



CRISTINA LEITE DOS SANTOS

“LOUCOS” DE RUA: desafios de abordagem a um grande personagem das ruas.

JUAZEIRO DO NORTE/CE

2021.2

“LOUCOS” DE RUA: desafios de abordagem a um grande personagem das ruas.

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO de Juazeiro do Norte – CE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro

JUAZEIRO DO NORTE/CE

2021.2

“LOUCOS” DE RUA: desafios de abordagem a um grande personagem das ruas.

CRISTINA LEITE DOS SANTOS

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO de Juazeiro do Norte – CE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro

Data de aprovação: 14/12/2021

Banca Examinadora

Prof. Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro
Orientador

Prof.(a). Me. Maria Clara de
Oliveira Figueiredo
Examinador(a) 1

Prof.(a). Esp. Pautilia Ferraz
Araruna
Examinador(a) 2

JUAZEIRO DO NORTE/CE

2021.2

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente que, esteve sempre à frente de tudo o que faço, me inspirando, clareando minhas ideias, dando-me força para tocar em frente.

Agradeço a minha mãe que, com suas orações, força e amor, me fez chegar até neste momento. A meus amigos, que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Agradeço em especial aos professores que me orientaram, mostrando como é precioso o conhecimento e educação.

RESUMO

População em Situação de Rua com transtorno mental não é um fenômeno recente e tem se anexado nas pautas das políticas públicas no Brasil. O objetivo dessa monografia é compreender descrever a explorar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, identificar o processo histórico de desenvolvimento dos modelos de saúde mental brasileiros até a reforma psiquiátrica, para serem direcionadas ao público objeto de estudo. Numa pesquisa bibliográfica, o estudo revelou que a discussão sobre a pessoa com transtorno mental em situação de rua é tímida na produção do conhecimento, principalmente, quanto à compreensão dos determinantes sociais do seu processo saúde/doença. A pesquisa foi desenvolvida numa abordagem qualitativa, visando analisar a atenção da saúde mental diante da pessoa com transtorno mental em situação de rua.

Palavras-chave: Saúde mental. Políticas sociais. População de rua.

ABSTRAT

Homeless population with mental illness is not a recent phenomenon and it has been discussed in the Brazilian public policies. The purpose of this article is to comprehend, describe and explore the difficulties of health services access, identify the historical developing process of the Brazilian health services system until the psychiatric reform so that it can be guided to the target audience of this monography. In one bibliographic research, the study has shown that the discussion about the homeless people with mental disorders is still very shy when it comes to knowledge production, mainly about the comprehension of your social determinants in your health/disease process. The research was developed by a qualitative approach, aiming to analyze the mental health attention up against the homeless person with mental illness.

Keywords: mental health. Social politics. Homeless population.

LISTA DE SIGLAS

Agente Comunitário de Saúde – **ACS**

Caixas de Aposentadoria e Pensões – **CAP**

Centro de Atenção Psicossocial – **CAPS**

Institutos de Aposentadoria e Pensões – **IAPs**

Instituto de Previdência Social – **INPS**

Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – **MTSM**

Núcleo de Apoio Psicossocial – **NAPS**

Pessoa em situação de rua – **PSR**

Pessoa com transtorno mental em situação de rua – **PCTMSR**

Rede de Atenção Psicossocial – **RAPS**

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – **SAMU**

Serviço Nacional de Doenças Mentais – **SNDM**

Serviço Residencial Terapêutico – **SRT**

Sistema Único de Saúde – **SUS**

Unidades Básicas de Saúde – **UBS**

Unidade de Acolhimento – **UA**

SUMÁRIO

INTODUÇÃO.....	
CAPÍTULO I - ADENTRANDO A RUA, CONHECENDO SUAS DIFICULDADES	
1.1 A RUA E SUAS DIFICULDADES.....	10
1.2 SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	16
1.3 POLÍTICA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	19
CAPÍTULO II - BUSCA ATIVA A RUA, ESPAÇOS DE REPRODUÇÃO SOCIAL	
2.1 PROCESSO DE DESTERRITORIALIZAÇÃO.....	23
2.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	26
2.3 AS POLÍTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	28
CAPÍTULO III - A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL.....	
3.1 METODOLOGIA.....	27
3.2 UM PERSONAGEM ANTIGO, INTEIRAMENTE ATUAL.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34

INTRODUÇÃO

O presente trabalho vem trazer uma discussão à cerca da presença de pessoas em situação de rua sendo um drama social de muitas cidades no Brasil e no mundo. Quando essas pessoas são acometidas do transtorno mental, questiona-se então, seu acesso ao atendimento e acompanhamento nos serviços da rede pública de saúde mental aos CAPS.

O principal motivo pela escolha dessa temática se deu através de uma visão perceptível das pessoas com transtorno mental em situação de rua, onde esses usuários deveriam ser públicos prioritário da política de saúde mental, em que deveria estar inserido nas atividades que os CAPS promovem.

Este trabalho que como objetivo analisar a atenção da saúde mental diante da pessoa com transtorno mental em situação de rua, e na formulação de acesso aos equipamentos de saúde pública, que visem à melhoria da qualidade de vida desses usuários onde há um processo que, contribua para a transformação nas práticas em saúde mental.

O primeiro capítulo, traz um breve resgate histórico da situação dessas pessoas ao longo dos tempos, até a contemporaneidade, suas dificuldades, estereótipos e vivências nas ruas, percebesse-se acontecimentos importantes para a remodelagem das políticas sociais, com a Reforma Psiquiátrica, voltadas para o público estudado. Os autores Silva, Barros e Oliveira fazem um aparato significativo sobre a Reforma Psíquica no Brasil, onde toda a movimentação político-social que caracteriza uma nova conjuntura de redemocratização.

No segundo capítulo, fala-se sobre o exercício da desterritorialização, das pessoas com transtorno mental em situação de rua, onde não só buscam a deslocação do espaço físico, mas de problematizar o olhar sobre o território, para pensar quais os modos de vida que estão sendo produzidos e como tratar do sujeito exposto a toda a vulnerabilidade das ruas, mas que também foi onde produziu modos de ser. Diante da Reforma Psiquiátrica o processo da desinstitucionalização foi através da substituição dos hospitais psiquiátricos, pelo o CAPS.

O terceiro capítulo traz o percurso metodológico através do qual foi elencado na metodologia adotada em pesquisa bibliográfica, artigos, livros. Tendo por fim a catalogação dos dados obtidos com as questões de fundamentaram o presente trabalho, contendo a relevância social deste tema por ser uma questão social complexa com evidente crescimento.

Essa pesquisa buscou compreender por que o acesso e a efetivação de direito das políticas públicas às pessoas com transtorno mental em situação de rua são bastante escassos, dificultoso, colocando em foco as barreiras que estão inviabilizando a participação e permanência desse público prioritário dos serviços ofertados pelo equipamento.

CAPÍTULO I – ADENTRANDO A RUA, CONHECENDO SUAS DIFICULDADES

1.1 A RUA E SUAS DIFICULDADES

Na Grécia antiga a primeira teoria sobre a loucura relatava que: o “louco” era uma espécie de canal para o céu, para os gregos, por um certo tempo, os loucos eram reconhecidos como seres divinos, onde se considerava que, as informações proferidas por eles eram advindas dos Deuses, e além disso acreditava-se que os Deuses decidiam o tipo de loucura que a pessoa iria desenvolver e era por meio das alucinações ou delírios que alguns desses privilegiados acessavam ou melhor dizendo faziam contato com o divino, mas isso não significava que essas pessoas fossem consideradas comuns, normais.

Pelbart (1989) em relação à loucura e à Grécia Antiga indicam ainda que:

A Antiguidade Grega manteve uma proximidade de fato e uma distância de direito com a loucura, diferentemente da modernidade quando a identidade com o louco é de direito e a distância de fato, logo, a modernidade poderá pensar a loucura porque, ao subordiná-la antiteticamente à racionalidade, médica ou filosófica, terá consumado, no mesmo gesto, sua subjugação (PELBART, 1989. p.43).

Na idade média a loucura ganha uma visão inteiramente religiosa onde os conceitos de “louco” e “pecador” tornam-se similares pelo fato de a moral naquela época ser basicamente definida por preceitos religiosos, se tinha crença de que a vida moralmente sã e perfeitamente normal era obtida a partir dos ensinamentos da bíblia então tudo que era avesso ao que estava nela escrito era tido como “intervenção do Mal” essa ideia era defendida pelos dois maiores pregadores religiosos da Idade Média que foram, são Agostinho e são Tomás de Aquino. Naquela época todo e qualquer transtorno por mais sutil que fosse era tido como possessão demoníaca.

A origem do mal no mundo, segundo Aquino, se deve à insídia e aversão do demônio que se rebelou contra Deus e persuadiu o homem a pecar. Aquino mostra que Deus criou o homem comunicando-lhe graças e dons que o elevaria à perfeição do espírito. Porém, por sua vontade e responsabilidade, insuflado pelo orgulho e mentiras demoníacas, o homem “deixou-se seduzir pelo desejo de igualar-se ao Criador, não respondendo à prerrogativa divina, ou seja: à Lei divina” (FAITANIN, 2006, p. 117).

Aos loucos (endemoniados) que geralmente eram acusados por crimes contra o catolicismo eram destinadas punições (proferidas sem provas o suficiente) e essas

punições ditadas pelo tribunal da inquisição (tribunal eclesiástico instituído pela Igreja católica no começo do século XIII com o objetivo de investigar e julgar sumariamente pretensos hereges e feiticeiros, acusados de crimes contra a fé católica; Santo Ofício) que para conseguir a confissão dos acusados adotavam métodos macabros de torturas para assim obtê-la.

Posterior a esses acontecimentos macabros iremos destacar a chegada do iluminismo, por volta do século XVII e XVIII onde a loucura passa a ser compreendida como a “perda da razão” largando a analogia onde a loucura seria concedida por forças divinas, mas as pessoas acometidas pela loucura não são beneficiadas de nenhuma forma com isso, ainda são vítimas de atrocidades, só que agora, de uma maneira mais racional.

Pouco se sabia cientificamente sobre “a loucura”, a medicina ainda conhecia pouquíssimo sobre as doenças relacionadas a mente humana, já a filosofia por sua vez, havia se tornado refém da razão e para livrar-se da vergonha e do escândalo que era ter algum familiar louco em casa as famílias passam a internar seus parentes “alucinados” nesses hospitais-gerais ofertados.

Além da vergonha alimentava-se a crença de que os “sem razão” eram perigosos e incontrolláveis, sendo assim temidos e desprezados por todos inclusive por seu próprio parentes, uma vez perdendo sua sanidade a pessoa era tratada como um animal, como foi retratado por Michel Foucault

Deve-se puni-los de acordo com as leis e pô-los nas casas de correção; quanto aos que têm mulher e filhos, é preciso verificar se se casaram, se seus filhos são batizados, pois essas pessoas vivem como selvagens, sem se casarem, se enterrarem ou se batizarem; é esta liberdade licenciosa que faz com que tantas pessoas sintam prazer em ser vagabundos. (Foucault, 1972, p.76)

Apesar dos vários avanços observados nas pesquisas, de estudos referentes as emoções humanas, e ao funcionamento do cérebro do ser (psicologia, psiquiatria e psicanálise) por mais que se tenham crescido e amadurecido em relação ao tratamento a ser ofertado a essas pessoas com algum desequilíbrio mental, o “louco” ainda assim sofre pois apesar de ter-se chegado a maneiras mais eficazes de tratar esses transtornos, ele não deixa de carregar o estigma e o preconceito que vem agregado a essa condição.

As reformas políticas e sociais, na virada do século XVIII para o século XIX, inspiraram o francês Philippe Pinel a dar o primeiro passo para mudar a vida dessas pessoas. A loucura tornou-se uma questão médica e passaria a ser

vista como uma doença que poderia e deveria ser tratada. Surgiram a clínica, como local de internação, e os estudos sobre psiquiatria. Com essa nova estrutura, coube aos enfermeiros os cuidados com os loucos. Na constante tentativa de dominar a loucura e defender-se de tudo o que o desconhecido representava, as instituições psiquiátricas no mundo inteiro se transformaram em locais de repressão, onde o paciente era isolado da família que desconhecia ou ignorava o que se passava com ele. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 8).

Hoje a nomenclatura médica utilizada é a de transtorno mental, substituindo outros termos como doença ou enfermidade, no intuito de promover uma abordagem diagnóstica descrita, isto é, reconhecível pelos sintomas ou comportamentos (OMS, 1993).

Partindo-se da premissa de que quanto maior for a desigualdade social de um país, maior será a repercussão na qualidade de vida e, conseqüentemente de saúde, da sociedade de uma forma geral e do sujeito e sua família em particular. Neste sentido a desigualdade social do país exerce influências significativas na qualidade de saúde da população brasileira.

No Brasil é real a existência de pessoas vivendo nas ruas, entretanto quando organizados, preferem a denominação de “pessoas em situação de rua”, visando caracterizar o princípio da transitoriedade deste processo de absoluta exclusão social. No país, a população em situação de rua, encontra-se no nível de exclusão social, pois em sua maioria vive uma condição social marcada pela falta de moradia adequada, pobreza, baixo padrão de higiene pessoal e ambiental, sujeitos a doença física e mental, isolamento social, político e econômico.

Geralmente o perfil das pessoas com transtorno mental em situação de rua, é traçado de maneira estereotipada pela opinião pública, que recomendam a internação desses em instituições fechadas para correção de condutas, como se pode constatar por meios das políticas públicas.

Segundo o 1º, parágrafo único, do Decreto nº 7.053/2009, o termo população em situação de rua é o mais adequado para tratar:

O grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente (BRASIL, 2009, p.9).

Desta forma será evitado o uso de termos pejorativos, como, por exemplo, mendigo, por vincularem significados negativos, perpetuando a violência simbólica perpetrada contra este grupo populacional.

Sobre violência simbólica Slavoj Žižek (2014) afirma que:

[...] há uma violência encarnada na linguagem e suas formas [...] essa violência não está em ação apenas nos casos evidentes – e largamente estudos – de provocação e de relações de dominação social que nossas formas de discursos habituais reproduzem: há uma forma ainda mais fundamental de violência que pertence à linguagem enquanto tal, à imposição de certo universo de sentido (ŽIŽEK, 2014, p.17).

A apresentação da PCTMSR presente na sociedade ainda coloca o usuário do serviço de saúde mental, sobretudo aqueles que vivenciaram um processo de institucionalização num lugar de alienação e despersonalização em que não há crédito social e respeito, reduzindo-os a um estigma e impedindo sua comunicação com a sociedade, resultando num processo de exclusão e segregação como consequência da estigmatização (BRUNELLO, 1998).

A produção de práticas capazes de reduzir preconceitos e o estigma em torno dessas pessoas ainda são desafios no contexto da atenção psicossocial. Neste sentido, mudanças no imaginário social sobre a loucura podem ocorrer por meio da construção cotidiana. O território é uma unidade relacional composta por aspectos naturais, geográficos, e também pela sociedade em movimento, numa dinamicidade que envolve os aspectos cultural, social, legislativo, político, econômico e social, e produz transformações no lugar e nos modos de viver. O uso dos aspectos comunitários e territoriais deve ser privilegiados substitutivos de saúde mental, com finalidade de promover processos de inclusão social para as pessoas que apresentam transtorno mental.

1.2 SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Com o advento do Sistema Único de Saúde a partir da Lei nº 8080, de 1990, a atenção a saúde passou a ser direito de todo o cidadão brasileiro, e o acesso da população aos serviços públicos de saúde foi universalizado pelo Estado (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Fora que, o SUS estabelece como diretriz a equidade, de maneira a garantir que o acesso os serviços contemplem ao enxergar as diferenças e desigualdades econômicas, social, cultural e de gênero.

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (MINISTERIO DA SAÚDE, 1990)

No Brasil, o direito à saúde mental é amparado pela Lei e já conta com o acesso gratuito e facilitado a vários serviços públicos de atenção e auxílio. Mas vale lembrar que depende, sobretudo, da existência de condições para uma vida digna, contando, assim, com a constante articulação de indivíduos, comunidades e da sociedade como um todo para a construção de uma realidade social mais justa.

A população em situação de rua – PSR, esse personagem anônimo que se avoluma pelas ruas das cidades, excluída das estruturas convencionais da atual sociedade, como emprego, moradia e privacidade, constitui um desafio para as políticas de saúde e demais políticas públicas custam ocupar os espaços públicos, prédios abandonados, albergues, praças, calçadas, lagradouros entre outros espaços.

Em meio a essa expressiva população, há aqueles que além de morarem na rua vivenciam problemas decorrentes de transtornos mentais. Esses indivíduos encaram uma realidade ainda mais delicada que os demais que se encontram na mesma condição, porém com o agravante das questões de saúde.

São estranhos seres que, nos intervalos das internações psiquiátricas ou completamente resistentes a elas, habitam as praças, os terrenos baldios das cidades contemporâneas, as esquinas, as casas abandonadas. Caminhantes solitários das cercanias, às margens das estradas, às margens da cidadania, numa busca heroica e “marcovaldiana” de sobrevivência material e psíquica (BRITO, 2006, p. 323).

Trata-se de um grupo que sofre uma sobreposição de situações de exclusões e de desvinculações nas dimensões: sociofamiliar, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida humana. Acumula estereótipos de uma tipificação, socialmente, construída; são indivíduos considerados supérfluos e desnecessários à vida social, que convivem ao lado do lixo humano e são descartados de maneira semelhante aos resíduos sólidos, como bem afirmam Varanda e Adorno em “Descartáveis Urbanos” (2006)

Diante desta realidade, esta problemática foi escolhida para mostrar um pouco de quem são os “loucos” de rua, como vivem, como se vê e principalmente compreender um pouco de suas vidas e como a sociedade a enxerga.

Essa população tem sofrido um intenso processo de invisibilidade social, o que colabora um intenso diretamente, com a “invisibilidade condena os cidadãos sem cidadania, preservando a sua existência” (GOES, 2008, p. 179).

Trata-se de uma complexa relação dialética de exclusão/inclusão, na qual há uma construção identitária que determina para esses sujeitos, um processo de invisibilização.

[...] invisíveis socialmente diante da maior parte população, estigmatizadas até por aqueles que possuem nos discursos a intenção de resgatar a dignidade e o direito à cidadania ou de criarem a possibilidade de reinseri-los na sociedade. (OLIVEIRA, 2008, p 11).

A Lei 10.216/2001 reconhece os direitos das pessoas com transtorno mental e modifica o modelo assistencial em saúde mental. Essa mudança garantiu que as pessoas – com ou sem transtorno mental – pudessem usufruir dos direitos da cidadania.

Uma das maneiras, sendo ela, a de mais acesso, e Rede de Atenção Psicossocial do SUS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são locais destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tanto em situações graves ou de crise, quanto em situações de reabilitação.

No SUS, o acesso está relacionado a noção de acolhimento nas práticas de produção de saúde. A aceitação, o atendimento e a aproximação devem nortear o contato entre profissional e usuário, de maneira a permitir a inclusão de cidadãos na rede pública de serviços (BRASIL, 2009).

O auxílio pode ser buscado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou uma unidade do programa de Saúde na Família. Lá a pessoa é encaminhada para tratamento multidisciplinar com médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, além de técnicos de diversas áreas.

É importante salientar que a falta de interação entre o serviço de saúde e usuários, aumenta o grau de dificuldade de acesso e acessibilidade das pessoas com transtorno mental em situação de rua, podendo prolongar ainda mais sua condição em estar na rua, totalmente vulnerável.

Esta população está exposta a uma pluralidade de situações e contextos que tornam um desafio propor uma definição que abranja a complexidade das múltiplas realidades e vivências que permeiam a existência desses sujeitos nesse cenário.

Os serviços ofertados pela política da saúde, principalmente os de saúde mental, tem sido desafiado a se fazer resolutivos em suas estratégias de cuidado, a pôr em evidência a subjetividade na compreensão do processo saúde-doença, revelando a necessidade de estabelecer formas de cuidado humanizados e que superem o que seria a hegemonia das relações estritamente técnicas e instrumentalizadas de se prevenir e promover saúde (RÊGO; OLIVEIRA; LIMA; HOLANDA, 2007).

Desta maneira, compreender as possíveis tecnologias relacionadas ao trabalho com essa população, práticas utilizadas para acessar os sujeitos em situação de pobreza, totalmente vulneráveis no contexto da rua e os efeitos das práticas sob a possíveis formulações da identidade do profissional nesse cenário de intervenção. Assim, garantir um acesso e acessibilidade e eficácia para essa população, é extremamente importante o processo de vinculação profissional e usuário, onde irá reforçar à equipe e o indivíduo que, a instituição se tornará um parâmetro de confiança também.

A rua é um espaço de construção/reprodução social e histórica dessa população, portanto, as ações não podem ser pensadas e efetivadas fora dela. É na rua onde a demanda existe e acontece, é lá que o Estado também deve estar.

O desenvolvimento de um plano terapêutico singular que contemple em seus objetivos o tratamento e a reabilitação psicossocial, deve estar “em consonância com questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários” (NETO; AMARANTE, 2013, p. 968).

1.3 POLÍTICA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Saúde Mental é tão importante quanto a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Os transtornos mentais e comportamentais são identificados e diagnosticados como uso de métodos clínicos semelhantes aos que se utilizam para transtornos físicos.

A primeira lei identificada com a pesquisa documental diz respeito a reorganização da assistência às pessoas com transtornos mentais, designadas na época como alienados, Lei n. 1.132 de 27 de setembro de 1903.

O período histórico expressava a necessidade da modernização do hospício e da concepção sobre saúde mental. Com enfoque na Psiquiatria Alemã, inaugura-se

um novo momento para a psiquiatria, que parte da discussão da etiologia da doença mental (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

É nesse momento que a psiquiatria se coloca em defesa da manutenção do controle social pelo Estado e se promulgou a primeira Lei Federal referida, que apresenta em seu Art 1º como dar-se-á a assistência: “o indivíduo que, por molestia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903).

O decreto n. 14.831 de 25 de maio de 1921 vai ao encontro da primeira lei e cria o primeiro manicômio judiciário do Brasil e América Latina, chamado de Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Segundo Lima (2019), esta modalidade de manicômio, surge ancorada em saberes que permeiam o crime e a loucura, tendo como abrangência uma discussão teórica que embasava a relação entre as escolas jurídicas e a psiquiatria.

Na década de 1920, a política de saúde era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e da previdência social. O setor de saúde pública predominou até meados dos anos 60(sessenta), centralizava-se na criação de condições sanitárias, no entanto o subsetor da previdência social só sobrepuja o da saúde pública a partir de 1966.

Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização, o Brasil na década de 1920, tem sua organização assistencial, instituiu-se a Lei Eloy Chaves, pelo decreto Lei nº 15.003, como também com a aprovação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP – 1923) – Lei Eloy Chagas, nº 4.682). A lei vem apenas conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria (UNA/SUS, 2019).

No mesmo ano, o decreto n. 4.778 de 27 de dezembro de 1923, considera de utilidade pública a Liga Brasileira de Higiene Mental com sede no Rio de Janeiro, fundada pelo psiquiatra Gustavo Riedel. A Liga tinha como objetivo primordial a melhoria na assistência aos doentes mentais, através da modernização do atendimento psiquiátrico. Segundo Seixas; Mota e Zilbreman (2009), a Liga era uma entidade civil, reconhecida publicamente através de subsídios federais, e composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros.

De 1923 a 1925, a Liga seguiu a orientação de Riedel. A partir de 1926, influenciados pelo contexto político e pelo contato com ideias alemãs, francesas e norte-americanas, os diretores da Liga mudaram sua orientação,

de modo que uma clara tentativa de “normalizar” a população tornou-se o principal objeto para os médicos em seus esforços para inibir os deficientes mentais. (SEIXAS; MOTA; ZILBREMANN, 2009, SP).

A década de 1930 inaugura a reforma no modelo de proteção social no Brasil, no primeiro governo de Getúlio Vargas. São criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que são organizados por categorias profissionais, diferentemente das CAP. A direção dos IAPs cabia a um representante do Estado, sendo assessorado por um colegiado sem poder deliberativo, o qual era escolhido pelos sindicatos reconhecidos pelo governo (COHN & ELIAS, 1996).

No entanto, os serviços médicos dos IAPs não contemplavam a assistência psiquiátrica até fins dos anos 1950. Essa incorporação tardia da assistência psiquiátrica ao conjunto das práticas de saúde ocorre devido a psiquiatria ainda não gozar do status científico das outras especialidades médicas, em virtude da ineficácia de seus tratamentos e da situação deplorável de seus hospitais (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. Neste período predominavam os hospitais públicos responsáveis por 80,7% dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Os famosos asilos, como o Juqueri (em São Paulo), o Hospital de Alienados (no Rio de Janeiro) e o São Pedro (em Porto Alegre), exerciam um papel orientador da assistência psiquiátrica, consolidando a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental. Embora existissem alguns hospitais privados e ambulatorios, estes eram bastante incipientes diante do vigor dos hospitais públicos.

O contexto histórico da década de 1960 foi marcado pelo Regime Militar no Brasil, que interrompeu o início das discussões sobre um novo modelo de assistência à saúde, como por exemplo, as discussões realizadas na III Conferência Nacional de Saúde em novembro de 1963. As ideias que pretendiam superar o modelo sanitário campanhista tornavam-se um crime. A noção de saúde, baseada no modelo biomédico, conservou-se durante esse período e se tornou mais evidente no ano de 1966, quando todos os IAP foram unificados em um único instituto: o Instituto de Previdência Social (INPS).

No rol de legislações desse período, pode-se citar o Decreto 55.474/1965, que altera as denominações de órgãos do serviço nacional de doenças mentais do serviço

nacional de doenças mentais do ministério da saúde e dá outras providências. E o Decreto 60.252/1967, que Institui no Ministério da Saúde, a campanha nacional de saúde mental, e dá outras providências.

Entre os anos de 1964 a 1974 o cenário político repreendia ideias sobre alternativas políticas, tal fato foi propício para o governo implementar a sua reforma institucional. De acordo com Jorge, Carvalho e Silva (2014), a generalização das privatizações pela compra de serviços particulares com o dinheiro público, valorizou a produção quantitativa de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-industrial, que resultou na medicalização em massa da sociedade.

Para a área da saúde mental, esse momento ficou conhecido como a indústria da loucura. A expansão de ofertas de leitos reforçou o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Essa política do INPS tinha vinculações conhecidas com o setor privado e tornou-se o principal obstáculo para a implantação de Programas de Assistência Psiquiátrica complementares e não asilares (SILVA, BARROS; APARECIDA, 2002).

Apenas do final da década de 1970 e início de 1980, com a abertura da política pública no Brasil reacende-se na sociedade o desejo de mudanças no sistema de saúde. Sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, questionando a saúde e as suas políticas. A discussão tomou força com os movimentos populares (associação de moradores, de mulheres, sindicatos, igreja e partidos políticos), que passaram a exigir soluções para os problemas da saúde criados pelo regime autoritário.

Nesse cenário, tornou-se indisfarçável que o sistema previdenciário brasileiro estava imerso a uma profunda crise, que se manifestou tanto no ponto de vista ideológico quanto no ponto de vista financeiro. Além da alta taxa de desemprego, as pessoas começaram a contestar a capacidade do sistema de saúde e a sua organização, que exclui desempregados e trabalhadores não contribuintes (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2009).

A Saúde Mental a partir da Reforma Psiquiátrica tem como objetivo construir um novo estatuto social para o doente mental, que lhe garanta cidadania, o respeito a seus direitos e sua individualidade, onde os problemas relacionados à saúde têm centralizado a atenção crescente de organizações internacionais, nacionais dos governantes das diferentes esferas dos especialistas e principalmente dos usuários dos serviços de saúde.

O ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano (BRASIL, 2005).

A Evolução da Política Nacional da Saúde no Brasil. Observa um grande desenvolvimento histórico que merece anotações como: a VIII Conferência Nacional de Saúde foi o grande marco nas histórias de saúde no Brasil em 1986, introduziu na discussão da saúde e sociedade.

As Questões Sociais em geral e as de saúde, já são colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma sofisticadas. Necessitavam ser transformadas em questão política, com intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo, os assalariados urbanos, que caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (Bravo, 2008, p. 04).

O Sistema Único de Saúde, criado em 1988, e consolidado em 19 de setembro de 1990, sob Lei de Nº 8.080, que regulamenta a forma de organização e definição de que a saúde é direito da cidadania. O SUS é um sistema de ações que presta serviço para órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Ao longo de sua existência sofreu consequências de instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal de financiamento.

Concomitante a esses avanços no cenário da saúde mental, no ano de 1992, realiza-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia. De acordo com Moura (2011), os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde.

Em linhas gerais, os anos 2000 inauguraram a Política Nacional de Saúde Mental, que estabelece estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. De acordo com o Ministério da Saúde (2019), dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que

seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada por uma gama de serviços e pontos de atenção territorial. O artigo não tem o objetivo de esgotar a discussão acerca de cada um desses pontos de assistência às pessoas com transtornos mentais, mas se faz necessário apresentar os serviços ofertados pela RAPS, que compreendem o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.

Sendo assim, no Brasil a transformação psiquiátrica é o processo que surge mais concreto e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente por direitos, na crítica estrutural ao saber e as instituições psiquiátricas clássica, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização

CAPITULO II – BUSCA ATIVA A RUA, ESPAÇOS DE REPRODUÇÃO SOCIAL

2.1 PROCESSO DE DESTERRITORIALIZAÇÃO

No contexto da saúde coletiva, o conceito de território está presente em múltiplas dimensões e sentidos. Aparece em documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde e está presente no planejamento das ações locais, especialmente na Atenção Básica. Raffestin entende o território como todo e qualquer espaço caracterizado pela presença de um poder, ou ainda, “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (1993, p. 54) E ainda, o poder “surge por ocasião da relação”, e “toda relação é ponto de surgimento do poder” (1993, p.54). Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder dá-se o nome de ‘territorialidades’, de modo que uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada vários territórios.

Haesbaert (2001, p.121) ao refletir sobre território, assim se pronuncia:

O território envolve sempre, ao mesmo tempo [...], uma dimensão simbólica, cultural, por meio de uma identidade territorial atribuída pelos grupos sociais, como forma de controle simbólico do espaço onde vivem (podendo ser, portanto, uma forma de apropriação), e uma dimensão mais concreta, de caráter político-disciplinar: apropriação e ordenamento do espaço com forma de domínio e disciplinarização dos indivíduos. Assim, associar o controle físico ou a dominação objetiva do espaço a uma apropriação simbólica, mais subjetiva, implica em discutir o território enquanto espaço simultaneamente dominado e apropriado, ou seja, sobre qual se constrói não apenas um controle físico, mas também laços de identidade social. (Haesbaert, 2001, p. 121)

A relação entre a produção de cuidado e o território no qual este cuidado é exercido, é também uma questão central para a atenção psicossocial e aparece claramente enunciada em diversos documentos relativos à Reforma Psiquiátrica, a partir de 2002. A Portaria nº 336/02, por exemplo, institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico a serem criados de forma territorializada e tendo por característica 'responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território'. Esta mesma portaria estabelece, também, no Parágrafo 2 do Artigo 1, que os "CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território" (**BRASIL, 2002**).

O Brasil vem apresentando duas tendências das forças coercitivas que impedem a ampliação da cidadania da população de rua. De um lado, há a passagem de um estado de intolerância tácita para intolerância explícita, recrudescendo a prática pública de truculência na eliminação do sujeito vulnerável, nisso convergindo as ações do Estado e a de grupos organizados.

Lupton e Power (2002) exploram a relação entre exclusão social e vizinhança, notadamente a concentração de segmentos desprivilegiados em áreas mais precárias. Afirmam que as características de localização, base econômica, acessibilidade aos serviços e equipamentos urbanos, padrão habitacional impactam as atitudes, os comportamentos e as interações.

Na política de saúde mental, o território tem sido eleito como critério de organização de práticas e serviços por meio de esforços locais e intersetoriais. Busca-se incorporar em seu desenho as redes de sociabilidade das áreas de intervenção, por diversos caminhos que convergem para a expansão dos laços sociais do usuário na cidade.

O desafio da política de saúde mental, como apontado por Lobosque (2007), não se restringe ao aspecto terapêutico, que implica oferecer um tratamento digno aos chamados loucos, nem de estender a eles os direitos formais de todos os cidadãos, mas, sobretudo, [...] de buscar para a loucura algum cabimento na cidade – o que exige uma reinvenção da cidade mesma, assim como outro pensamento da loucura [...] (LOBOSQUE, 2007, p. 35).

Dando importância a vulnerabilidade do público atendido pela saúde mental, o modelo de saúde mental busca se apoderar do espaço urbano numa perspectiva multifacetada de cidadania, unificando a via dos direitos e da constituição de sujeitos políticos, submetido ao espaço ancorado nas relações cotidianas.

A transformação social desses usuários em um cenário onde a abordagem sociológica nos permite vislumbrar o espaço nas suas ações mais ordinárias como condições e meio de (re) produção das relações sociais, ou seja, lócus potencial de transformação da representação social e política da loucura na cidade.

Assim, se a discussão das relações entre território e produção de cuidado envolve o território como área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde, ela também deve ir além e pensar o território como espaço e percurso que compõem as vidas cotidianas das pessoas e dos usuários de serviços de saúde, espaço relacional no qual a vida pulsa.

O processo de desterritorialização, então, não se trata apenas de pensar os deslocamentos no espaço físico, mas de problematizar o olhar sobre o território, para pensar quais os modos de vida que estão sendo produzidos e como cuidar do sujeito exposto a toda a vulnerabilidade das ruas, mas que também foi onde produziu modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir. É preciso reinventar espaços (institucionalizados) de efeito engajamento e responsabilização de possibilidades de vida e de produção de subjetividades.

2.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A desinstitucionalização das Pessoas com transtornos mentais no Brasil se dá através da reforma psiquiátrica e esta é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A reforma psiquiátrica faz parte de um bom número de profissionais de saúde mental. Tendo

como a principal vertente a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam.

Tendo em vista o novo modelo de atenção à pessoa com transtorno mental, advindos com os ideais da Reforma Psiquiátrica e do SUS, tornando-se necessário investir nos determinantes sociais, econômicos e culturais implicados no processo saúde-doença, no sentido de melhorar a qualidade de vida e prestar uma atenção integral e intersetorial.

Dessa forma, o novo modelo de assistência às pessoas com transtorno mental ganha maior densidade com a aprovação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona a atenção à saúde mental para uma rede de base comunitária e dispõe sobre os direitos das pessoas com transtorno mental - PCTM.

Ela garante ser de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. Esta preconiza que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, e a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (VELOSO; CARLOS, 2009, p. 104)

O processo de desinstitucionalização caracteriza-se por implicar novos contextos de vida para as pessoas com transtorno mental, bem como para seus familiares e “pretende mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, modificar as relações de poder entre os usuários e as instituições e produzir diversas ações de saúde mental substitutivas à internação no hospital psiquiátrico” (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009, p. 33).

A ideia de desinstitucionalização como base a desconstrução e o território é que o modelo de atenção em saúde mental brasileiro foi proposto no sentido de expandir e consolidar uma rede de atenção extra-hospitalar, de modo a atender as demandas territoriais específicas sem desassistir e indo além da pura desospitalização. Esta rede hoje é constituída de unidades básicas de saúde (UBS), centros de saúde, serviços de pronto-atendimento, ambulatórios, centros de atenção psicossocial (CAPS) e serviços residenciais terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa, centros de convivência e outros, além de equipamentos voltados para

potencializar o cuidado comunitário e a produção de laços sociais da pessoa com transtorno mental na sociedade.

Os CAPS i e Ad, atualmente regulamentados pela Portaria nº 130 de janeiro de 2012, constituem o principal equipamento do processo de reforma psiquiátrica no País. São destinados a acolher as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, de forma a inseri-las na vida comunitária e familiar, buscando, assim, a sua autonomia. Funcionam como porta de entrada aos serviços para ações relacionadas à saúde mental, sendo um articulador com outras redes que oferecem serviços a este público, como o Programa de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios, Residências Terapêuticas, abertura de leitos em saúde mental/atenção psicossocial em hospitais gerais, entre outros.

Vale ressaltar que a Rede de Atenção à Saúde Mental não reduz as instituições substitutivas aos hospitais psiquiátricos; envolve as instituições mencionadas, incluindo também os vínculos familiares, as associações e comunidades que, de forma compartilhada, contribuem para o cuidado e reinserção das pessoas com transtorno mental no convívio social.

A situação desse grupo, que em sua maioria encontra dificuldades em manter o autocuidado e em decorrência se apresenta com falta de higiene, associada aos efeitos do uso de álcool e/ou drogas, provocam o afastamento dos profissionais, produzem restrições nos acolhimentos e por vezes impedem atendimentos. Requisições burocráticas, como a exigência de documentos e comprovante de residência, além de limitações no agendamento de consultas e inflexibilidade de horários, reforçam o processo de exclusão vivenciado.

A exigência da presença de familiares e/ou de pessoas responsáveis, feita por hospitais ou pronto socorros, muitas vezes impede que as pessoas em situação de rua sejam atendidas ou internadas. Tais obstáculos colocados pelos serviços representam uma forma de exclusão, que burocratiza a prática e reforça o preconceito ao qual essa população se encontra exposta.

Desse modo, o novo cenário da política voltada às pessoas com transtornos mentais é marcado pela transição gradual do modelo hospitalocêntrico para o modelo comunitário, fundado na atenção psicossocial, proposto pela Reforma Psiquiátrica, no qual ainda verificam-se práticas do modelo médico, herança da longa tradição manicomial presente no modo como as PCTMs foram e são tratadas, convivendo com

práticas orientadas para a reabilitação psicossocial, ampliando os laços sociais das PCTMs.

2.3 AS POLÍTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se e quando necessárias, conforme cada caso. Os indivíduos em situações de crise podem ser atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial, formada por várias unidades com finalidades distintas, de forma integral e gratuita, pela rede pública de saúde. Além de atender as PCTM, estes espaços acolhem usuários de álcool, crack e outras drogas, e estão espalhadas pelo país, modificando a estrutura da assistência à saúde mental, e o desafio torna-se ainda maior quando as PCTM também, fazem uso dessas substâncias lícitas e ilícitas.

O desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil esteve estreitamente associado à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira. Existe uma rede de equipamentos de acompanhamentos aos usuários, sendo eles: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Urgência e Emergência: SAMU 192, Unidade de Acolhimento (UA), Comunidades Terapêuticas entre outras.

As mudanças na assistência em saúde mental têm por objetivo superar as internações hospitalares, ou seja, busca uma maneira de cuidar do paciente fora do contexto hospitalar e na implantação dessa forma de cuidar em liberdade.

Em resumo, pode-se dizer que a desinstitucionalização tem duas partes negativas e positivas, a positiva é o tratar dos pacientes com problemas não graves, que ao serem assistidos nos CAPS, recebem a medicação e são acompanhados pelos familiares é bom para o usuário e seus familiares, entretanto o ponto negativo é o usuário grave que não pode ser tratado no CAPS, e nem por seus familiares, por causa da gravidade da doença, restando então a internação, mas e nos locais que não possuem, hospitais especializados, para o atendimento deste, torna-se então um problema grave, para os familiares e para a sociedade, pois, no momento em que o usuário, não está sendo tratado e medicado como se deve, fica incontrolável e agressivo, e muitas vezes é tratado como caso de polícia. Portanto, deve-se pensar e observar melhor a importância dos hospitais e de variados tratamentos para os usuários acometidos por doenças mentais.

• **CAPÍTULO III – OS “LOUCOS” DE RUA**

3.1 METODOLOGIA

Para a construção desta pesquisa optou-se por realizar uma revisão bibliográfica. A partir de referências de autores que se dedicaram a análise e reflexão da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Processo de constituição dos CAPS, buscou-se recolher informações sobre os pressupostos que desencadearam a reforma e como a mesma promoveu mudanças na saúde mental brasileira, a exemplo disso, citamos a criação dos CAPS. De acordo com Gil (1999) apud Beuren (2008) destaca que:

A pesquisa bibliográfica utiliza-se de principalmente das contribuições de vários autores sobre determinada temática de estudo, já a pesquisa documental baseia-se em materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. (GIL, 1999; BEUREN, 2008)

Os critérios de seleção das obras incluíram publicações do Ministério da Saúde como o Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, além de obras oficiais totalmente relacionadas com a temática como a obra Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial de 2004, também do Ministério da Saúde foi incluída a Legislação em Saúde Mental de 1990 – 2004.

Quanto à pesquisa bibliográfica foi realizada uma ampla leitura dos principais autores sobre o assunto das quais foram feitas citações no decorrer do trabalho de modo a colaborar com a discussão sobre a temática em foco.

A relevância pessoal para essa pesquisa se deu pela vivência no campo de estágio no Centro de Referência Especializado para Pessoa em Situação de Rua – Centro POP, onde foi observado muitas situações de alta de vulnerabilidades dos usuários e que o equipamento não consegue intervir sozinho, precisando assim das habilidades técnicas dos profissionais do CAPS.

Já a relevância acadêmica, trata-se do propósito da pessoa com transtorno mental em situação de rua no equipamento, uma população ainda desassistida. Isso motivou a escolha do tema da pesquisa. Sendo assim, destaca-se a relevância social deste tema por ser uma questão social complexa com evidente crescimento.

3.2 UM PERSONAGEM ANTIGO, INTEIRAMENTE ATUAL

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Em 29 de janeiro de 1992, o Ministério da Saúde (MS), através da portaria nº 224 deu um passo importante na Consolidação do novo modelo de Saúde Mental Brasileiro. Esta portaria regulamentou dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidos como unidades locais de atendimento intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) começaram a intervir nas cidades brasileiras na década de 80 e passaram a receber uma linha específica de

financiamento do Ministério da Saúde somente a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão. A Portaria Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, caracterizou os CAPS como unidades de:

(...) 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 social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2004).

Esta portaria tem sua importância maior por ter possibilitado a criação de uma linha de financiamento especificamente para estes serviços, assim, houve um estímulo do governo federal a implantação de CAPS nos municípios o que conseqüentemente contribuiu estrategicamente na expansão do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro. Em junho de 2004 com o tema Cuidar em Liberdade e Promover Cidadania, foi realizado, na cidade de São Paulo o I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial no qual o Ministério da Saúde lançou uma Publicação a respeito dos CAPS na Saúde Mental Brasileira (BRASIL, 2004).

Os CAPS são o resultado de uma mudança na relação com a loucura que vem se desenvolvendo desde o princípio da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A atenção à saúde mental saiu da clausura dos manicômios e hospitais psiquiátricos e passou a ocupar um novo “território”, para além de uma delimitação geográfica, mas constituído por relações familiares, entre amigos, vizinhos, trabalho, ou seja, pela vida em sua plenitude de modo a possibilitar um número cada vez maior de trocas e de inserção social do indivíduo.

Ações desenvolvidas junto às pessoas em situação de rua, problematizam as necessidades dessa população. As principais intervenções descritas pelos estudos são: abordagens e atendimentos nas ruas e nos demais locais onde as pessoas se encontram; construção de vínculo entre as pessoas, a equipe e os serviços de saúde; desenvolvimento de ações básicas de saúde e de redução de danos; integração com serviços e recursos locais; mapeamento do território; visitas noturnas; enfoque à defesa dos direitos humanos e promoção da cidadania e intervenções de suporte ao sofrimento.

Atuar no território consiste em unir conhecimentos e potencialidades de seus recursos a fim de construir objetivos comuns e assim, propor soluções para os conflitos (BRASIL, 2005).

Oliveira (2012) também aponta que durante muito tempo a rua foi considerada exclusivamente como um espaço de miséria e violência, e indica a necessidade de superar esta perspectiva e ampliar a concepção da rua, compreendendo-a como espaço da “capacidade humana da transformação, pois nela se constroem laços afetivos como amizades e amores, novos arranjos e experiências na cidade” (Oliveira, 2012, p. 141).

As instituições que desenvolvem ações junto a pessoas em situação de rua, identificam que o setor saúde influencia positivamente a articulação de ações em rede. Acredita-se que isso resulta da assunção de diretrizes como universalidade, integralidade e equidade e da adoção da perspectiva de promoção de saúde.

Silva (2014) compreende que essas pessoas produzem modos de existência atravessados pelos processos de desfiliação social: ruptura de vínculos sociais, distanciamento do mercado de trabalho e violações de direitos. Para a autora, elas são objetivadas e subjetivadas por processos marginalizantes que circunscrevem suas marcas nos corpos, fomentando a resistência frente ao controle de suas vidas.

Além da noção de território no campo de atuação dos CAPS, podemos destacar a noção de redes, uma vez que a rede de atenção em saúde mental é resultado da articulação de vários serviços de saúde e de outros existentes no território. Assim, através de interações com as diversas redes, surgem novas possibilidades de relação com a loucura, atribuindo-lhe um novo lugar social. O CAPS tem a função de organizar a rede de atenção de modo que sejam garantidos os direitos sociais dos usuários do serviço (BRASIL, 2005).

Apesar de ser nítido o avançar da Reforma Psiquiátrica e das mudanças positivas na atenção em saúde mental, os pesquisadores afirmam que a reinserção social ainda não atingiu outros espaços que não o próprio CAPS. Os usuários ainda não se encontram no seio de suas famílias; nas ruas, são discriminados e estigmatizados como “loucos do CAPS”.

A relação da sociedade com a loucura foi descrita por Foucault desde as experiências místicas na Nau dos loucos, do desvio moral às entidades nosológicas reclusas nas casas de correições e Hospitais psiquiátricos. Evidenciando que ao lidar com essa situação são inúteis estratégias autoritárias e coercitivas.

Portanto, não se trata de vigiar e punir, ou de curar além da conta. Como diria Lobosque, “há que provocar desejos, endereçar convites, tecer redes e a este fim se

destinam, assim compreendemos os princípios, as ações e os equipamentos que compõem a Reforma Psiquiátrica”.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território (BRASIL, 2005).

A resolução da desinstitucionalização consiste em abandonar qualquer tentativa de explicação causal, em não se pretender enfrentar a etiologia da doença.

O “cuidar de uma pessoa”, na perspectiva da desinstitucionalização engloba e superar o enfrentamento dos sintomas. A inquietação se traduz na atenção que tem como perspectiva a globalidade do ser que sofre, por isso mesmo, se ocupa de dimensões para além do campo psiquiátrico. Tirante negar o sintoma, mas compreendendo-o como uma expressão simplificada da existência da pessoa. A relação terapêutica tende a ocupar-se de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, da família, do trabalho, sem cindir estas questões, confiando-as a profissionais específicos.

Desinstitucionalização implica na necessidade de realizar uma desconstrução/reconstrução do modo de cuidar da pessoa com transtorno mental. Isto compreende a aceitação de que o cuidado encarrega-se do ser com transtorno mental, tradicionalmente reconhecido como paciente, não aponta para o ideal de como este deve ser e sim de como ele consegue ser. Não há algo a ser reparado, uma normalidade a ser reconquistada. A preocupação central, portanto, é a oferta ao indivíduo de cuidados que lhe oportunizem um modo de se constituir naquilo que, mesmo doente, ele decidir e conseguir ser socialmente, liberando-o do campo estritamente psiquiátrico.

Contudo, desinstitucionalização também é mobilidade da assistência. Uma vez que o objeto da assistência deixa de ser a doença para toma-se a existência sofrimento e sua relação com o corpo social, o território onde reside o paciente toma-se também espaço de assistência, pois é nesse espaço que o sofrimento é vivido, é nele que temos de ajudar a encontrar a maneira da pessoa viver melhor, caso contrário, estaremos definindo que enquanto a sua doença não for curada, o lugar do paciente será no serviço assistencial.

A mutualidade da equipe em abordagem na rua com essa população, em seus diferentes contextos, permite a apreensão de carências ampliadas de cuidado e a expressão dessas necessidades para a rede de serviços.

De modo a destacar que mantendo as equipes atentas às situações de vulnerabilidade, atuam em consonância com as necessidades de saúde observadas e conseguem dar suporte ao sofrimento dos usuários, ligando saberes da Atenção Básica e da Saúde Mental nas ações apresentadas.

A posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços (BRASIL, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de revisão possibilitou o aprofundamento da reflexão sobre a relevância e o papel do cuidado à população com transtorno mental em situação de rua oferecido pelos serviços de saúde, no contexto do CAPS e RAPS, e contribuiu para a construção de um panorama inicial e exploratório sobre o estado da arte de estudos nesse campo. Observa-se que apesar da relevância social da temática são poucos os estudos que se debruçam sobre ela. De um modo geral são estudos qualitativos, exploratórios e de pequena abrangência na medida em que focam em experiências locais de poucas equipes e serviços.

Apesar das limitações encontradas na literatura, os aspectos levantados pelos estudos trazem contribuições fundamentais que apoiam as iniciativas de ampliação e fortalecimento da oferta de atenção intersetorial à população em situação de rua, em especial às pessoas que apresentam transtorno mental.

Apoiam também a necessidade de fortalecer o paradigma e a construção das redes de serviço e a manutenção de Políticas Públicas destinadas especificamente a essa população, pois tornam claro que os investimentos desenvolvidos, apesar de limitados e por vezes, contraditórios em relação ao preconizado pelas diretrizes da

RAPS, sustentam avanços no acesso a recursos públicos e em especial à garantia de direitos básicos para a manutenção da vida.

Nesta pesquisa destacamos a importância da criação do CAPS para a melhoria do modelo de atendimento em saúde mental no Brasil. O processo, que contribuiu para a transformação nas práticas em saúde mental, ainda hoje é almejado e buscam-se maneiras efetivas de desconstrução do modelo manicomial que muitas vezes insiste em renascer dentro dos serviços substitutivos.

Durante os estudos, tanto de livros como do estágio, foi possível visualizar de maneira ampla o que vem ocorrendo nos serviços de saúde mental, no interior do processo da reforma psiquiátrica, bem como retomar o seu histórico e realizar algumas reflexões sobre às ações dos profissionais comprometidos com os ideais da reforma psiquiátrica.

A exposição deste quadro da saúde mental do nosso país não pretende encerrar ou engessar as discussões a respeito da temática, mas servir como orientação básica para reflexões sobre o que já foi construído e para galgarmos novos desafios. Os fundamentos teóricos da luta pelos direitos dos que sofrem algum tipo de distúrbio mental podem servir de norte para a fragilidade do nosso sistema, mas ao mesmo tempo fazermos perceber o dinamismo do mesmo diante do processo histórico, econômico e social de nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALCOCK, Peter. *Understanding Poverty* (2. Ed.). London: Macmillan, 1997.
- AMARANTE, P. **Retrocessos na política de saúde mental**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-desauade/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>. Acesso em: 25 out. 2021.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Editora perspectiva, 1978.
- BRASIL. II Pacto Republicado de Estado por um Sistema de Justiça de Mais Acessível, Ágil e Efetivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 maio 2009^a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Outros/IIpacto.htm. Acesso em 15 set. 2021
- BRASIL. **Manual do Programa de Volta para Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- ZIZEK, Slavoj. **Bem-vindo ao deserto do real!**: cinco ensaios sobre o 11 de setembro de datas relacionadas. São Paulo: Boi-tempo, 2003. 1991 p. (Coleção Estado de sítio).
- MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Trad. Jesus Ranieri. 4^a reimpressão. São Paulo: Boitempo, 2010.
- PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura: Loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- VIEIRA, William. Como os transtornos mentais foram vistos ao longo da humanidade. 2012. **Matéria revista superinteressante**. Disponível em: Acesso em: 08 out. 2021
- RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.
- LOBOSQUE, A. M. **Um desafio à formação: nem teoria, nem o medo da invenção**. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental: a reforma psiquiátrica*
- LUPTON, R.; POWER, A. Social: exclusion and neighborhoods. In: HILLS, J. et al. (Eds). **Understanting social exclusion**. London: Oxford University, 2002. p. 118-140.
- SILVA, ATMC; BARROS, S; OLIVEIRA, MAF. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: A exclusão/inclusão social como intenção e gesto**. Rev. esc. enferm. USP vol.36 no.1 São Paulo Mar. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100002. Acesso em: 20 de out. 2021.
- BRASIL. **Lei n. 1.132/1903**. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 20 Out. 2021

BRASIL. **Decreto 14.831/1921.** Disponível em <http://www.legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viwTodos/37B3E8C0AE1B1F46032569FA00755C62?Opendocument>. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. **Resolução Nº 32.** Disponível em http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.aspx. Acesso em 25 out. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica No 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Ministerio da Saude, 2019. Disponível em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.

LIMA, RS. **O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil.** Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt_0103-7331-physis-29-01-e290101.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. **Decreto n. 4.778.** Disponível em <http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2006/004778-005-0-2006-002.htm>. Acesso em: 20 out. 2021.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis: Vozes, 1998.

COHN A, ELIAS PE. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de saúde.** São Paulo: Cortez; 1996. cap. 1, p. 11-55.

Carneiro Júnior N, Jesus CH, Crevelim MA. **A estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos.** *Saúde Soc* 2010; 19(3):709-716

SEIXAS, AAA; MOTA, A; ZILBREMANN, ML. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico.** *Rev Psiquiatr RS.* 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 08 out. 2021

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade.** Dois ed. São Paulo: Paul us, 2003.

Macerata IM. **Experiência POP RUA: implementação do "Saúde em Movimento nas Ruas" do Rio de Janeiro, um dispositivo clínico/político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro.** *Rev Polis e Psique* 2013; 3(2):207-219.

NETO, M. L. A.; AMARANTE, P. D. C. **O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial.** *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400014&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 17 nov. 2021

Oliveira, L. M. F. (2012). Circulação e fixação: O dispositivo de gerenciamento dos moradores de rua em São Carlos e a emergência de uma população (dissertação). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil

Lisboa MS. **Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização** [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2013

SILVA, ATMC; BARROS, S; OLIVEIRA, MAF. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: A exclusão/inclusão social como intenção e gesto**. Rev. esc. enferm. USP vol.36 no.1 São Paulo Mar. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100002. Acesso em: 20 out. 2021.

SIQUEIRA. E. **É um retrocesso de 30 anos na saúde mental**. ISC - UFBA 2019. Disponível em <http://www.isc.ufba.br/e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saude-mental-critica-presidente-doconselho-nacional-de-direitos-humanos/>. Acesso em: 25 out. 2021.

VELOSO, L. U. P.; CARLOS, K. P. T. **A nova política de saúde mental no Estado do Piauí: mudanças e perspectivas**. In: ROSA, L. C. dos S.; GUIMARÃES, L. D. A.; CARVALHO, M. E. B. de (Org.). **Cenários de práticas em saúde mental: a atenção psicossocial no Piauí**. Teresina: Ed. da UFPI, 2009, p. 98-111.