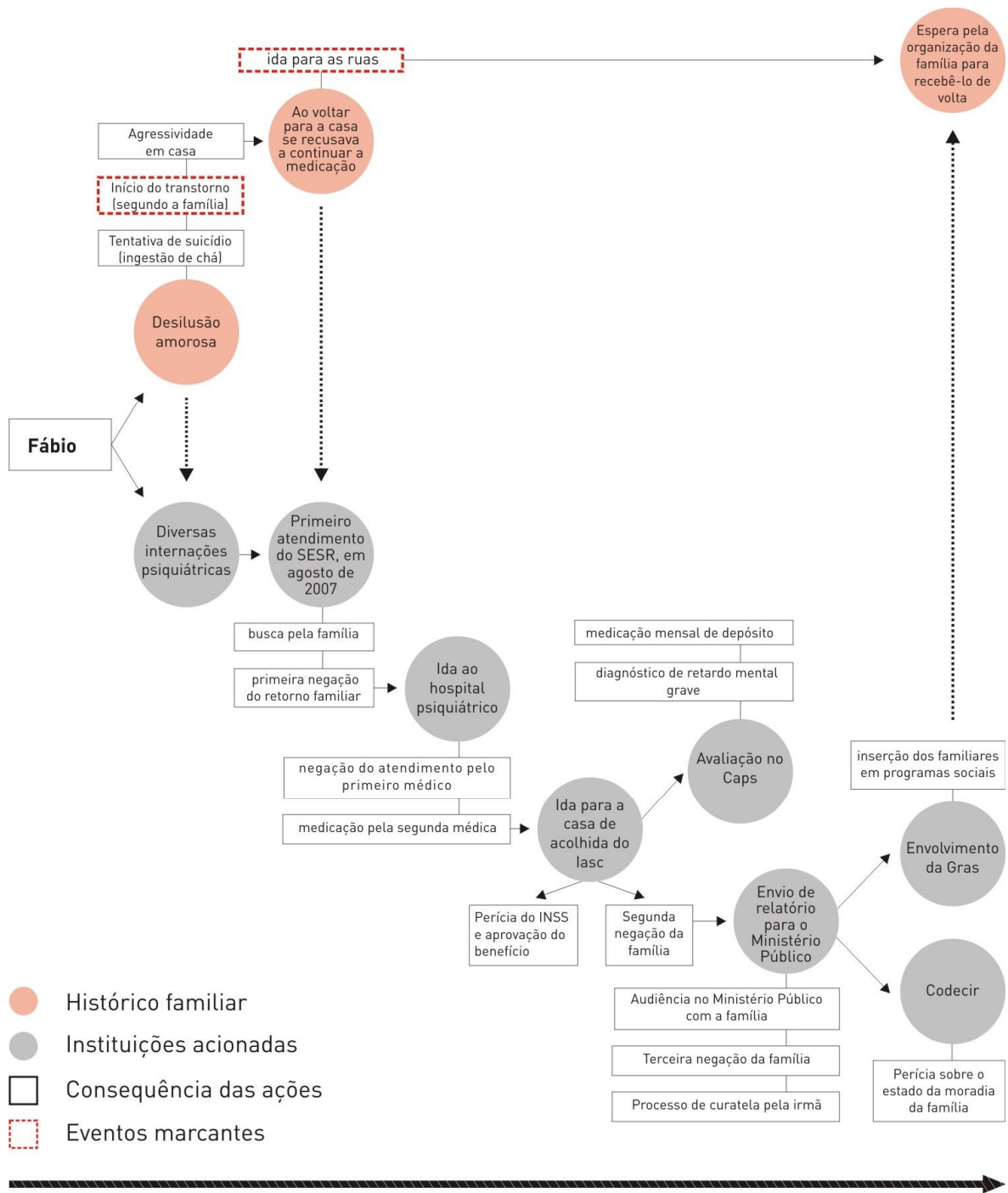


Figura 3 – Fluxo do histórico familiar e institucional de Fábio

4.2.1 O encontro de Fábio com as instituições: o acaso

No mês de Agosto de 2007, o lasc recebeu uma solicitação de atendimento nas proximidades da área na qual Fábio estava morando. Quando a equipe chegou ao local, o usuário procurado não estava mais lá, mas encontraram Fábio em uma calçada, em crise. A equipe não entendia com precisão o que ele falava, mas conseguiu compreender que ele morava numa comunidade próxima de onde fora encontrado. Com a ajuda da comunidade local, a equipe conseguiu localizar a casa da família de Fábio.

Sendo assim, a busca pela família foi o primeiro encaminhamento dado pela equipe do lasc, imediatamente após o primeiro contato com o usuário. Ao chegar à casa de Marta, a equipe procurou saber se o usuário ainda possuía algum vínculo com a família e se existia a possibilidade de realizar um retorno familiar naquele dia. Nesse momento, Marta disse que não o aceitaria de volta em casa, como ilustra o diálogo abaixo:

Cintia: qual foi o primeiro encaminhamento dado pela equipe após o atendimento feito a ele?

Ana: [...]então fui lá falar com a irmã dele, Marta, ela disse que já tentou ajudar ele várias vezes, mas ele não queria. Sempre que ela ia lá falar com ele, ele dava bale nela, esculhambava ela no meio da rua, chamava com ela palavrão de baixo escalão. E ela não queria mais.

Por ter sido recusado pela família, a equipe procurou um hospital psiquiátrico de Recife para avaliação e encaminhamento para o caso, visto que o usuário estava muito agitado e se agredindo. Marta havia informado à equipe que ele já tinha sido internado várias vezes nesse hospital ao qual fora levado. Paralelamente a isso, Ana acionou sua gerência, solicitando uma vaga na Casa de Acolhida do lasc que atende o perfil de Fábio: homem, adulto e com vivência de rua.

Ao chegar ao hospital, o médico do plantão não quis realizar o atendimento, alegando que o problema de Fábio era social e não mental. Diante desse impedimento, a equipe e o usuário passaram o dia no hospital, esperando a médica do próximo plantão, que o atendeu e o encaminhou para casa de acolhida. Sobre o ocorrido, Ana nos conta que:

A gente tentou conversar com a família, peguei os dados dele, números de documentos. Peguei um resumo de alta do Hospital. Peguei ele e levei pro hospital pra ser avaliado, pra poder[...] Enquanto isso procurava a vaga na casa de acolhida. Chegando no hospital, o médico se recusou a atender. Disse que não era caso pra psiquiatria e sim caso pra abrigo. Ele tava realmente muito sujo, muito cabeludo, barbudo. Mas eles assim[...], pelo menos, uma medicação pra acalmar, porque ele se agredia muito, ele tava muito agitado. Mas ele não quis fazer. Então a gente ficou aguardando, o médico dizia: não sei. A gente ficou aguardando o plantão noturno, a médica também não queria fazer nada, porque o médico da manhã também já tinha passado pra ela, pra ela não fazer nada. Mas a gente conversou e ela foi cedendo. Disse que o caso dele era pra Caps, não era pra internamento. Aí eu pedi pra ela pelo menos passar uma medicação pra acalmar ele e poder levar ele pro abrigo. Aí ela aceitou fazer uma medicação[...] Pronto, aí ele se acalmou, dormiu (Ana, assistente social do SESR).

Já com a vaga na Casa de Acolhida garantida e com Fábio sob efeito dos remédios, a equipe levou o usuário com a intenção de deixá-lo por apenas um dia. Conseguir uma vaga nessa unidade foi outro obstáculo passado pela equipe, pois as unidades do lasc recorrentemente se recusam a receber pessoas com transtornos mentais, por estas não serem perfil das unidades. Sobre isso, Leandro nos esclarece no diálogo abaixo:

Cintia: qual foi a avaliação feita após o primeiro contato com o usuário?

Leandro: no primeiro contato teve uma dificuldade da própria unidade, pela questão do perfil, né, porque a gente briga muito por isso[...] por aqui não ser uma unidade adequada para está atendendo as pessoas com necessidades de saúde: transtorno mental, deficiente físico também, que ele tem essa deficiência, não é só o transtorno mental. Ele tem uma deficiência física e que isso gera muito conflito aqui na unidade, né, quando chegam essas pessoas com essas incapacidades.

Cintia: no caso, qual seria o perfil da unidade então?

Leandro: seria homem adulto, que pode gerir a própria vida, né, autônomo, que consegue resolver a sua vida por si próprio; não tem nenhuma dependência de saúde. Seria esse o perfil.

Essa dificuldade foi superada e ao procurar Marta no outro dia, a equipe se deparou com mais uma recusa por parte da família. Na segunda visita, Marta alegou ter muito medo do irmão, devido às agressões que ele já havia cometido dentro de casa. Marta disse que as agressões eram recorrentes e que tinha criança em casa, além de sua mãe estar idosa, o que dificultava ainda mais a convivência com Fábio. Diante desse impedimento, Ana preparou um relatório sobre o caso e enviou ao

Ministério Público⁴⁵, por achar que precisava ser avaliada a possibilidade de negligência da família, de acordo com sua avaliação sobre o ocorrido. Aqui entra em cena mais uma instituição pública, na tentativa de garantir, a todo custo, a volta de Fábio para casa.

Ao mesmo tempo em que a denúncia foi feita, Fábio foi levado a um Caps para realizar uma primeira triagem, envolvendo mais um serviço público na sua história. Como não existia na época Caps no mesmo território no qual se localiza a casa de acolhida em que ele estava, foi enviado um relatório para o Distrito Sanitário⁴⁶ de origem do usuário, para que a o serviço de saúde responsável por Fábio tivesse conhecimento do caso e pudesse definir em que unidade saúde deveria ser efetivado o atendimento.

Mesmo após ter sido feita uma avaliação no primeiro Caps ao qual o usuário foi levado, foi definido que seu tratamento deveria ser feito em outra unidade. Nesse novo Caps, foi diagnosticado que Fábio apresenta um quadro de Retardo Mental Grave⁴⁷. Diante da dificuldade de locomoção dele, da falta de transporte do IASC e da Saúde e também pelo histórico de ficar nas ruas por muito tempo, a equipe do Caps definiu que ele tomasse uma medicação mensal, de depósito⁴⁸ e injetável. Sobre isso, quando questiono quais os encaminhamentos dados após a avaliação do caso, Igor nos diz:

⁴⁵ De acordo com o Art. 127 da constituição federal “o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo—lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. Ele é recorrentemente acionado pelas equipes do SESR quando existe a suspeita de negligência e/ou abandono de um usuário por parte da família. Tal denúncia se baseia no Art. 133 do código penal brasileiro, que trata das questões de abandono das pessoas incapazes de se defenderem dos riscos resultantes de tal abandono. Porém, quase sempre, a postura dos promotores tem sido a de aconselhar as equipes para não tentarem forçar, judicialmente, um retorno familiar conflituoso, partindo do pressuposto de que a convivência precisa ser construída e não imposta.

⁴⁶ Ver explicação sobre as RPA e os Distritos Sanitários na nota 21 deste trabalho.

⁴⁷ Diagnóstico dado de acordo com CID —10, número F 72.0, que define o transtorno como “menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento” (CID—10).

⁴⁸ Medicação que se caracteriza por ser liberada lentamente no organismo, conservando seu efeito, nesse caso, durante trinta dias.

É[...] prescrevi uma medicação de depósito, por que que eu escolhi de depósito? Por que em situação de rua difícil fica a posologia de uma medicação. E aí eu escolhi usar uma medicação que é uma vez por mês. Injetável, né? E com a esperança de que essa medicação pudesse controlar algum possível impulso agressivo, descontrolado, descontextualizado que pode acontecer em pessoas que têm o problema como ele. E a idéia era de que assim ele ficando[...] ou a idéia era principalmente que ao entrar em contato com a família que ficasse claro que seria possível de qualquer maneira a gente conseguir encontrar uma estabilidade pra que a família pudesse cuidar dele. Que é o mais importante. Ele precisa de ter cuidadores e a gente precisa ajudar os cuidadores a cuidar dele. Então se alguma irritação, ou alguma agressão ou medo provocado por algum comportamento dele afugenta os cuidadores[...] esse era o nosso trabalho. Essa parte com os cuidadores ficou a cargo do lasc, né (Igor, médico do Caps)

É interessante notar que a postura do Caps diante da família foi de transferir para o lasc a responsabilidade de sensibilizar esses familiares para receberem Fábio de volta. É como se a medicação, a condição individual de Fábio fosse a parte do Caps na história do usuário e o social, a relação de Fábio com sua família e com a comunidade ficasse para o lasc. Nenhum contato do Caps com a família dele foi estabelecido; nenhuma visita à família e ao local de moradia do usuário foi realizada, apesar da política de saúde mental definir o Caps como espaço comunitário de saúde, que necessita da família e da rede social de apoio como principais parceiros no tratamento, visando a re-inserção social dos usuários.

Diferentemente da história apresentada no capítulo anterior, a ausência da referência familiar ou comunitária não foi um impeditivo para a adesão ao tratamento, mesmo porque a primeira providência da equipe do lasc foi retirar o usuário da rua e colocá-lo em uma casa de acolhida. Dessa forma, o Caps reconheceu o lasc como a referência, mesmo que transitória, e que depois, o próprio lasc, seja pela equipe do SESR seja pela equipe da casa de acolhida, iria transferir essa responsabilidade para família.

Ao mesmo tempo em que não procurou a família do usuário, a equipe do Caps que atendeu Fábio desde o início apresentou uma postura diferenciada em relação ao acolhimento de moradores de rua com transtornos mentais. Essa pode ser uma outra hipótese para explicar a não procura da família pelo Caps, pois esta equipe, em

particular, realiza atendimentos à moradores de rua *in loco* e defende que nem sempre sair das ruas, ou voltar para a família, é a melhor solução. Porém, parece que tal atendimento na rua depende mais de uma sensibilidade individual, devido a outras experiências pessoais com população de rua, do que de uma normatização de um serviço o qual, a priori, deveria atender a qualquer demanda em saúde mental. Quando eu questionei Igor sobre sua opinião a respeito do atendimento do Caps a moradores de rua, ele me disse que:

[...] Eu considero, interpretando a legislação 866, que é de responsabilidade do Caps a saúde mental de todo território de sua população. Seja ela população fixa, seja ela transitória; seja uma população com endereço fixo ou seja uma população de rua, certo? Então, é, ele ter ou não ter domicílio fixo ou não é mais um dado pra gente abordar[...] obvio, complicador em alguns casos[...] em outros, nem tanto[...] Então, por exemplo, se for uma pessoa que a gente considere que tá em surto, que tá em risco, sim, é um paciente nosso[...] Os casos que não estão em crise, também cabem a gente dar o plano terapêutico. Assim, se não for pra nós atendermos, vai pro ambulatório ou então a unidade saúde básica que deveria ser de referência, né[...] Eu acho assim: é do distrito. É responsabilidade de todos esses equipamentos de saúde ou de assistência daquele território. É assim que a gente entende. Eu to te falando, não é a minha opinião; é a opinião da equipe. Assim, a gente conversa bastante. Embora a gente ache também que a abordagem pra essas pessoas, ela não é indiscriminada. De fato, assim, eu não vou passar pelas ruas recolhendo as pessoas, atendendo as pessoas que moram na rua e que têm sofrimento psíquico. Eu acho que é necessário que a gente respeite um fluxo e um fluxo, que ele é da cidade[...] A gente não vai atrás das pessoas pra também perguntar se elas têm problema, assim, né. A questão de ter o domicílio fixo, ou não, não é nenhum impeditivo, nem nenhum estímulo a ser atendido pelo serviço. Mas sim, todos são responsabilidade do Caps (Igor, médico do Caps).

Após as definições do Caps para o tratamento de Fábio, aconteceu a primeira audiência entre o Ministério público e a família. Na ocasião, a irmã colocou que a principal dificuldade da família em relação à volta de Fábio para casa era a dificuldade financeira, pois a renda familiar mensal não comportaria mais um dependente, deixando de estar presente em seu discurso a situação do medo e da rejeição apresentadas nas outras visitas feitas pela equipe do Iasc. Como encaminhamentos, o juiz determinou que a família fosse inserida em todos os programas sociais que se encaixassem, orientou a irmã que iniciasse o processo de

curatela⁴⁹ e solicitou também uma avaliação da Coordenadoria de Defesa Civil do Recife — Codecir⁵⁰, visto que a casa da família se situa em área de risco.

Para isso, foi acionada a Gerencia Regional de Assistência Social — Gras⁵¹ do território e a equipe do Iasc já tinha conseguido aprovação em perícia médica do INSS para Fábio receber o BPC. Com a mediação da Gras, a família foi cadastrada no Programa Bolsa Família e os filhos de Marta foram inseridos no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil — Peti e no Agente Jovem. Após alguns meses, o Caps do território no qual Fábio se encontrava foi inaugurado e o usuário deu continuidade ao seu tratamento nesse novo Caps⁵².

É importante ressaltar que, após a intervenção do Ministério Público, de fato a família se dispôs a colaborar com os encaminhamentos julgados necessários pela equipe para a resolução do caso de Fábio. Quando eu perguntei a Leandro sobre a presença da família na vida de Fábio, ele me disse que:

Após essa audiência junto ao Ministério Público, a família se dispôs a tá participando mais, concordou, até porque no relatório tava denunciando se há negligência também da própria família, de não aceitar J. em casa, não é, de deixá-lo na rua, dando só alimentação. A família já ta disposta a recebê-lo, entendeu? (Leandro, assistente social da unidade de acolhida do Iasc).

⁴⁹ Instrumento jurídico, pelo qual é nomeado uma pessoa — curador — que possa administrar os interesses de alguém que esteja incapaz de gerir sua própria vida (Capítulo II do Código Civil)

⁵⁰ A Codecir é um “Órgão da Prefeitura do Recife que atua de forma permanente junto à população no desenvolvimento de ações através do Programa Guarda—Chuva, para minimizar ou erradicar os riscos nas regiões de morros e planícies. Além da Gestão de Risco, a Codecir também atua no atendimento emergencial em casos de acidentes” (disponível em http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/10/mat_144936.php)

⁵¹ A Gras é responsável pelo acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos Centros de Referência de Assistência Social e também pelo atendimento às famílias que estão localizadas fora das áreas de abrangência dos Cras. Nesse atendimento são identificadas as demandas das famílias, as quais podem ser inseridas em diversos programas sociais. No caso da família de Fábio, os programas foram: bolsa família, peti e agente jovem. O Bolsa Família é um programa de transferência de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza; o Peti tem como objetivo atender crianças em situação de trabalho infantil; o agente jovem tem como foco o atendimento a pessoas entre 15 e 17 anos, com vistas ao desenvolvimento do protagonismo juvenil dos adolescentes atendidos.

⁵² Apesar de ter mudado o espaço físico, a equipe que atendia Fábio continuou sendo a mesma.

Até Dezembro de 2008, Fábio estava na unidade de acolhida do IASC, esperando a família aceitá-lo de volta. Se pensarmos na posição central que a família ocupa hoje nas políticas públicas, veremos que para os órgãos públicos o ambiente familiar é um local privilegiado e ideal para qualquer pessoa viver. Porém, quando falamos em pessoas que vivem nas ruas, em quase todas as histórias as famílias são colocadas como determinantes no processo de saída de casa e ida para as ruas. Várias pesquisas realizadas no Brasil, e até em Recife⁵³, com moradores de rua apontam os conflitos na família como uma das principais causas da ida para as ruas, e tal saída da família pode levar até a uma total ruptura dos vínculos familiares.

Porém, quando os moradores de rua são atendidos pelos serviços públicos, o objetivo final de todos os encaminhamentos consiste no retorno familiar. No caso de Fábio não foi diferente. A primeira ação da equipe do IASC foi procurar os familiares Fábio para levá-lo de volta pra casa; o Ministério Público, mesmo sem conhecer profundamente a história de Fábio, obrigou a família a se organizar financeiramente para que ele voltasse para casa; no Caps, a medicação foi — e vem sendo — administrada para controlar seu comportamento agressivo, para que a família possa confiar nele e aceitá-lo; e, até na casa de acolhida, o objetivo final estabelecido pela equipe é o retorno familiar, como me diz Leandro quando eu pergunto sobre os resultados alcançados para o caso:

Resultado? (silêncio) o resultado seria o retorno familiar, né, que até agora não aconteceu[...] O final, eu acredito que é o retorno à família, que ainda não ocorreu (Leandro, assistente social da unidade de acolhida do IASC).

Todas essas decisões foram estabelecidas sem ser levada em consideração a opinião da família. Nos dois relatos de visita que a equipe do IASC fez à Marta e na audiência com o Ministério Público, a justificativa para não acolher Fábio em casa mudou. O primeiro motivo foi o descrédito na mudança da relação; depois o medo pelos atos de agressividade dentro de casa; e por último, na frente de uma autoridade jurídica, a dificuldade financeira para sustentar mais uma pessoa em casa. E, mesmo quando eu fiz a entrevista — após todos esses acontecimentos —

⁵³ Ver RIOS, 2005; ROSA, 2005; VIEIRA, BEZERRA & ROSA, 2004.

Marta tinha feito apenas uma visita a Fábio na unidade do IASC, sugerindo que seu vínculo ainda estava muito fragilizado. Abaixo podemos visualizar os argumentos para não recebê-lo em casa, trazidos pela irmã de Fábio em diversos momentos do acompanhamento do caso.

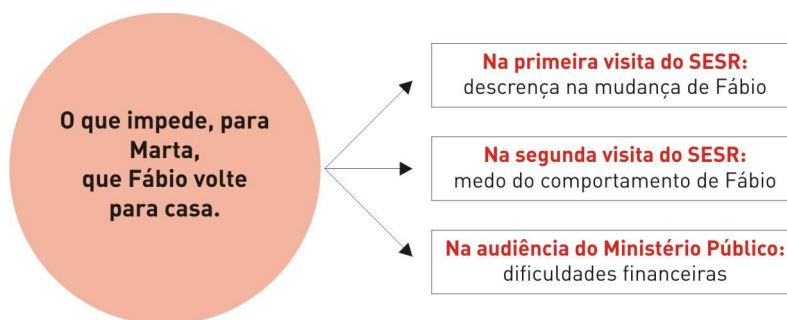


Figura 4 – Argumentos de Marta para não receber Fábio em casa

Tal situação se configura como uma polaridade, um conflito silencioso, no qual de um lado temos os profissionais — baseados nas normatizações de suas respectivas políticas públicas — delegando à família a responsabilidade de cuidado e do outro, a família resistindo a essa determinação e trazendo à tona as limitações para o acolhimento de uma pessoa que não possui mais vínculos de afetividade com seus familiares ou que está com esses vínculos fragilizados. Podemos refletir sobre as causas que levaram à fragilização dos vínculos afetivos do usuário com a sua família, e logo podemos concluir que a própria família tenha contribuído para a saída de casa e ida para as ruas.

Porém, independentemente da causa, precisamos ter cuidado com o discurso de culpabilização da família e com a naturalização do espaço familiar como o melhor lugar para estar, ainda mais quando esse retorno familiar é estabelecido por meio de decreto, como no caso de Fábio. Sobre isso, quando questionada sobre as dificuldades, os resultados alcançados para o caso e se estes poderiam ter sido diferentes, Ana me disse em sua entrevista:

A dificuldade (é) da família em aceitar um paciente com transtorno mental dentro de casa[...]Quando o Ministério Público manda, as coisas parecem ser mais fácil pra poder acontecer, né?[...] se a família tivesse a boa vontade de fazer[...] mas a irmã dele, eu acho ela muito dispersa[...] ela é

muito dispersa, ela não tem muito interesse em resolver a coisa não, entendeu? (Ana, assistente social do SESR do Iasc).

Ao mesmo tempo em que as Políticas Públicas brasileiras não conseguem garantir os mínimos sociais para a sobrevivência da família, o Estado delega à família a responsabilidade sobre os seus membros. Como afirmam Carvalho e Almeida (2003, p 117), “fragilizada pelos processos e pelas mudanças que marcam a atual realidade, a família vê crescer, paradoxalmente, suas responsabilidades como mecanismos de proteção social”.

A Política Nacional de Assistência Social traz no seu bojo a centralidade de suas ações no âmbito na família, por reconhecer “que para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal” (BRASIL, 2004c, p 26). Porém, esse reconhecimento é recente e ainda marcado pela ausência de recursos suficientes para suprir as necessidades das famílias brasileiras, as quais historicamente foram submetidas ao abandono e à desproteção do Estado. Assim, a insistência em atribuir à família a responsabilidade quase exclusiva pelos seus membros nos dá a impressão de ser “um processo de privatização dos riscos que remete aos indivíduos e às famílias o enfrentamento da vulnerabilidade e da precariedade das condições de vida” (CARVALHO e ALMEIDA, 2003 p 120).

Sendo assim, é necessário um cuidado ainda maior no atendimento dos serviços públicos que têm como alvo pessoas ou famílias em situação de vulnerabilidade, para que a responsabilidade pela demanda trazida pelos usuários não seja repassada automaticamente para a família. Justamente por reconhecerem a família como alvo central de suas ações, as políticas públicas brasileiras devem tomar para si uma responsabilidade ainda maior sobre seus cidadãos, com o objetivo de tentar garantir o fortalecimento e pertencimento das famílias e suas comunidades. No cotidiano dos serviços não podemos transformar esse compromisso público em privatização da responsabilidade, para que não acabemos com o caráter inovador e progressista de nossas políticas públicas.

4.3 Carla: a não adesão ao tratamento

Ao chegar ao local indicado na solicitação de atendimento, a equipe do IASC encontrou Carla sozinha, acorada em uma calçada, muito debilitada fisicamente, relatando muito sofrimento e pedindo ajuda. Apesar de ter passado algumas semanas na mesma calçada, a usuária não conseguiu estabelecer vínculo de confiança com ninguém da comunidade, deixando de comer por desconfiar das pessoas que lhe ofereciam qualquer ajuda. O único contato estabelecido pela usuária foi com algumas pessoas de um centro espírita local, mas também sem permitir maior aproximação.

Esse primeiro atendimento eu tive a oportunidade de presenciar, junto à equipe responsável pela área, visto que trabalhamos na mesma RPA. A situação em que Carla se encontrava causou muita preocupação à equipe, a qual buscou de imediato uma unidade para acolhê-la. Primeiramente a equipe entrou em contato com uma unidade da rede de acolhida privada, complementar à rede pública. Como o IASC não possuía dinheiro para pagar a estadia da usuária, foi acionada a rede própria do instituto.

Mesmo com muita resistência da gerência— por alegar que pessoas com transtornos mentais não são perfil para unidade — a equipe conseguiu levá-la para uma casa de acolhida do IASC, na qual ela passou apenas duas noites. Após esses dias, Carla foi encaminhada pela gerência da unidade para sede do Serviço de Educação Social de Rua, pois tinha atrapalhado o funcionamento da unidade durante a noite toda e assustado as demais usuárias da Casa de Acolhida. A falta de preparo das equipes do IASC para lidar com pessoas em sofrimento mais agudo pode ser a principal causa da rejeição de Carla nesta unidade de acolhida. Como ela ainda não tinha iniciado seu tratamento no Caps, exigir um comportamento considerado ‘normal’, sem compreender e sequer ouvir as queixas da usuária, naquele momento sinalizou a falta de vontade e de preparo técnico para lidar com as questões trazidas pelos diversos usuários que necessitam do atendimento.

E, mesmo diante de um debate antimanicomial muito forte, o discurso trazido por grande parte dos profissionais que compõem as equipes das unidades do IASC

ainda é de segregação das pessoas que estão em sofrimento mental, apresentando forte preconceito em relação a essas pessoas. No diálogo abaixo tais questões podem ser visualizadas:

Cintia: [...]Você acha que morador de rua com transtorno mental deve ser acolhido na casa de acolhida do IASC?

Aline: Acho. Com o devido tratamento, eu acho sim.

Cintia: E isso acontece hoje?

Aline: Muito raro, muito raro mesmo.

Cintia: Por quê?

Aline: Acontece mais só assim, dá pessoa já chegar já tendo feito um tratamento. Já estar num tratamento bem mais avançado, já ta tomando medicação, tudinho. Mas de chegar assim em crise e ficar pra iniciar um tratamento, desde que eu estou no IASC eu não tive essa experiência. De chegar a pessoa e ta realmente em surto, ta crise e ficar aguardando o início do tratamento para uma melhora.

Cintia: E por que tu acha que isso acontece? Isso nunca aconteceu, no caso.

Aline: Porque eu acho que, como eu falei antes. Não só a gerência, mas os funcionários da unidade avaliam que[...] têm ainda aquela idéia anterior de antigamente que as pessoas com transtorno eram pra ficar num espaço só elas assim, sem contato com as outras pessoas[...] e isso é muito difícil assim. A gente, eu como psicóloga fico nadando contra um corrente de pessoas que acham isso. Mais uma vez com eu tava falando, né? Mas não há essa abertura. Eu acho que teria que partir não só da gerência, mas uma coisa a ser trabalhado no IASC como um todo, entendeu? Não só com a casa em que eu trabalho, como as outras também.

Por não ter para onde encaminhá-la, a equipe teve que levar Carla para a rua novamente, mas antes de levá-la para a rua, Carla levou a equipe até o endereço de sua família, que não a quis de volta. Nessa visita foi confirmado pela família que Carla já recebia o BPC, mas como ela estava em situação de rua já havia perdido todos os seus documentos e o seu benefício estava bloqueado.

A visita à família de Carla também esclareceu à equipe sobre uma viagem feita pela usuária sem sua família saber. Segundo Olga, Carla contou, ainda nos seus primeiros atendimentos, que no ano de 2006 fez uma viagem para o Rio de Janeiro, sem dizer para sua família e sem conhecer ninguém nesta cidade. Carla diz que foi no Rio de Janeiro que ela iniciou sua vivência de rua, até que foi acolhida em uma unidade da Política de Assistência Social dessa cidade. Ela diz ainda que nesta unidade de acolhida sofreu violência física e sexual, e só conseguiu voltar para Recife

porque uma Assistente Social entrou em contato com a sua irmã, através do seu cadastro no INSS, comprou sua passagem de volta e a colocou no ônibus.

Hilda confirmou que a volta de Carla para Recife foi combinada entre ela e a referida Assistente Social e que, no dia e horário de sua chegada, ela foi à rodoviária para recebê-la. Porém, quando Carla a viu, não quis descer do ônibus e, quando desceu, pediu ajuda a um policial, dizendo que Hilda estava a perseguindo e querendo maltratá-la. A partir de então, Carla foi para as ruas e, após alguns dias de vivência de rua em Recife, foi atendida pela equipe do IASC.

Hilda me contou que o transtorno de Carla iniciou quando ela era adolescente, por ter sido muito mal tratada em uma casa na qual trabalhava e, também, como consequência da história de vida sofrida dela. Hilda me disse que sua mãe morreu quando ela ainda era uma criança e seu pai espalhou as filhas em várias casas para trabalharem como doméstica. Sobre isso, quando eu a pergunto como foi a história de vida de sua irmã, ela me respondeu:

“E ela foi uma menina normal, saudável[...] foi crescendo, crescendo e, como toda criança, mal criada, rebelde[...] e a mãe da gente morreu, a gente ficou tudo[...] eles ficaram tudo pequeno[...] E eles ficaram tudo pequeno lá. Aí, depois foram ficando maiorzinha, assim, com nove, dez anos, ele foi espalhando tudinho: você sabe não quem é que quer uma menina pra lavar um prato, pra tomar conta de seu bebê? E foi mandando tudo pra[...] se espalhando, né[...] se espalhando tudinho e Carla ficou[...] Aí, a mulher chutava ela de pé, de manhã, pra acordar ela. Eu ainda fui lá, atrás dessa mulher. Quando eu cheguei lá, ela já não tava mais. Tinha ido pra casa. E foi sofrimento assim, até que um certo dia chegou Carla aqui com duas sacolas de roupa molhada, com um corte na mão bem fundo assim. Aí ela ficou. Pronto. Mas aí ela já tava já meio agitada”.

Por não ter onde ficar, Carla voltou para a rua e a equipe apresentou o caso ao Caps do território, o qual, por sua vez, disse não poder iniciar qualquer intervenção com a usuária em situação de rua, como nos diz Olga quando questionada sobre as dificuldades encontradas no processo de atendimento à Carla:

Se vocês tão dizendo que não vão atender porque ela é de rua, porque ela não tem referência familiar, então levo ela pra onde? Se você me der uma resposta eu vou ficar satisfeita[...] E cadê pra quem não tem referência familiar os serviços da saúde mental? (Olga, assistente social do SESR do IASC).

Após várias tentativas e diante da necessidade do início do tratamento, a equipe conseguiu que o IASC pagasse o aluguel de um quarto, temporariamente, até que toda documentação de Carla fosse regularizada e ela voltasse a receber o BPC. Com a ida para um quarto alugado, a equipe agendou a triagem de Carla no Caps.

O ciclo vivido pelos outros dois usuários que tiveram suas vidas contadas nos capítulos anteriores se repetiu aqui com Carla: para ela poder ter acesso ao tratamento, precisou se instalar em um quarto, em uma comunidade desconhecida da usuária, o que dificultou a sua permanência e sobrecarregou a equipe do IASC que a acompanhava. Quando questionada sobre sua opinião acerca do atendimento à moradores de rua nos Caps, Lúcia disse:

[...] na rua? [...] eu acho que não. Eu acho que precisa de um espaço[...] eita, é difícil. Porque depende do grau de comprometimento também, né. . Com moradores de rua na rua, com transtornos, então eu acho que é uma coisa meio difícil. Eu acho que não. Eu acho que tem que buscar uma alternativa pra fazer essa [...] não na rua. Acho que tem ser interno (Lúcia, psicóloga do Caps).

E, tal determinação — de ter que sair da rua — para Carla não foi fácil. Se para Cláudia, as relações com a comunidade em que foi morar já era fortalecida, para Carla, a mudança para essa nova comunidade foi muito turbulenta. Até conseguir um local no qual suportasse morar, Carla precisou fazer três mudanças, por não ter se adaptado à vizinhança. Ela continuava a achar que seus irmãos estavam por perto, perseguindo-a e se aliando aos vizinhos para prejudicá-la. Nessa fase, seus vínculos com o Caps ainda eram muito frágeis, ou quase inexistentes, pois a dinâmica de mudanças impedia a completa adesão ao tratamento. No terceiro quarto alugado, Carla conseguiu se estabelecer por alguns meses e iniciou, efetivamente, seu tratamento no Caps.

Durante toda essa peregrinação, tive a oportunidade de ouvir diversos relatos da equipe do IASC que a acompanhava, nos quais Olga colocava o esforço e dedicação da equipe para conseguir que Carla se estabilizasse em algum local para dar continuidade ao seu tratamento. Até Carla conseguir aprender o caminho de ida e

volta para o Caps, todos os dias alguém da equipe do IASC ia levá-la ao Caps, de manhã cedo, e buscá-la no final da tarde.

Quando voltou a receber o benefício, mensalmente Olga a acompanhava até a casa de sua irmã — que recebia o benefício por ela, por possuir uma procuração em seu nome — para pegar o dinheiro, pagar o aluguel e deixar uma parte para Carla administrar. Enquanto tudo isso acontecia na vida de Carla, o Caps apenas acompanhava a história dentro das paredes da instituição, sem participar de todo esse processo de reorganização da rotina de Carla dentro de uma nova comunidade, apesar de ter partido do próprio Caps a exigência de sua permanência em um espaço ‘protegido’.

Esse primeiro contato da usuária com o Caps foi encarado por Carla com muita resistência, visto que ela tinha muito medo de ser internada novamente. Ela precisou tomar uma injeção de emergência, pois estava muito agitada e desconfiada com a equipe. Segundo a assistente social que a acompanhou, ela repetiu diversas vezes que aquela situação tinha sido criada pelos seus irmãos, que eles só queriam o seu mal e que todos estavam contra ela.

O Caps deu a Carla o diagnóstico de Esquizofrenia⁵⁴ e avaliou que, em um primeiro momento, ela deveria ficar na modalidade⁵⁵ de intensivo com pernoite, dormindo no Caps 24h de referência da cidade. Carla passou por volta de quinze a vinte dias nessa modalidade e, nesse período, a equipe do IASC estava resolvendo as

⁵⁴ Diagnóstico dado de acordo com o CID—10, número F20, no qual “os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados”. (CID —10)

⁵⁵ Dependendo do projeto terapêutico construído com o usuário e, de acordo com a Portaria GM 336/02, as modalidades de atendimento nos Caps poderão ser:

- Atendimento Intensivo: atendimento diário oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua.

- Atendimento Semi—Intensivo: oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, que pode durar até 12 dias no mês.

- Atendimento Não—Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês.

pendências de documentação para que ela tivesse seu benefício de volta. Após alta da modalidade de pernoite, Carla passou a freqüentar o Caps diariamente e, em paralelo, conseguiu reaver, junto ao INSS o seu BPC.

Durante a passagem de Carla no Caps, a equipe do IASC tentou, insistentemente trazer a família para o tratamento da usuária, mesmo porque o Caps exigia a referência familiar como requisito para tal. Mesmo diante de várias tentativas, a família não se disponibilizou a participar do tratamento e o vínculo da usuária com seus parentes foi cada vez mais se fragilizando. Sobre essa resistência da família, Lúcia disse ter sido necessário para Carla tentar aprender a viver sozinha, visto que seus familiares não a queriam na convivência da família e a própria usuária também demonstrava muita mágoa e aversão em relação a sua família. Lúcia nos diz:

Então a gente trabalhou muito com Carla a questão da autonomia; com ela lidar com a situação e o contexto mesmo social. Porque a relação dela com a família era bem difícil e os delírios dela eram contraditórios em relação, muito direcionados à família. Então como ela tinha resistência e a própria família tinha[...] foi uma grande dificuldade da gente, né[...] foi trazer essa família; fazer com que essa família assumisse, minimamente, algumas responsabilidades[...] então a gente tinha que trabalhar com Carla essa questão da autonomia de Carla; pra ela aprender a conviver da forma que era possível pra ela (Lúcia, psicóloga do Caps).

Um dos maiores impedimentos apontado por Lúcia por não ter alcançado resultados mais exitosos — a partir da avaliação da equipe do Caps — diz respeito à indisponibilidade da família para participar efetivamente do tratamento de Carla. Mais uma vez, o discurso de culpabilização da família pela falta de sucesso no tratamento e a cobrança da responsabilidade pelo cuidado se repetiu na história de Carla, como pode ser visualizado na fala de Lúcia quando questionada sobre as dificuldades e os resultados alcançados:

[...]a família foi um nó, um ponto de nó em relação ao caso de Carla[...] A gente não conseguiu muita coisa com a família. A gente tentou encaminhar ela pro Caps de Jaboatão[...] fazer com que a família levasse, né, mas a família não se mobilizou muito, não[...] Aí, entro em contato com essa irmã pra tentar fazer com que ela levasse Carla no Caps, aí vêm as desculpas: não posso. Não dá. Não tem que faça. Sabe? Muita dificuldade[...] Eu que se tivesse um suporte mínimo da família, a gente poderia ter avançado um pouco mais com relação a isso[...] Então eu acho que faltou família ou

alguém que possa, que pudesse referenciar a gente enquanto família, do lado de fora. Então talvez a gente pudesse ter feito[...] a gente poderia ter avançado um pouco mais, garantindo o mínimo no caso de Carla (Lúcia, psicóloga do Caps).

Outra grande dificuldade assinalada por Lúcia, por Olga e pela família de Carla é a não aceitação do diagnóstico pela usuária. Essa dificuldade, segundo a família, foi a responsável por toda a resistência existente entre a família e Carla. Por não entender, nem aceitar o diagnóstico dado a sua situação, ela se negava a tomar qualquer medicação e não queria aproximação nenhuma com a sua família, devido às internações compulsórias que sofreu. E, como a família também não tinha muita informação e suporte para lidar com a situação, a relação com Carla foi se desgastando, ao ponto de quase nenhum dos seus vários irmãos se disponibilizarem a ajudar no processo de cuidado de Carla.

Hilda me contou que a primeira internação de Carla só foi possível porque ela foi enganada e levada, achando que estava indo para um terreiro de Candomblé, pois a própria usuária alega que o seu transtorno é fruto de um 'trabalho' feito por dois de seus irmãos e que o tratamento do qual necessita é espiritual. No trecho abaixo, Hilda relata a situação :

não Carla, olhe, vou levar você hoje num xangô. Aí saí enganando ela e levei ela pro Otávio de Freitas. Aí quando chegou lá, a médica internou na Clínica Santo Antônio[...] Aí ela ficou revoltada. Ficou revoltada comigo, porque disse que ela não tinha doença e eu internei ela (Hilda, irmã de Carla).

Enquanto estava participando das atividades do Caps, Carla aceitou o tratamento medicamentoso. Após receber alta, Carla começou a não tomar mais a medicação levada pela equipe do IASC e começou a se desorganizar novamente. Essa recusa também aconteceu todas as vezes que foi internada e teve alta. Segundo a irmã, ao sair do hospital, a usuária tomava a medicação e ficava bem; após alguns dias, ela não queria mais os remédios e as crises retornavam.

Em uma de suas últimas crises, já com o acompanhamento do IASC e do Caps, Carla saiu do quarto alugado, deu todos os seus pertences e foi procurar a família. Ficou morando na casa do pai por alguns meses e, nesse período, o Caps e o IASC

entraram em contato com a família, a qual dizia que ela estava ótima. Após algumas semanas, uma irmã de Carla entrou em contato com Caps e avisou que a usuária estava em crise novamente. Quando a equipe do IASC tentou localizá-la, ela já não estava mais junto à família e havia se desfeito de todas as suas coisas e voltado para as ruas.

Mais uma vez Carla não suportou a convivência com seus familiares e retornou para a rua. Desde muito cedo, Hilda falou que, por diversas vezes, foram alugados e mobiliados lugares para ela morar, mas ela sempre vendia ou dava seus pertences e ia para rua. O diálogo abaixo ilustra essa situação:

Cintia: ô Hilda, tu dissesse que ela foi pras ruas depois que ela voltou do Rio de Janeiro[...]

Hilda: foi[...] ela ficou assim. Ela[...] pronto, no começo, logo quando ela saiu do Hospital, eu ficava pensando assim: não Carla[...] eu acho que Carla é assim aperreada porque Carla não tem um cantinho pra ela. Ela vive aqui, vive na casa de A. vive na casa de um, na casa de outro[...] não tem um cantinho pra ela. Na época eu tava trabalhando, o pessoal aí[...] os vizinhos tudinho aí ta de prova. Aí fui, aluguei um quartinho ali embaixo. Aluguei um quartinho, botei uma cama, um colchão. Botei um fogão de duas bocas, daqueles que bota em cima do móvel. A vizinha ali deu um pedaço de armário[...] botava o fogãozinho em cima do móvel. Eu que fazia as compras pra ela. Ela não recebia dinheiro. Eu que sustentava ela de tudo. Comprava remédio, comprava bujão, tudo isso era eu que fazia. Ela morava ali no quartinho[...] Depois ela foi piorando, aí deu uma crise. Deu uma crise, ela veio, arrastou tudinho e botou aí, ó, na porta. As coisas tudinho. Disse que tudinho era meu. Que não queria aquilo, que queria trabalhar pra ganhar o dinheiro dela, pra pagar o aluguel.

A saída das ruas como condição para ter acesso ao cuidado, que sempre fora colocada como imposição para Carla — seja pela sua família, seja também pelas políticas públicas às quais teve acesso, pode não ser a melhor estratégia para todos os usuários. No dia em que fomos fazer a entrevista com Hilda, por coincidência, encontramos a usuária em uma avenida, praticando mendicância. Paramos o carro e fomos a sua procura, porém ela correu e se escondeu da equipe; mas com a ajuda de uma irmã, conseguimos encontrá-la. Ela estava em crise, trancada em um quarto desmobiado, sem querer falar com ninguém. Fomos embora e uma semana depois, Carla estava na sede do IASC, à procura da Assistente Social que a acompanhava.

Mesmo assim, Carla não quis dizer onde estava morando e hoje a equipe não sabe do paradeiro de Carla, que, provavelmente, está nas ruas de novo.

Todo esse caminho percorrido por Carla, fortemente marcado pela resistência e negação aos encaminhamentos construídos para sua vida — mesmo que estes tenham sido construídos com o seu consentimento — nos faz pensar em quais procedimentos podemos construir para lidar com pessoas que, em um dado momento, não querem — ou não conseguem — se adequar às regras estabelecidas. Lúcia, quando questionada sobre as principais dificuldades para o caso, disse que a dificuldade era de Carla, por não aceitar que estava com um transtorno e não querer aderir ao tratamento. Em nenhum momento a instituição avaliou se os procedimentos oferecidos eram os mais apropriados para aquele momento da vida de Carla, apesar de Lúcia admitir que “talvez tenha sido o momento dela de se afastar, pra tá retornando depois”, quando a instituição a receberá com as mesmas regras e procedimentos. O quadro abaixo apresenta a história de Carla desde antes do atendimento do SESR até a sua situação atual:

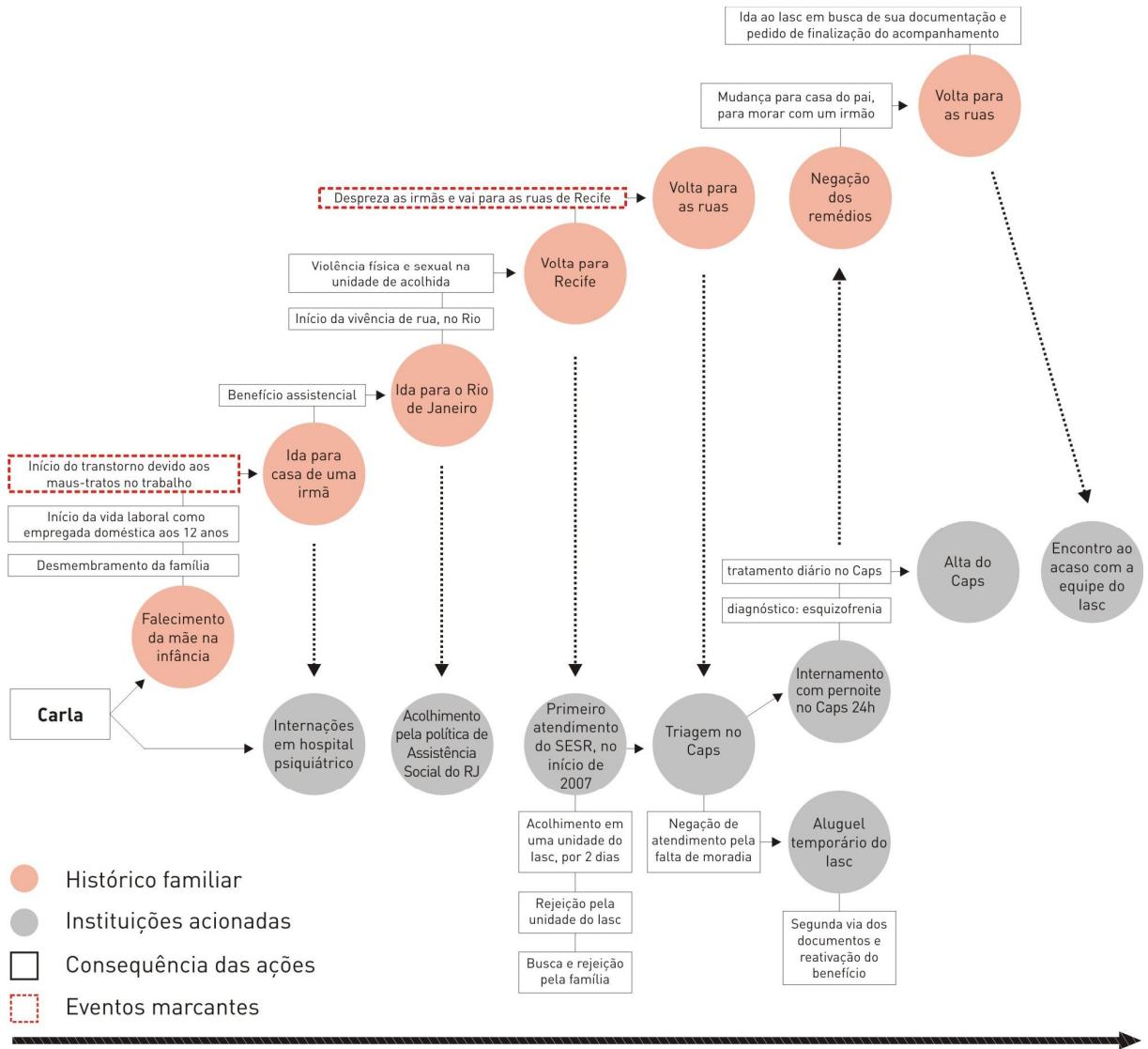


Figura 5 – Fluxo do histórico familiar e institucional de Carla



Considerações finais

Assim como as pessoas em situação de rua têm por direito constitucional serem consideradas cidadãs integrais, também as políticas públicas que as contemplam devem ser pensadas desde uma perspectiva interdisciplinar e integral, deslocando-se da Assistência Social a responsabilidade exclusiva pelo atendimento a este segmento (BRASIL, 2008b).

A apresentação das três histórias de vida contadas no capítulo anterior, além da que fora apresentada na Introdução deste trabalho, abre um leque de possibilidades e questionamentos sobre o cuidado em saúde mental oferecido à população em situação de rua na nossa cidade. Algumas questões saltam aos meus olhos, as quais buscarei apresentar nesta tentativa de finalização da dissertação, que são: a transferência da responsabilidade do Estado para a família; possuir referência familiar e domiciliar para iniciar o tratamento; e a possibilidade de compartilhamento da responsabilidade pelos moradores de rua pelas políticas de Saúde e Assistência Social da nossa cidade.

Em primeiro lugar, gostaria de trazer à tona uma crítica à centralidade das políticas públicas na responsabilidade da família sobre os usuários que se encontram em situação de rua. Seja para os profissionais que trabalham na Assistência Social, seja para os que trabalham na Saúde, o sucesso de cada caso depende diretamente da disponibilidade e envolvimento dos familiares nos

encaminhamentos construídos para cada usuário. Contraditoriamente, a mesma família que um dia afastou ou foi afastada da vida dos usuários é convocada pelas políticas públicas para responsabilizar-se por pessoas as quais, muitas vezes, nem aceitam tal reaproximação.

Apesar de terem sido construídas por segmentos da sociedade definidos como 'progressistas', as Políticas Públicas brasileiras ainda carregam em suas determinações a família como o melhor lugar para viver, esquecendo que tal definição traz em seu bojo características muito conservadoras. E, mesmo assumindo para si a responsabilidade por todos os seus cidadãos a partir da Constituição de 1988, ao repassar para a família o cuidado por seus membros, o Estado se exime da sua função protetora, transferindo para o privado uma obrigação pública.

Em segundo lugar, por que não permitir o cuidado e o acesso aos direitos àqueles que, mesmo diante das dificuldades encontradas, ainda desejam viver nas ruas? A saída das ruas como condição para ter acesso aos serviços de saúde mental, a qual fora colocada como imposição para as histórias contadas neste trabalho, pode não ser a melhor estratégia para todos os usuários. Para alguns casos, a retirada da rua — quase que compulsória — pode ser aceita pelo usuário com facilidade, mas, em outros casos, a resposta pode ser de não adesão e não aceitação da nova condição.

A imposição da moradia formal, apesar de ser a melhor solução aos olhos das políticas públicas e dos profissionais que a executam hoje, pode não ser a escolha do usuário em vários momentos de sua vida. Mesmo porque a ida para as ruas, dependendo de cada história de vida, pode ter sido a resposta possível; a forma de resistência mais corajosa e saudável diante de situações violentas em moradias anteriores. Sendo assim, ações de remoção e institucionalização dessas pessoas que fazem da rua seu espaço de moradia, apesar de trazer a impressão de resultados e eficiência pública diante dos problemas de sua cidade, caracterizam-se, para alguns moradores de rua, como uma forma de agressão e violação — mais uma vez — de seus direitos. Por isso, a naturalização da moradia como espaço de

proteção pode ser recebida como uma nova violência para certos usuários, os quais vão negar e reagir a tal determinação.

Porém, quando encaminhados para os Caps pelas equipes dos SESR, muitas resistências foram encontradas para o atendimento da população em situação de rua nesses serviços. Em Recife, os Caps — suposta porta de entrada em saúde mental para qualquer usuário, inclusive moradores de rua — não os têm acolhido sob a justificativa da ausência da referência familiar e territorial, o que ainda ocasiona um fluxo muito grande desses usuários para leitos em Hospitais Psiquiátricos. Amarante (2007) argumenta que os serviços substitutivos aos hospitais, de base territorial e psicossocial, precisam tomar cuidado para que não se burocratizem e percam sua flexibilidade diante da demanda de saúde mental que a eles se apresenta.

Um aspecto comum aos moradores de rua estudados neste trabalho diz respeito às internações em hospitais psiquiátricos anteriores à vida nas ruas. A primeira alternativa encontrada pelos familiares para o tratamento do sofrimento mental apresentado pelos usuários foi a busca por hospitais fechados, realizando internamentos que resolviam a situação pontualmente, com fortes medicações e 'controle' das crises, mas que não surtiram efeito na volta dos usuários para casa. Diante disso, reforço o coro da Luta Antimanicomial brasileira, ressaltando a ineficiência do tratamento em hospitais psiquiátricos e, principalmente, enfatizando a necessidade de os Caps ampliarem suas ações também para esta população, a qual, quase sempre, também já sofreu com as intervenções manicomiais ainda dominantes.

Por não corresponderem a um perfil dominante, a população de rua acaba ficando de fora das ações desenvolvidas pelos serviços públicos, de forma geral. E, mesmo quando são aceitos, precisam se adequar às normas já construídas, cujas regras se contrapõem ao estado de desvinculação em que se encontram essas pessoas. A uniformização e rigidez dos serviços acabam por afastar as possibilidades de acesso das pessoas em situação de rua em sofrimento mental, os quais esperam dos usuários completa reorganização do seu cotidiano para iniciar o tratamento em saúde mental.

É importante lembrarmos que as convenções negociadas para o campo da saúde mental, se entendidas como construções sociais, podem ser transformadas, principalmente quando apresentadas a um novo conjunto de demandas que põem em cheque as verdades até então estabelecidas. Parece ter havido tamanho processo de naturalização com relação ao imperativo do domicílio com casa e da referência sócio-familiar e/ou comunitária para a aceitação no tratamento que, mesmo quando colocados frente a uma demanda diferenciada e com suas especificidades, os serviços não conseguem construir estratégias eficazes para um fenômeno não familiar.

Tal situação acarreta também uma sobrecarga dos profissionais do SESR — único serviço público da cidade voltado para população de rua — visto que esses profissionais, para conseguirem incluir seu usuário nos serviços, precisam estar dispostos a servirem de referência em todos os encaminhamentos dados. Apesar de este trabalho ter-se focado nos serviços de saúde mental, a exigência de um responsável se repete em quase todos os serviços públicos existentes na cidade. Se é feita uma solicitação de atendimento do SAMU, é necessário ter alguém que responda pelo morador de rua; se é realizada uma matrícula em uma escola, o profissional precisa se responsabilizar pelo usuário no cumprimento das regras da instituição; se é feito um cadastro para algum programa social, o SESR disponibiliza seu endereço para efetivar a inscrição. Enfim, parece que nenhuma ação desenvolvida pelas políticas públicas brasileiras se preocupa — ou, à vezes, nem se lembra — em pensar as especificidades das pessoas em situação de rua.

Nacionalmente, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, em conjunto com outros ministérios, está construindo, quase que secretamente, uma 'Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua' (BRASIL, 2008b), sendo este documento o resultado de um Grupo de Trabalho Interministerial criado para discutir e planejar ações voltadas para esta população. Em junho de 2008, tive acesso a uma versão preliminar deste documento, o qual traz em seu bojo a necessidade das políticas públicas em geral, e não apenas os serviços da Assistência Social, reformularem seus serviços e ações adequando-os também à

população em situação de rua e às suas demandas e condições específicas. Apesar de ainda não apresentar caminhos muito claros, o documento aponta diretrizes gerais as quais precisam ser seguidas para que as pessoas em situação de rua sejam acolhidas nos serviços públicos de forma digna e com condições de exercer sua cidadania, que fora negada por tanto tempo.

DaMatta (1997) ao comparar o exercício da cidadania no Brasil com outros países — como nos Estados Unidos, por exemplo— argumenta que na nossa sociedade o cidadão, se não tiver relações com pessoas que se encontrem em posições de destaque na hierarquia social, não consegue ter acesso aos seus direitos legais. Como afirma o autor:

No Brasil, por contraste, a comunidade é necessariamente heterogênea, complementar e hierarquizada. Sua unidade básica não está baseada em indivíduos (ou cidadãos), mas em relações e pessoas, famílias e grupos de parentes e amigos[...] o indivíduo isolado e sem relações, a entidade política *indivisa*, é algo considerado altamente negativo, revelando apenas a solidão de um ser humano marginal em relação aos outros membros da comunidade[...] Isso permitiria explicar os desvios e as variações da noção de cidadania. Pois se o indivíduo (ou cidadão) não tem nenhuma ligação com pessoa ou instituição de prestígio na sociedade, ele é tratado como inferior (DAMATTA, 1997, p 77-78).

No atendimento aos moradores de rua em sofrimento psíquico, como descrevi nas histórias apresentadas anteriormente, os encaminhamentos para responder às demandas dessa população dependem muito mais do compromisso profissional — e às vezes até pessoal — de cada técnico responsável por aquele usuário do que da resposta do poder público a um direito garantido legalmente. Muitas vezes, até mesmo o técnico precisa conhecer os profissionais dos outros serviços públicos para que o acesso a um direito seja efetivado. Esta condição traz como consequência a sobrecarga de demanda em um profissional que tenha uma rede de relações mais ampla; e, diante dessa sobrecarga, o profissional acaba por fazer escolhas dentre os usuários mais urgentes, pois não consegue dar conta de toda demanda que lhe é apresentada, já que o encaminhamento exige um esforço maior do que aquele que seria empregado se os serviços garantissem o acesso a qualquer pessoa que dele necessitasse.

Por não existirem normatizações e procedimentos adequados aos perfis da população em situação de rua na cidade do Recife, hoje, o número de usuários que obtêm respostas às suas demandas é muito pequeno, pois tais usuários ficam a mercê das possibilidades encontradas pelos técnicos que os acompanham nas ruas, as quais não são fáceis. Podemos pensar em um número menor ainda se levarmos em consideração a quantidade de usuários que não são nem atendidos pelas equipes do SESR, visto que o serviço ainda não consegue cobrir todas as áreas da cidade.

Porém, não podemos deixar de citar as iniciativas que vêm sendo desenvolvidas pela atual gestão municipal no que diz respeito ao atendimento à população em situação de rua. Primeiro, é importante destacar que Recife é uma das poucas cidades brasileiras que oferecem um serviço específico para o atendimento às pessoas que vivem nas ruas⁵⁶. Em segundo lugar, nos anos de 2006 e 2007 a prefeitura realizou concursos públicos para suprir a demanda de pessoal da Secretaria de Assistência Social e do IASC, o que representa um investimento importante na continuidade dos serviços oferecidos, independentemente da gestão governamental do momento.

Por último, este ano de 2008 foi marcado por alguns encontros e seminários que tiveram como foco a temática da população de rua e da saúde. Como resultado, foram criados Grupos de Trabalho temáticos intersetoriais com o objetivo de discutir e reorganizar os serviços de ambas as secretarias para o atendimento à população de rua. Particularmente, estou fazendo parte do Grupo de Trabalho intitulado 'População de Rua e Saúde Mental', no qual ainda estamos em processo de reconhecimento das ações desenvolvidas por ambas as políticas públicas para, depois, podermos pensar como reorganizar o que já vem sendo feito. Acredito que, se o grupo continuar, municipalmente, poderemos construir, a longo prazo, experiências exitosas na oferta de atendimento integral à população de rua em sofrimento mental.

⁵⁶ Apesar de tal serviço estar previsto na Política Nacional de Assistência Social, configurando-se, assim, como obrigação de todos os municípios brasileiros que tiverem pessoas vivendo nas ruas.

Uma experiência que vem sendo desenvolvida em um dos Caps de Recife é a realização do atendimento à população de rua *in loco*. A partir da identificação da demanda, seja ela feita pelo SESR, seja pelo Caps ou pela própria comunidade local, o Caps realiza o atendimento nas ruas, faz uma avaliação das condições de saúde do usuário e, dependendo do caso, dá continuidade ao acompanhamento na própria rua, administrando, inclusive a medicação psiquiátrica conveniente. Ao SESR cabe a função de garantir ao usuário os mínimos sociais dos quais necessita para sobreviver, de acordo com o desejo de cada usuário, que pode ser: documentação; acesso a programa de transferência de renda; vaga em escola pública ou curso profissionalizante; vaga em unidade de acolhida; dentre outras ações.

Apesar de iniciada a poucos meses, de forma pontual e restrita a apenas uma RPA da cidade do Recife, essa experiência mostra outras formas de cuidado em saúde mental que parecem respeitar a condição de 'ser da rua' vivenciada por esses usuários. Apesar de acreditar que a situação de rua se caracteriza como o resultado de um processo de pobreza e vulnerabilidades sofrido pelos usuários, e não apenas como uma escolha, fazer das ruas o seu espaço de moradia é uma condição que imprime marcas, hábitos e relações estreitas do usuário com a rua. Tais relações não são fáceis de serem modificadas ou esquecidas — e talvez nem precisem ser — o que nos obriga a refletirmos sobre as possibilidades de intervenção na vida desses usuários.

Por acreditar na pesquisa como ação social, a qual pode gerar transformações e questionamentos às verdades instituídas, trago aqui alguns apontamentos sobre uma possível forma de estruturação dos serviços de saúde mental para atendimento à moradores de rua. Em primeiro lugar, acredito que a defesa dos princípios e diretrizes regentes do SUS, principalmente o da Integralidade, já traz importantes avanços nas configurações de atendimento a essa população. Ao adotar a Integralidade como princípio, buscamos reconhecimento e entendimento da pessoa como um todo, pois além de constituir um princípio doutrinário do SUS, a perspectiva da Integralidade apresenta-se hoje como

possibilidade de transformação de paradigmas, reconhecendo a complexidade do ser humano e de suas necessidades para existir no mundo.

Mattos (2006) aponta três grandes conjuntos de sentidos para a Integralidade, quais sejam: o modo como o profissional atua frente ao usuário e no mundo; o modo como as políticas de saúde devem ser formuladas; e o modo como os serviços de saúde devem se organizar, mostrando como o tema da Integralidade é polissêmico, mas sempre se recusando ao reducionismo e abrindo possibilidades para o diálogo. Assim, a constituição de um atendimento integral aos moradores de rua em sofrimento psíquico precisa garantir a articulação efetiva entre as diversas políticas públicas a que essas pessoas têm direito; a formação de equipes interdisciplinares, nas quais os profissionais possam colaborar entre si para compreender de forma mais completa as necessidades apresentadas; e, principalmente, a oferta de atividades que se adequem aos hábitos e formas de vida dessas pessoas.

Ao trabalhar com População de Rua colocamos em cheque muitos dos conceitos imprescindíveis para o funcionamento “normal” e “correto” dos serviços, pois historicamente as contingências e realidades desta população não vêm sendo levadas em consideração. Sendo assim, parece necessário que ocorra o estranhamento dos profissionais e serviços frente às condições dessas pessoas que vivem nas ruas, ocasionando a desnaturalização de conceitos e pré-requisitos já estabelecidos, pois só assim será possível a invenção de novas e diferentes formas de atenção e cuidado para com a População de Rua. Dentro da realidade de Recife, proponho o estabelecimento de um fluxo mais tranquilo e com responsabilidades compartilhadas entre as equipes do SESR e dos Caps, como o apresentado no quadro abaixo, por exemplo:

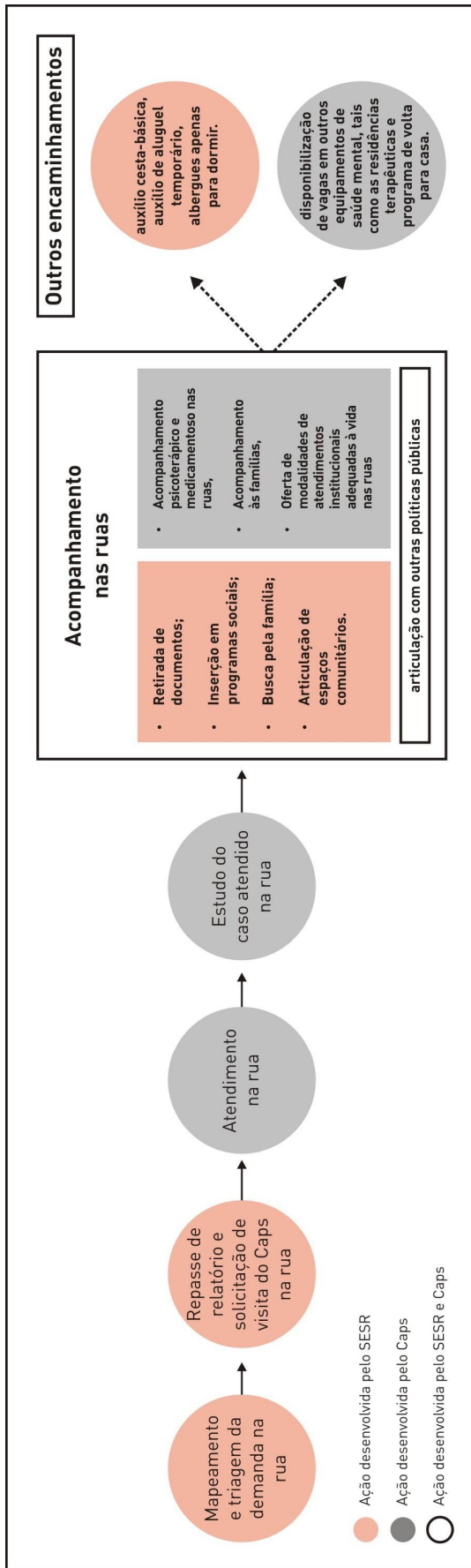


Figura 6 – Proposta de atendimento intersetorial para moradores de rua em Recife

Se realizado dessa forma, acredito que o atendimento oferecido à população de rua em sofrimento mental em Recife consiga ser efetivado de forma a respeitar as especificidades dessas pessoas, já que o foco se localiza no acompanhamento nas ruas. Além disso, cada órgão público teria o seu lugar nos encaminhamentos para cada caso, visto que se propõe o atendimento conjunto pelas equipes de saúde e assistência social. Dessa forma, a responsabilidade pelo usuário seria compartilhada e a possibilidade de acesso aos serviços seria ampliada, pois mais pessoas estariam envolvidas para garantir o direito ao acesso aos serviços dos quais cada usuário necessitar.

Por fim, defendo que o respeito às diferenças e a garantia universal e integral de proteção social, tão presentes nos discursos e nas leis vigentes em nosso país, precisam ser ampliados para qualquer grupo social, mesmo que ele desorganize e se contraponha às nossas certezas e convicções sobre a melhor forma de estar no mundo.



Referências Bibliográficas

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, jan.-abr. 2004.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. — Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social — PNAS**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004c.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS**. Boletim Informativo da Saúde Mental. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. v. IV, n. 18. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Sumário Executivo**. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008a.

BRASIL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: Governo Federal, Versão Preliminar, 2008b.

BURSZTYN, Marcel. **No meio da rua** - nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma**. Repensando a Saúde. 3.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa & DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 23, Fev, 2007 (p. 399-407).

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira & ALMEIDA, Paulo Henrique. Família e Proteção Social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, V. 17(2), 2003 (p. 109-122).

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do Salário, tradução de Iraci D. Poleti, 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005.

CASTELVECCHI, G. Quantas vidas eu tivesse, tantas vidas eu daria!. São Paulo: Edições Paulinas, 1985. In: ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis

urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, jan.-abr. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996.

CORDEIRO, Rosineide. **Além das secas e das chuvas**. O uso da nomeação *mulher trabalhadora rural* no sertão central de Pernambuco. Tese (Doutorado em Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

CUIDAR da pessoa. **Jornal do Commercio**, Recife, 01 Out. 2007. Disponível em: < http://jc.uol.com.br/jornal/2007/10/01/col_30.php >. Acesso em: 13 de Outubro de 2007.

DAMATTA, Roberto. **A Casa e A Rua**. Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil. 5 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DAVIES, B. & HARRE, R. Positioning: the discursive production of selves. **Journal for the Theory of Social Behavior**. Vol. 20, nº 01, p. 43-63 * Versão traduzida: Posicionamento: a produção discursiva de 'selves' (Mary Jane Spink).

SCOREL, Sarah. Vivendo de Teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. In: BURSZTYN, Marcel (org). **No meio da rua** - nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000 (p. 139-171)

_____. Agenda Pública Social: pessoas que moram nas ruas. In: **Agenda Pública — Drama Social**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2002 (p. 125-136).

_____. **Vidas ao Léu**: trajetórias de exclusão social. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FERRAZ, Flávio Carvalho. **Andarilhos da Imaginação**: um estudo sobre os loucos de rua. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GERGEN, Kenneth. The Social constructionist movement in modern psychology. **American Psychologist**, v. 40, nº 3, p. 266-275. Versão traduzida: Movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna, 1985.

GRUNPETER, Paula Veloso. **A participação dos portadores de transtornos mentais no movimento de luta antimanicomial em Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2008.

IBÁÑEZ, Tomás. **Psicologia Social Construcionista**. Textos recentes. México: Universidad de Guadalajara, 1994.

KUHN, Thomas S. **O caminho desde A estrutura**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

LUZ, Madel T. Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje. Em: PINHEIRO, Roseni.e MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.) **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Editora HUCITEC: ABRASCO, 2004.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 3. ed., 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (orgs.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Editora HUCITEC: ABRASCO, 2006.

MEDRADO, Benedito. **Discussão em sala de aula**. Disciplina Seminários de Dissertação. Curso de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: BURSZTYN, Marcel (org). **No meio da rua - nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000 (p. 56-87)

NEVES, D. P. O trabalhador que não deu certo. *Ciência Hoje*. Rio de Janeiro, v.1, n.4, 1983. In: ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. *Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde*. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, jan.-abr. 2004.

PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004 (p. 183 — 214).

RASERA, Emerson F & JAPUR, Marisa. **Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo**. 1 ed. São Paulo: Vetor, 2007.

RECIFE. **Censo e análise qualitativa da População em Situação de Rua na Cidade do Recife**. Instituto de Assistência Social e Cidadania/Iasc. Prefeitura do Recife, 2005.

RECIFE. **Caderno de Informações SUS Recife: 2001-2007**. Prefeitura do Recife, 2007a

RECIFE. **Prefeitura do Recife.** Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/distritoiii.php>>, acessado em 13 de Outubro de 2007b.

RIOS, Luís Felipe. **A população em Situação de Rua da Cidade do Recife e suas Condições Sociais:** atores, grupos e formas de enfrentamento e de sociabilidade. Recife: Versão Preliminar de Relatório de Pesquisa, 2005.

RODRIGUES, José Augusto & FILHO, Dario de Sousa e Silva. Uma TV sob a rampa do Metrô e outras Formas de Inclusão da Pobreza nas Ruas — Dois anos depois. In: **Agenda Pública — Drama Social.** Rio de Janeiro: FAPERJ, 2002 (p. 67-112).

RORTY, Richard. **Objetivismo, relativismo e verdade** - ensaios filosóficos I. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **Vidas de Rua.** São Paulo: Editora Hucitec: Associação Rede de Rua, 2005.

SERENO, Deborah. Acompanhamento Terapêutico e produção de cinema: pesquisa para o curta metragem 'dizem que sou louco'. **Percursos**, São Paulo, V. 14, 1º semestre, 1995 (p. 22-26)

SILVA, Marta Borba. **O “Louco de Rua” e a Seguridade Social em Porto Alegre:** da (in)visibilidade social à cidadania?. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SPINK, Mary Jane. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS,** Rio Grande do Sul, 2000.

_____. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004a. (Coleção Debates Contemporâneos em Psicologia Social; 1).

_____. **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004b.

_____ & FREZZA, Rose Mary. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. (p. 17-40)

_____ & LIMA, Helena. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. (p. 93-122)

_____ & MEDRADO, Benedito. Produção dos Sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para a análise das práticas discursivas. In: **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. (p. 41-62)

_____ & MENEGON, Vera Mincoff. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. (p. 63-92)

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. Ética e subjetividade: indagações em Habermas e Rorty. **Estudos de Psicologia**, Fortaleza, 2003.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos & ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **População de Rua**: quem é, como vive, como é vista. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.



Anexos

Anexo A – Resultados encontrados no levantamento bibliográfico

Eixos Temáticos Nº de produções	Saúde Mental	População/Mora- dores de Rua	Integralidade em Saúde	Exclusão Social	Saúde Mental x População/Mora- dores de Rua	Saúde Mental x Integralidade em Saúde	Saúde Mental x Exclusão Social
Biblioteca UFPE	204	9	---	79	---	---	---
SciELO (artigos)	169	2	58	24	---	---	---
Capes (textos completos)							
a) Psicologia e Sociedade	3	1	---	3	---	---	---
b) Psicologia: ciência e profissão	15	1	---	1	---	---	---
c) Cadernos Pagu	---	---	---	---	---	---	---
d) Revista Estudos Feministas	---	---	---	---	---	---	---
Capes (teses e dissertações)	1793	142	885	1821	8	67	1
Livreria Cultura	54	2	2	24	---	---	1
Livreria Saraiva	26	1	---	20	---	---	---
Domínio Público	---	---	---	---	---	---	---

Eixos Temáticos Nº de produções	População/Moradores de Rua x Integralidade em Saúde	População/Moradores de Rua x Exclusão Social	Integralidade em Saúde x Exclusão Social	Saúde Mental x População/Moradores de Rua x Integralidade em Saúde x Exclusão Social
Sites de busca				
Biblioteca UFPE	---	1	---	---
SciELO (artigos)	---	3		---
Capes (textos completos)				
a) Psicologia e Sociedade	---	---	---	---
b) Psicologia: ciência e profissão	---	---	---	---
c) Cadernos Pagu	---	---	---	---
d) Revista Estudos Feministas	---	---	---	---
Capes (teses e dissertações)	2	31	---	---
Livraria Cultura	---	---	---	---
Livraria Saraiva	---	---	---	---
Domínio Público	---	---	---	---

Tabela 01: resultados encontrados no levantamento bibliográfico feito pela internet

Anexo B – Roteiro para reunião com profissionais do SESR/lasc

Roteiro para reunião com profissionais do SESR/lasc

- 1- Se está acompanhando – ou já acompanhou - algum(a) morador(a) de rua em sofrimento mental.
- 2- Se sim, quantos (desde que entrou no lasc);
- 3- Qual a história de vida dessa (s) pessoa (s) / de que forma foram para as ruas (estavam em hospitais ou com a família?);
- 4- Que possibilidades de encaminhamentos foram pensadas;
- 5- Quais destes encaminhamentos foram colocados em prática;
- 6- Qual foi o percurso percorrido (**quem ou qual instituição foi procurada**);
- 7- Quais as dificuldades encontradas e qual o resultado alcançado.

Anexo C – Roteiros de Entrevista

Roteiro de entrevista – profissionais do SESR/ Iasc

- 1 – Com relação a (caso já escolhido), qual a história de vida dess@ usuáři@? Quantos anos el@ tem? Há quanto tempo está/estava nas ruas? Nas ruas, el@ vive/vivia só ou em grupos? El@ possui documentação e/ou algum tipo de renda?
- 2- Você pode me dizer quando e como foi o primeiro atendimento que você fez a el@? O atendimento foi feito por causa de solicitação ou por que você estava na área e atendeu espontaneamente? Como foi a suspeita e o diagnóstico do sofrimento mental?
- 3 – Após o primeiro atendimento, que encaminhamentos foram dados (na ordem cronológica, se possível) Que instituições e/ou pessoas foram procuradas e por quê?
- 4 – Quais foram/são as dificuldades em relação aos encaminhamentos para esse caso (com relação a cada encaminhamento)?
- 5 – Qual o resultado alcançado até agora? Ele correspondeu ao que você esperava? Se não, como poderia ter sido?
- 6 – Você acha que a População de Rua deve ser atendida nos Caps? Por quê?
- 7 – Você conhece as Residências Terapêuticas? Se sim, conhece o perfil [d@s usuáři@s](#) que podem utilizar esse serviço?
- 8 – Existe mais alguma coisa que você ache importante dizer nessa entrevista?

Roteiro de entrevista – familiares

- 1 – Com relação a (caso já escolhido), qual a história de vida dess@ pessoa? Com quantos anos el@ apresentou os primeiros sinais da doença? Como eram esses sinais? El@ fez algum tratamento para doença? Se sim, qual (internação)? Alguém da família também possui alguma doença mental?
- 2- Quando e como el@ foi para as ruas? El@ voltava para casa? Se sim, com que frequência? Se não, como foi que você voltou a ter contato com el@? Você @ procurava nas ruas?
- 3 – Você está participando do tratamento que el@ está fazendo? Se sim, como? Se não, por quê?
- 4 – Quais são as maiores dificuldades que impedem que el@ volte a morar em casa?
- 5 – Existe mais alguma coisa que você ache importante dizer nessa entrevista?

Roteiro de entrevista – comunidade

- 1 – Com relação a (caso já escolhido) quando e como el@ chegou nessa comunidade? Como/ por quê você desconfiou que el@ estava em sofrimento mental? El@ viva só ou em grupos?
- 2 – Como el@ conseguia sobreviver nas ruas?
- 3- Quando foi a primeira vez que você solicitou atendimento para el@? Que órgão você procurou? Qual foi o resultado alcançado?
- 4 – Quais são as maiores dificuldades que impediam que el@ saísse das ruas?
- 5 – Você já participou de algum tratamento que el@ fez? Se sim, como? Se não, por quê?
- 6 – Existe mais alguma coisa que você ache importante dizer nessa entrevista?

Roteiro de entrevista – profissionais de Casa de Acolhida/Iasc

- 1 – Com relação a (caso já escolhido), quando e como el@ chegou ao serviço?
- 2- Qual a avaliação feita após o primeiro contato com @ usuáři@?
- 3 - Que encaminhamentos foram dados após o primeiro atendimento?

- 4 – Quais foram/são as dificuldades em relação aos encaminhamentos para esse caso (com relação a cada encaminhamento)?
- 5 – Qual o resultado alcançado para o caso? Ele correspondeu ao que você esperava? Se não, como poderia ter sido?
- 6 – Você acha que a morador(a) de Rua em sofrimento mental deve ser acolhid@ nas casas de acolhida do IASC? Por quê?
- 7 – Você acha que a População de Rua deve ser atendida nos CAPS? Por quê?
- 8 – Você conhece as Residências Terapêuticas? Se sim, conhece o perfil [d@s usuáris](#) que podem utilizar esse serviço?
- 9 – Existe mais alguma coisa que você ache importante dizer nessa entrevista?

Roteiro de entrevista – profissionais do Caps

- 1 – Com relação a (caso já escolhido), quando e como el@ chegou ao serviço?
- 2- Qual a avaliação feita após o primeiro contato com @ usuári@?
- 3 - Que encaminhamentos foram dados após o primeiro atendimento?
- 4 – Quais foram/são as dificuldades em relação aos encaminhamentos para esse caso (com relação a cada encaminhamento)?
- 5 – Qual o resultado alcançado até agora? Ele correspondeu ao que você esperava? Se não, como poderia ter sido?
- 6 – Você acha que a População de Rua deve ser atendida nos CAPS? Por quê?
- 7 – Você conhece as Residências Terapêuticas? Se sim, conhece o perfil [d@s usuáris](#) que podem utilizar esse serviço?
- 8 – Existe mais alguma coisa que você ache importante dizer nessa entrevista?

Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente de estar participando da pesquisa “**O atendimento à população de rua adulta com transtorno mental na cidade do Recife**” e fica acordado que as informações por mim fornecidas não serão utilizadas para outro fim além deste. Estou ciente de que se trata de uma atividade voluntária, da qual posso desistir a qualquer momento e minha participação não envolve nenhuma remuneração. Nestes termos, posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando à pesquisadora, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar. Tenho o direito também de determinar que sejam excluídas do material da pesquisa informações que já tenham sido dadas.

Fui informado(a) da possibilidade de desconforto causado pela entrevista e que a pesquisa será realizada em colaboração com a Clínica Psicológica da UFPE, para onde, em casos especiais e se necessário, poderá ser feito um encaminhamento para atendimento por profissionais desta instituição.

A assinatura desse consentimento não inviabiliza nenhum dos meus direitos legais.

Caso ainda haja dúvidas, tenho direito de tirá-las agora, ou, em surgindo alguma dúvida no decorrer da entrevista, esclarecê-las, a qualquer momento. A pesquisadora responsável por esta pesquisa é **Cintia Maria da Cunha Albuquerque** (Telefone para contato: 81 88381431).

Após ter lido e discutido com o(a) entrevistador(a) os termos contidos neste consentimento esclarecido, concordo em participar como interlocutor(a), colaborando, desta forma, com a pesquisa.

Recife, ____/____/20____.

Assinatura:

Nome completo:

Entrevistador(a) - assinatura:

Nome completo do(a) entrevistador(a):

1ª Testemunha – **assinatura:**

Nome completo da 1ª testemunha

2ª Testemunha – **assinatura:**

Nome completo da 2ª testemunha

Anexo E – Carta de Anuência

Carta de Anuência

Declaro que tenho conhecimento do projeto de pesquisa com o título: **“O atendimento à população de rua adulta com transtorno mental na cidade do Recife”**, sob orientação do Prof^a Dr^a Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro no âmbito do curso de Mestrado em Psicologia do Programa de Pós-graduação Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco.

O projeto de pesquisa tem como objetivo principal compreender como os serviços e profissionais de saúde mental estão acolhendo a população de rua adulta com a demanda de transtorno mental na cidade do Recife e qual o caminho percorrido por estas pessoas até chegarem nesses serviços.

Estou ciente que o referido estudo utilizará como instrumento de coleta de dados entrevistas com profissionais do referido serviço. Ficou acordado que, seguindo os preceitos éticos que orientam a pesquisa científica, as pessoas entrevistadas assinarão o consentimento livre e esclarecido no qual consta o compromisso que a identidade dos(as) entrevistados(as) será inteiramente preservada e que os resultados da pesquisa serão utilizados para fins acadêmicos.

Informo ainda que o **CAPS/ IASC** está disposto a colaborar com o desenvolvimento do referido projeto em tudo aquilo que for necessário e que estiver ao alcance da Instituição.

Recife, ____ de _____ de 2007.

Nome completo:

CPF:

Instituição:

Cargo:

Assinatura:

Anexo F – Lei Estadual N° 11.064/94

LEI N° 11.064 DE 16 DE MAIO DE 1994.

EMENTA: Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral a saúde mental, regulamenta a integração psiquiátrica involuntária e dá outras providências.

O Presidente da Assembléia Legislativa do Estado de Pernambuco:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decretou e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º São direitos do cidadão portador de transtorno psiquiátrico e deveres do Estado de Pernambuco:

I - tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;

II - proteção contra qualquer forma de exploração;

III - espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos indispensáveis à sua recuperação;

IV - assistência universal e integral à saúde;

V - acesso aos meios de comunicação disponíveis para protege-se contra quaisquer abusos;

VI - integração, sempre que possível, à sociedade, através de políticas comuns com a comunidade de procedência dos pacientes asilares, assim atendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se dependendo do Estado.

Parágrafo Único - O disposto neste artigo se aplica também aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, resguardando o que dispõe o código penal.

Art. 2º O Estado de Pernambuco substituirá progressivamente, mediante planificação anual, os leitos dos hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais alternativos definido nesta Lei.

Art. 3º A reforma do sistema psiquiátrico estadual, na sua operacionalidade técnico-administrativa abrangerá necessariamente, na forma da Lei Federal e respeitadas as definições constitucionais referentes às competências, o Estado de Pernambuco e seus municípios, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observados o caráter articulado, integrado e universal do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º a Secretaria Estadual de Saúde disporá de (06) seis meses, contados da publicação desta Lei, para apresentar ao Conselho Estadual de Saúde e Planejamento e o cronograma de implantação da rede de atenção integral em saúde mental de que trata esta Lei;

§ 2º o Plano Estadual de Saúde Mental será apreciado pelo Conselho Estadual de Saúde, enquanto parte integrante do seu plano de saúde.

Art. 4º Constituem-se em recursos psiquiátricos a serem aplicados ao tratamento e assistência psiquiátrica de Estado de Pernambuco:

I - atendimento ambulatorio, o serviço externo (fora do hospital), destinado a consultas e tratamentos dos transtornos mentais;

II - emergência psiquiátrica no pronto socorro geral, o serviço integrado por uma equipe especializada no atendimento, triagem e controle das internações psiquiátricas de emergência;

III - leitos psiquiátricos em hospitais geral o serviço destinado e internação e assistência de pacientes psiquiátricos em hospital geral;

IV - hospital-dia e hospital-noite, os serviços assistenciais de semi-hospitalização, nos quais o paciente, durante certo período do dia ou da noite, recebe os cuidados terapêuticos de que necessita;

§ 1º os serviços ambulatoriais e de emergências psiquiátricas, no âmbito do SUS, a que se referem os incisos I e II, deverão, quando funcionarem como porta de entrada do sistema assistencial de saúde mental, serem oferecidos unicamente pelo serviço público, com a competência de autorizar o instrumento responsável pelo financiamento do procedimento específico.

§ 2º os serviços definidos no inciso III deste artigo deverão ser oferecidos por hospital que conte com estrutura física e pessoal capacitado, área, equipamentos e serviços básicos específicos ao portador de transtorno psíquico, em proporção não superior a 10% da capacidade instalada limitada ao máximo de 30 leitos.

187

§ 3º qualquer outro recurso psiquiátrico não previsto nesta lei, deverá ser previamente avaliado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 5º Os recursos psiquiátricos definidos no artigo anterior serão aplicados à população segundo critérios e normas definidos no Plano Estadual de Saúde Mental.

V - centro de convivência, atelier terapêutico ou oficina protegida, os serviços que dispõem de espaço terapêutico para convivência e recreação de pacientes com transtornos mentais com o objetivo de ressocialização;

VI - pensão protegida, o serviço com estrutura familiar, que recebe pacientes egressos de internação psiquiátrica, em condições de alta, mais sem condições de volta ao convívio familiar;

VII - lar adotivo, o cuidado, sob supervisão, do paciente psiquiátrico crônico por família que não a sua;

VIII - unidade de desintoxicação, o serviço destinado a desintoxicação de dependentes químicos, devendo funcionar em hospital geral;

IX - serviço de tratamento de dependência, o serviço especializado no tratamento do alcoolismo ou outra dependência química, devendo funcionar nas unidades gerais da rede de saúde.

Art. 6º A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades sócio-culturais, locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Art. 7º A internação psiquiátrica é involuntária quando realiza sem o consentimento expresso do paciente em qualquer serviço de saúde ou recursos psiquiátricos.

1. a internação involuntária será comunicada pelo médico que a procedeu através da instituição, ao Ministério Público, no prazo de 48 horas, contadas do procedimento, para que sejam adotadas as providências cabíveis.

Art. 8º O Poder Executivo Estadual, no prazo de 120 dias da publicação desta Lei proporá à Assembléia Legislativa:

I - Instrumento de mecanismo de multa e punição ao descumprimento do disposto nesta Lei;

II - Criação de órgão competente, que cuidará da reforma da política de saúde mental no Estado;

III - Competência, objetivos, representação paritária no órgão estadual e prerrogativas de seus membros.

Parágrafo Único - O órgão estadual denominar-se-á de Comissão de Reforma da Política de Saúde Mental, vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, que proporá, acompanhará e exigirá da Secretaria Estadual de Saúde, estabelecido nesta Lei.

Art. 9º Fica proibida ao Estado de Pernambuco, por sua administração direta, fundações, autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, nas quais detenha participação acionária, construir, ampliar, contratar ou financiar novos estabelecimentos, instituições privadas ou filantrópicas que caracterizem hospitais psiquiátricos.

I - o Estado de Pernambuco só poderá manter contratos com Instituições ou estabelecimentos privados ou filantrópicos de tratamento psiquiátricos sob condição contratual de inclusão e obediência ao dispostos nesta lei.

II - O Estado de Pernambuco, sob pena de rompimento de contrato, fará incluir nos contratos ora mantidos a obrigação de que trata o parágrafo anterior no prazo de 3 meses a contar da publicação desta lei.

Art. 10. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Revogam-se as disposições em contrário, e, especialmente a Lei 11.024 de 05 de janeiro de 1994.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO, em 16 de maio de 1994.

Miguel Arraes
Governador do Estado

Humberto Costa

Felipe Coelho

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](#)