

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
COLETIVA**

ANDREIA KUHN

FRAGMENTOS DE UMA METRÓPOLE

Porto Alegre 2010

ANDRÉIA KUHN

FRAGMENTOS DE UMA METRÓPOLE

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva da UFRGS, FAGED/ como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Saúde Mental Coletiva.

**Orientador: Prof^ª Ms. Maria Cristina
Carvalho da Silva**

Porto Alegre, 2010

“Deixada àqueles que não a dominam nem a possuem,

A rua é mais que um lugar de passagem;

“Ela é uma porção inevitável de existir”

Farge

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo analisar a situação social de sujeitos que circulam pelas ruas e fazem dela o seu local de existência e moradia. Realizamos um resgate histórico a cerca do viver nas ruas a partir da modernidade, à luz de Foucault, que na época já sinalizava para interações institucionais para acolhimento de pobres. Assim buscamos o aporte teórico de vários autores a fim de contribuir para a aquisição de conhecimento desta realidade social. No Brasil enfatizamos o surgimento de pesquisas que suscitaram a formulação de políticas públicas destinadas a esta população nesta condição social peculiar a partir de suas necessidades. A cidade abre possibilidade para as relações de sociabilidade, como um palco de macro e micro político entrelaçadas. No que tange a construção de conhecimentos na área de saúde mental, partimos de nossa prática profissional para relacionar os aspectos do viver na rua com os reflexos na vida psíquica dos sujeitos. O encontro com a vivencia na área de saúde mental possibilitou fazer articulações entre a teoria e a prática. O espaço institucional referido ao longo do trabalho foi preponderante para análise crítica realizada sobre a atual política de saúde mental coletiva.

Palavras Chaves: Situação Social de Rua. Cidade. Saúde Mental Coletiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1. UM OLHAR SOBRE: A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	8
2. PORTO ALEGRE UMA METRÓPOLE.....	15
3. CENAS DE UM ESPAÇO INSTITUCIONAL.....	20
4. ENTRELACAMENTO SITUAÇÃO DE RUA E SAÚDE.....	22
5. LIMITES E POSSIBILIDADES EM SAUDE MENTAL COLETIVA.....	24
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36

INTRODUÇÃO

Quando pensamos em escrever sobre saúde mental coletiva, passamos a refletir o que tem nos mobilizado enquanto acadêmico e trabalhador desta área, tão instigante e ao mesmo tempo envolvente.

Ao nos referir a estas categorias: instigante e envolvente, a primeira relaciona-se a busca teórica de conhecimentos diferenciados da nossa formação profissional e a segunda demonstra a dimensão de que não há como trabalhar em saúde mental sem que haja afetação, a alteridade se faz presente no cotidiano profissional.

Quando iniciamos a Especialização em Saúde Mental Coletiva não tínhamos experiência nesta área. Assim, a partir da curiosidade e motivação em nos apropriar de conhecimentos específicos à luz de autores estudados durante o curso, sentíamos que faltava articular a teoria com a prática. Após seis meses de curso tivemos oportunidade de trabalhar na área de saúde mental. Tal fato foi relevante enriquecedor para a nossa trajetória acadêmica.

Assim, integramos a equipe técnica como assistente social em uma Emergência em Saúde Mental recentemente instalada em Porto Alegre, que atende moradores da zona norte da cidade, que se encontra em uma situação de urgência ou emergência psiquiátrica, ou não, mas que acessam este serviço na busca de atenção e resolução de demandas nesta área.

Nosso foco de atenção, no que tange a produção de conhecimentos na área de saúde mental, partiu de observações e vivências do cotidiano profissional, onde surgiram questionamentos e constatações de que há uma parcela de sujeitos com transtornos mentais que por sua condição social de rua ou ditos “loucos de ruas” estão em alguns momentos desassistidos enquanto direito à saúde de forma mais integral.

O interesse sobre esta problemática nos remete a refletir sobre as políticas públicas de saúde destinadas aos sujeitos que se encontram em situação de rua ou a sujeitos que atualmente vivem “realizados” por terem perdido seus vínculos sociais ou familiares devido ao sofrimento psíquico e a ineficácia de tratamento em saúde mental. Não pretendemos trabalhar numa perspectiva de

causa e efeito, muito pelo contrário, mas poder emergir em algumas inquietações presentes no espaço institucional ao qual estamos inseridos, torna-se objeto deste estudo.

O título deste trabalho: “Fragmentos de uma metrópole”, propõem dar visibilidade a temática abordada anteriormente, trazendo relatos de fatos evidenciados no cotidiano do espaço institucional a qual foi referido, permeados de análise crítica a respeito da política de saúde mental da cidade. As expressões apresentadas mostram a subjetividade que se pretende abordar, articuladas a busca de referencial teórico a cerca da trama: situação social de rua e saúde mental.

Ao longo deste texto iremos buscar a contribuição de diversos autores e aspectos que possam nos levar a refletir especificamente sobre a situação social de rua e sobre os rebatimentos deste viver enquanto sofrimento psíquico. Entrelaçado a este tema iremos nos embasar no suporte teórico em saúde mental, no intuito de sinalizar proposições que possam tentar vislumbrar a efetivação de direitos nesta área a esta parcela da população.

1. UM OLHAR SOBRE: A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Para pensar a condição e o estatuto do que hoje chamamos de “população em situação de rua” é preciso refletir sobre a sua relação com um conjunto de atributos definidores da noção de normalidade, assim como a forma de gestão pública das pessoas colocadas nessa situação social. Embora populações sem paradeiro fixo, andarilho, miseráveis e necessitados de ordens diversas tenham sido constantes na história do mundo, a forma de concebê-los e os significados relacionados à sua existência não são homogêneos, assim como também não são os próprios modos de vida, as trajetórias, práticas e concepções de mundo dos sujeitos colocados nessa situação social.

Pretendemos reconstruir alguns aspectos da origem da existência, permanência e habitação na rua como uma problemática de grande aspecto social, colocado em evidência o entrecruzamento necessário, para a constituição de uma “população em situação de rua”, entre processos sociais particulares, formas de gestão da vida e determinadas práticas e estratégias utilizadas por estes de sujeitos em especial as que se referem à saúde mental.

Remetendo-nos à historicidade a cerca da população em situação de rua, encontramos que é somente a partir da época moderna, na França, com a constituição de uma série de aparatos institucionais para acolhimento de pobres e miseráveis – os Hospitais Gerais – que se estabelece uma reviravolta fundamental na conceituação de um conjunto heterogêneo de pessoas (FOUCAULT, 1993). Na medida em que a rua passa a ser um espaço a ser governado, as populações que lá habitam, circulam ou definem a sua existência tornando-se alvos de processo de enquadramento em rede de poderes para o controle e auxílio. As populações de rua ou na rua tornam-se populações governáveis, constituindo-se como sujeitos de intervenção especializada embora no momento de criação de hospitais gerais recebesse uma atenção indiferenciada no âmbito do atendimento a doentes, pobres e necessitados diversos.

Vários procedimentos institucionais e definições morais concorreram para diferenciar populações, sendo importante, nessa trajetória, o próprio fim dos

hospitais gerais, ocorridos no início do século XIX. De acordo com Michel Foucault (1993), a progressiva associação da libertinagem com insanidade, desenvolvida ao longo do século XVIII, foi posteriormente acentuada com a especialização da atividade médica.

Paralelamente, houve uma racionalização de atendimento aos não-doentes, aparecendo uma forte crítica ao internamento decorrente da nova ética da produção intrínseca ao desenvolvimento do capitalismo.

Ao longo desse processo, o trabalho passou a ocupar um lugar significativo na remodelação social, paralelamente ao crescimento da industrialização e da pauperização de grandes massas de pessoas. De outro lado, a “população”, este novo repertório da arte de governo, tornou-se “governável”, não mais apenas por estratégia de exclusão – como no internamento dos Hospitais Gerais-, mais também por noções de educação, recuperando a atenção aos sujeitos (FOUCAULT, 1979).

Um conjunto de saberes e poderes passou a orientar a educação, corpo e moral das pessoas, tendo sido a medicina e a polícia elementos decisivos na implementação de novas lógicas de vida, incidindo também nas famílias , para dirigir processos de nuclearização e privatização das relações humanas (ARIES, 1981; DONZELOT, 1980). O urbanismo e o higienismo também foram saberes importantes dessa lógica de governo, das populações, na medida em que propuseram o remodelamento das cidades e difundiram idéias da promoção do bem-estar da população através de estratégias de profilaxia e desagregação (COSTA, 1983; PECHMAN, 2002).

Como reflexo da implementação dessas técnicas diversas de saneamento físico e moral, a rua tornou-se, idealmente um espaço de circulação mais do que de permanência e os amontoamentos de coisas e pessoas passaram a ser combatidos como estando “fora de lugar”. Isso impediu que as pessoas de origem e trajetória diversas tivessem permanecido na rua como o seu espaço de habitação e existência, reunindo no atributo da anti-norma, mas sem ter uma experiência homogênea e generalizável em relação ao eu modo de vida. Assim também não foi generalizada a forma de tratamento social dessa assistência/repressão marcou distinções precisas entre aqueles inválidos, doentes

crianças e velhos – populações que não podiam trabalhar, isto é, os “bons pobres”, objeto de assistência- e aqueles que, tendo plenas condições física para tanto, não faziam, aqueles tomados como os “vagabundos de primeira linha” ou os “mau pobres”, prioritariamente objetos de repressão (CASTEL, 1998).

Configurando esse recorte, ainda contribuiu a idéia de pertencimento comunitário, sendo que os estrangeiros e os sem domicílio fixo tornando-se populações distantes das práticas de assistência. A caridade configurou-se como sendo dirigida ao “próximo” o que acentuou os processos de não fixação de andarilhos, viajantes e populações nômades.

O trabalho e o pertencimento comunitários balizaram, portanto, a estrutura do sócio assistencial para Castel (1998), tais elementos permaneceram constitutivos das atuais práticas de assistência. Segundo o autor, tais dinâmicas são fundamentais para o agravamento dos processos de “desfiliação”, os quais se relacionam às rupturas com redes de pertencimento familiares e comunitárias. Essas “populações ameaçadas de invalidação social” permanecem como ameaçadas ao sucesso da ordem da família, do trabalho e da comunidade, embora saibamos que historicamente, receberam diferentes classificações e imagens sociais: mendigos, sem abrigo, sem teto, sem domicilio fixo, morador de rua, pessoa em situação de rua, etc.

No Brasil, em termos de processos de viabilidade daquilo que hoje chamamos de “população em situação de rua”, somente na segunda metade do século XX é surgiu o debate sobre os classificados como “moradores de rua”, intensificou-se no conjunto das intervenções públicas. Passou-se a contar com trabalhos de pesquisa para a compreensão das dinâmicas de vida dessas pessoas.

Pesquisas censitárias, financiadas por órgãos governamentais, vieram suprir uma demanda das políticas de intervenção, ao mesmo tempo dando uma existência oficial a uma população flutuante que, nos censos nacionais brasileiros – baseados no critério domiciliar -, não encontravam visibilidade e reconhecimento social. Essas pesquisas caracterizam-se por uma contextualização histórica da visibilidade das pessoas em situação de rua, assim como inegáveis preocupações com as causas desse fenômeno (emprego, família, transtornos psicossociais, etc.) e o entendimento do seu modo de vida. (PEREIRA, 2007)

No âmbito das políticas públicas federais, o maior interesse sobre as especificidades da “população adulta em situação de rua” data de 2004, quando o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) propôs o debate em torno de políticas específicas para os indivíduos colocados nessa situação social. Como resultado do I Encontro Nacional de População em Situação de Rua, no ano de 2005, foi solicitado uma pesquisa de abrangência nacional sobre o assunto que fornecesse informações sobre o número e modo de vida das pessoas em situação de rua dos principais municípios brasileiros. A efetivação dessas pesquisas de forma coordenada pelo governo federal, durante o ano de 2007, marcou um incremento de visibilidade social dos direitos das pessoas em situação de rua, ao mesmo tempo em que seus resultados mostraram a necessidade de muitos investimentos políticos e sociais na promoção e proteção de direitos conquistados e ainda não efetivados.

Desde a década de 1980 acentua-se a preocupação pública e de gestores institucionais a cerca do que popularmente, foi chamado por muito tempo de “morador de rua” e que hoje, no repertório das políticas públicas brasileiras, chamamos de “pessoa em situação de rua”, pode-se dizer que esse conceito pretende denominar um conjunto de populações diversas que circulam pelas ruas e fazem dela seu local de existência e moradia, mesmo que temporariamente.

A ruptura entre a terminologia “morador de rua” e “pessoa em situação de rua” é significativa de toda uma mobilidade política que visou, de um lado, combater processos de estigmatização dessa população, definindo-os a partir de uma concepção do habitar a rua como uma forma de vida possível e não através de uma falta ou carência – de casa ou local de moradia fixa. (SCHUCH, 2007)

Isso por que, junto com a classificação “morador de rua”, um conjunto de valores estigmatizantes homogeneizava esse público, visto, sobretudo, através das lentes da “falta”: definia-se o “morador de rua” como aquele que não tinha casa, que não tinha trabalho, que não tinha família.

Para melhor entender e discutir sobre a situação social de sujeitos que vivem na rua, torna-se relevante também abordar conceitos acerca de vulnerabilidade e risco social, já que a realidade brasileira é marcada por desigualdades.

Conforme os autores Rivero e Torossian (2009), a vulnerabilidade não se define pelo índice de pobreza, mas se faz necessário olhar para a inclusão ou não da população em relação aos serviços e políticas públicas. A noção de vulnerabilidade apresenta-se carregada de múltiplos significados e produzindo variados sentidos, os quais podem contribuir tanto para uma homogeneização e manutenção da população num lugar de risco quanto para construir estratégias de empoderamento dos sujeitos na construção de potência de vida.

Para que essa última alternativa seja possível, é necessário problematizar a construção dos diferentes olhares e escutas em relação às situações de vulnerabilidade, desconstruindo sentidos cristalizados que apontam para as condições de carência como condições de impossibilidade de vida.

Assim, o conceito de vulnerabilidade e risco como um constructo, não somente da racionalidade científica, mas engendrado por linhas de força e no exercício de relações de poder. Mais do que descobrir uma realidade humana, esses conceitos produzem sujeitos. Essa concepção está apoiada diretamente nos estudos de Michel Foucault que durante sua trajetória de pensamento, investigação e produção expõem o quanto a produção de conhecimento não pode relacionar-se a um único registro de verdade, e que a história tem muitos mais devires do que sabemos registrar. O desafio que está posto, portanto é discutir e dar visibilidade à condição política do conceito de vulnerabilidade e risco.

A complexidade de vulnerabilidade social é destacada por Castro e Abramovay (2002) ao apontar que frequentemente as análises de vulnerabilidade realizadas desconsideram os fatores contextuais e o estudo de processos e relações sociais. Essas autoras apontam para a necessidade de não desprezar o aspecto socioeconômico, mas compreendê-lo associado aos processos de exclusão em relação ao acesso a serviços e políticas de cidadania.

Cabe ressaltar algumas das características marcantes dos sujeitos em situação de rua: sucessivos processos de perdas; geralmente, são pessoas que foram perdendo, pouco a pouco, sua pertença a grupos, seus territórios, sendo que lhe

resta, como último território ou espaço de defesa, é o seu corpo, quase sempre doente e que requer cuidados, quase na maioria das vezes lhe é negado.

Nesse sentido, Adorno (2001) considera que um indivíduo ou um grupo torna-se vulnerável “quando ocorre uma situação que o leva a quebrar seus “vínculos sociais com o trabalho, a família ou seu círculo de relações”. Ao mesmo tempo sublinha a transformação existente na passagem do termo “carência” para o de “vulnerabilidade”. De uma visão que enfatiza o paternalismo (carência) nas relações sociais passa-se a olhar o sujeito como portador de direitos. O direcionamento do olhar para os “direitos” em detrimento das “carências” apresenta a possibilidade de analisar as potencialidades dos sujeitos, grupos e comunidades para além da “falta de”, mas para com os movimentos e estratégias de sobrevivências que utilizam num espaço que lhe é peculiar.

O conceito de vulnerabilidade rastreado até aqui destaca um olhar que prioriza a análise do acesso da população a serviços e políticas públicas e da cidadania, olhando não somente a escassez de recursos, mas, principalmente, para a potencialidade da população em lidar com os recursos existentes.

A partir das contribuições de Michel Foucault, sabemos que os olhares e discursos se produzem no movimento da vida e das relações entre os sujeitos, produzindo-se aí jogos de poder. Os sentidos produzidos sobre a vulnerabilidade têm a possibilidade de contribuir tanto para uma homogeneização e manutenção da população num lugar de risco quanto para construir estratégias de empoderamento dos sujeitos na construção de potencia de vida.

Principalmente para profissionais que atuam juntos às políticas públicas tanto nas áreas de assistência como na saúde eis que se torna relevante o conhecimento da diversidade das experiências na rua, dos itinerários particulares das pessoas que habitam e do modo de utilização dos recursos sociais disponíveis e importantes para a formação de imagens menos essencialistas sobre o habitar/existir na rua e suas múltiplas possibilidades.

As discussões acadêmicas e da maior parte das políticas e programa de intervenção avançaram para a constituição do espaço de rua como um espaço de relações sociais e simbólicas.

Concordamos com Schuch (2007) ao referir que “estar” na rua, não é apenas uma estratégia de sobrevivência, mais um modo específico de construir a existência, mediado por sentidos sobre a habitação e pelas tramas de relações que circunscrevem.

Além disso, tais dinâmicas também apontam que não há uma experiência única e generalizável de rua. Como já mencionado por Vieira (2004), é possível identificar várias situações diferentes em relação a esse lugar existencial e simbólico entre as quais, por exemplo: ficar na rua circunstancialmente, estar na rua recentemente e ser da rua permanentemente. É importante refletir, no entanto, que não há uma continuidade necessária entre essas possibilidades de vivenciar a situação de rua.

Conforme Kasper (2006), chamou atenção para os vários “processo de habitar a rua”, entendendo-se por isso as dinâmicas plurais de “apropriação”, “instalação” e “incorporação” que recortam modos de inserções urbanas particulares e constrói o lugar habitado, um território. “Apropriar-se” de alguma coisa, longe de ser simplesmente tomar como propriedade, é colocar nela sua marca, modelá-la. Em sentido próximo, “instalar-se” pode ser definido como a prática que visa fazer corresponder um espaço que se pretende ocupar para as práticas cotidianas, envolvendo os sentidos de adaptação e adequação. A “incorporação” diz respeito às dinâmicas de relacionamento do corpo com o meio ambiente, ou seja, práticas de incorporação do ambiente.

A problemática do que chamamos hoje de “pessoas em situação de rua” aumenta a sua visibilidade social, em paralelo aos processos de construção de seus direitos, tanto no âmbito nacional como internacional, mas que ainda precisam avançar no contexto social.

No que se refere às políticas públicas, temos uma série de programas de atendimento que desenvolvem conceitos, idéias e instrumentos de ação em direção aos sujeitos colocados nessa situação particular, de “rua”, porém muito ainda temos que avançar acerca da efetivação de seus direitos.

Não obstante, o preconceito, o estigma e os insultos à condição de cidadania, tais categorias ainda permanecem como um conjunto de problemáticas

correntes no dia-a-dia das pessoas em situação de rua. Influenciados pela eficácia das diversas práticas divisórias de saber e poder em direção à fixação da “normalidade”, não é raro presenciar-se práticas de invisibilidade humana que tornam visíveis os valores do trabalho, da família e da fixação territorial, os quais acabam por tentar regulamentar a vida, podendo definir quem merece ou não a condição de humanidade.

Conforme diz a música: “estar lá e não existir” parece ser o efeito dessas valorações diversas, que acabam por construir uma característica simbólica da população em situação de rua. No entanto, esta população resiste e persiste, colocando em xeque concepções de normalidade, ao mesmo tempo em que chamam a atenção para os dramáticos processos de exclusão que constroem o “normal”, o “fixo”, o “territorializado.”

Sendo assim, fazem-se necessário encarar as pessoas em situação de rua como partes da população da cidade respeitando suas particularidades procurando conexões e comunicações, a fim de contemplar também suas demandas, como cidadãos.

Sabemos que as pesquisas realizadas nos últimos anos, em muitas cidades brasileiras fortalecem o conhecimento sobre o assunto ao mesmo tempo em que contribuem para formação efetiva de uma “população” conhecida, classificada, debatida e tematizada socialmente.

Os resultados desses processos evidenciam-se um acréscimo de política de direitos específicas para o público “em situação de rua”, mais o maior conhecimento sobre as dinâmicas de vida dessas pessoas também mostram a situação de extrema vulnerabilidade e risco a que estão sujeitas, assim como um grande hiato entre as propostas legais e a resistência real de políticas na área.

2. PORTO ALEGRE UMA METRÓPOLE

A cidade pode ser vista sob duas óticas: da visibilidade e da invisibilidade, dependendo do foco que se pretende olhar.

A cidade pode ser visível pelas suas praças e locais de encontro e concentração de gente. Pode ser vista através das pessoas que nela transitam pessoas comuns: bem vestidas/mal vestidas; crianças/adultos/idosos. Gente de toda cor, classe social, profissão.

No entanto há espaço da cidade para a invisibilidade, que só poucos conseguem perceber, alguns têm a sensibilidade para ver além do aparente. Para estes a cidade é um grande espetáculo, onde diversos atores aparecem inesperadamente: são crianças que brincam sem brinquedos, trabalhadores que não vêem o tempo passar, adultos que carregam seus corpos como se não tivessem alma nem sentimentos, gentes felizes por simplesmente existir. E são tantas histórias... Gritos que a gente nem ouve, mas que depois não saem da lembrança.

As contradições existentes entre a visibilidade e a invisibilidade na cidade a torna especial, podendo surgir de repente, uma esperança de ócio, de prazer, de arte, de viver. Memórias, vozes, imaginação.

O autor Santos (1993) aponta para a necessidade de olhar a rua sob “o manto da invisibilidade”, para que se ultrapassemos o olhar do excludente, aquele que só vê a manifestação da norma social.

Para nós trabalhadores em saúde mental torna-se por tanto imprescindível um olhar para além do que nos é apresentado como aparente, e uma escuta diferenciada para muitas vezes entender significados do que é dito ou do implícito.

Assim, podemos também perceber a rua como um espaço público, no qual se dá a transformação do ato privado em processo coletivo e amplo, podendo conter expressões variadas: de sofrimento, dor, liberdade, sombra e de luz ao mesmo tempo.

Consideramos que nossa busca enquanto entendimento da situação social de sujeitos de rua, muito terá que avançar, mas nos faz refletir o quão é relevante o olhar e a escuta que devemos ter em relação ao significado da rua para aqueles que nela se agregam, escolhendo-a por seu lugar de moradia e situando-se o que por muito tempo foram chamados de moradores de rua ou ainda “loucos de rua”.

No entanto, para pensarmos a questão do viver na rua, é preciso considerar que, em todas as sociedades humanas, sempre existiu alguma separação entre o “público” e o “privado”, seja ela em moldes das sociedades tribais, medievais, capitalistas, ou socialistas. Contemplando essa separação do que é considerado “público” ou “privado” nos apropriamos de alguns conceitos na busca de pensarmos a questão de rua e da loucura.

Conforme Arendt (1999), a presença de outros que vêem o que vemos e ouvem o que ouvimos garante-nos a realidade do mundo e de nós mesmos; e, embora a intimidade de uma vida privada plenamente desenvolvida, tal como jamais se conheceu antes do surgimento da era moderna e do concomitante declínio da esfera pública, sempre intensifica e enriquece grandemente toda a escala de emoções subjetivas e sentimentos privados, essa intensificação sempre ocorre à custa da garantia da realidade do mundo dos homens.

A autora nos traz nessas linhas algo sobre a necessidade, inerente ao humano, da presença do outro, o homem é acima de tudo um ser político e se constituiu enquanto ser a partir do olhar do outro. Estar na rua é ser olhado, mesmo que no abandono.

A rua é a cena das relações de sociabilidade, do encontro, às vezes fugaz, de uma pessoa com a outra, ou de pequenos grupos. A cidade abre espaço para o palco de macro e micro políticas entrelaçadas.

Assim, Ferraz (2000) nos traz que o relacionamento da cidade com o seu louco público é intenso e dotado de um caráter emocional especialmente forte. Muitas vezes, existe uma tolerância social em relação à loucura, baseada na compaixão e na afetividade. A cidade pode ‘adotar’ o louco, deixar que ele fale seus absurdos sem contradizê-lo, alimentá-lo, agasalhá-lo e abrigá-lo. Mas há ocasiões

em que o fio da tolerância se rompe. Quando a convivência com o louco implica algum tipo de risco para o sistema social estabelecido, isto é, quando ele se torna violento ou quando uma cena do teatro do mundo implica ameaça a valores- quando o louco se despe ou se põe a falar coisas indecentes- aí as coisas mudam.

Ou seja, quando o privado irrompe na via pública, invadindo-a com coisas consideradas uma espécie de existência incerta e obscura, quando esta agride aos olhos do social, a tendência é que a sociedade reaja intensamente na mesma direção.

Não é raro que pessoas da sociedade incomodadas com alguma situação adversa em que sujeitos em condição de rua estejam envolvidos (seja exposição moral, perturbação da ordem, surtos psicóticos, comportamentos tidos como agressivos, intoxicação por abuso de álcool e/drogas), busquem a força policial para intervir ou conter as situações ocorridas no espaço público.

Presenciamos tal fato no cotidiano de uma emergência em saúde mental, quando a Brigada Militar é acionada para trazer não só sujeitos em situação de rua, mas toda e qualquer pessoa que por ventura tenha alguma crise psiquiátrica na via pública estes chegam ao serviço de saúde.

Consideramos, porém, que situações que envolvem sofrimento psíquico devem ser atendidas por profissionais capacitados na área da saúde e em transporte de saúde de baixa complexidade e não com a força policial.

Dados da pesquisa Cadastro e Estudo do Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS (UFRGS, 2008) revelam que a vigilância da polícia em relação a quem mora na rua, aparece como terceiro lugar em aspectos negativos no espaço da rua.

As sensações de despertencimento à “sociedade” e de não reconhecimento social por parte de população são reveladas pelos pesquisadores ao referirem que são proibidos de circular e estarem em lugares públicos, Assim como os tratamentos que lhe são dispensados, expresso por sentimentos como desconfiança, preconceito, medo e desrespeito.

Há, portanto, um processo de criminalização da situação de rua, seja uma criminalização legal, que se efetiva pelo trabalho de vigilância da polícia, seja uma criminalização moral da atividade de estarem na situação de rua, estas expressas pela percepção de discriminação social, vivenciada pelas pessoas nessa situação em Porto Alegre (DICKEL, GEHLEN, MAGNI e SCHUCH, 2008)

Assim, a pesquisa a que nos referimos reitera nossas observações quanto à inadequação da força policial, principalmente em relação a quem vive na rua, mora na rua ou que está pela rua na interface das questões sociais.

Apesar de existir em Porto Alegre uma rede de atendimento à população em situação de rua constituída a mais de uma década, percebemos no atendimento a sujeitos em situação de rua que atendemos na emergência, que há certa resistência em acessar os equipamentos. Um número significativo refere não se adaptar muito bem nos abrigos e albergues. Apontam como principal causa a existência de normas e regras nas instituições, o que lhes transmite a sensação de “aprisionamento”, inferimos que deve ser pelas às regras e normas, em geral muito rígidas por vezes sem a participação dos sujeitos em sua elaboração.

Estes sujeitos tendem a modificar sua opinião e adesão somente nas noites de inverno intenso. Nestes momentos procuram também o serviço de saúde para se proteger do frio, justificando que querem se tratar, identificamos este comportamento como um modo estratégico de sobrevivência.

A rede de serviços de Assistência Social de Porto Alegre costuma ofertar alternativas capazes de garantir o atendimento as necessidades básicas de quem vive nas ruas, tais como alimentação, higiene, vestuário e abrigo a oferta, no entanto, muitas vezes não atende às expectativas, possivelmente pela baixa qualidade dos serviços prestados. Assim, conforme Sposati (1999) nos trás que faz parte do histórico da política assistencial no país à disponibilização de “serviços pobres, já que são destinados a pessoas pobres” tal tradição tem origem na crença, presente na cultura nacional, de que se trata de uma benevolência, de um favor prestado a população, e não de direitos sociais a serem garantidos.

Entendemos que esta rede de serviços sócio-assistenciais deve ser compreendida em quanto espaço de articulação com as redes de atendimento das

outras políticas. Além de ser ampliada em oferta, precisa também se adequar aproximando-se cada vez mais da realidade de vida dessas populações e buscando a permanente qualificação da oferta que disponibiliza garantindo condições dignas de atendimento.

Nossa vivência enquanto profissional que atua em uma emergência em saúde mental é extremamente enriquecedora, pois a cada dia nos deparamos com situações diferenciadas e que nos desafiam a buscar formas também diferentes de intervir frente às demandas que nos chegam.

Ao mesmo tempo as expressões das questões sociais no cotidiano nos fazem refletir e questionar também o quanto à efetividade da atual política de saúde mental responde as necessidades de cuidado e atenção a sujeitos com sofrimento psíquico no espaço e no tempo de uma metrópole como Porto Alegre. Tal questionamento nos remetem a avaliar também a instituição que trabalhamos, bem como redimensionar o nosso fazer profissional.

3. CENAS DE UM ESPAÇO INSTITUCIONAL

Como forma de dar visibilidade a situações que envolvem o cotidiano de uma emergência em saúde mental, iremos abordar algumas das especificidades deste espaço institucional a qual estamos inseridos, como assistente social.

O serviço de emergência em saúde mental a qual nos referimos tem como seu objetivo central, oferecer um ambiente de acolhimento e suporte ao sofrimento psiquiátrico agudo, tomando a proteção da vida como eixo estruturador (retirado do relatório anual do serviço).

A acolhida entendida enquanto uma das diretrizes da política de saúde mental refere-se à capacidade de desenvolver ações que acolham todos os usuários que procuram o serviço, sem que haja exclusão ou segregação, disponibilizando atendimento e/ou escuta imediata.

Consideramos que a acolhida é contemplada de forma eficiente, na medida em que todas as pessoas que procuram atendimento são recebidas com respeito as suas demandas e a escuta é uma das ferramentas que utilizamos como forma de perceber suas fragilidades e sofrimento e assim poder intervir frente a sua realidade e necessidade.

O funcionamento do serviço de emergência é em regime de pronto atendimento 24 horas, dispõem de 15 leitos de observação e de uma equipe técnica formada por médicos (psiquiatra/clínico), assistente social, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A população preferencialmente da zona norte da cidade busca atendimento espontaneamente, por vezes são encaminhados por instituições ou serviços de saúde; ou trazidos: pela SAMU (serviço de ambulância municipal); vem por ordem judicial, pelo Conselho Tutelar ou com a Brigada Militar por se encontrarem em situação de crise, ou seja, necessitando de atendimento imediato.

Nosso entendimento ao que tange a avaliação da situação de crise na emergência em saúde mental inferimos que prevalece o saber médico (visando conter o sofrimento), não obstante acreditamos que as questões sociais e

subjetividade também tenham relevância na indicação do encaminhamento a ser realizado. No entanto as discussões e as intervenções multidisciplinares dependem do envolvimento, da interação e da forma de trabalhar de cada profissional.

Conforme a avaliação realizada o paciente poderá ficar em observação numa internação de curta duração (ICD), por no máximo por 72 horas para estabilização do quadro psiquiátrico; poderá aguardar na unidade até que seja disponibilizado um leito hospitalar; ou também há possibilidade de ser prescrita a medicação e o paciente ser referenciado para atendimento ambulatorial (CAP'S /Equipe de Saúde Mental) na rede da comunidade e/ou as unidades básicas de saúde (UBS) ou a programas de saúde da família (PSF) a que pertence.

Quando nos referimos à rede de saúde é relevante sinalizar que a cidade de Porto Alegre está dividida em 8 distritais, compostas por Unidades Básicas de Saúde (UBS), por Programas de Saúde da Família (PSF), por um Centro de Atendimento Psicossocial (CAP'S II) ou Equipe de Saúde Mental e um Centro de Atendimento Psicossocial /Álcool e Drogas(CAP'S AD), porém na realidade há regiões da cidade que não possuem CAP'S/AD e CAPSi demonstrando assim, a ineficiência e carências na rede de atenção à saúde. Isto dificulta o acesso e o tratamento da população que necessita de atendimento.

Na prática o limite entre urgência e emergência fica um tanto nebulosa. A angústia que nos mostra um paciente ou um familiar diante de uma situação de crise exige que nossa intervenção seja iminente.

Percebemos no cotidiano de uma emergência em saúde mental que as demandas mais frequentes enquanto sofrimentos psíquicos são: crises depressivas com risco de suicídio ou não, agitação psicomotoras, crises psicóticas acompanhada de delírios ou alucinações, crise decorrentes por intoxicação de álcool ou outras drogas entre outras.

Concordamos com Steriam (2001) ao referir que a crise psiquiátrica caracteriza-se como um momento da vida em que o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação não somente da vida psíquica e social do sujeito, mas também na sua família.Sendo assim o serviço de emergência torna-se

um espaço, para que os profissionais possam compreender e dar outro sentido à crise.

Eis então, um grande desafio para todos que trabalham na área de saúde mental: saber lidar com a loucura. Pois, podemos internar alguém durante algum tempo, sem, no entanto “internar” o seu sofrimento psíquico. O diferencial encontra-se na acolhida, na escuta e no entendimento da singularidade e subjetividade dos sujeitos.

4. ENTRELAÇAMENTO: SITUAÇÃO SOCIAL DE RUA E SAÚDE

O processo relativo à saúde e à doença entrecruza variáveis de ordens diferentes de realidade: a ordem biológica e a ordem social ao contrario dos radicais defensores do modelo biomédico- aquele que entende a doença como simples resultado de manifestações de origem biológica -, entendemos que a percepção da doença e a leitura da diversidade de sistema de sua manifestação a diagnóstico são elementos que fundem dimensões sociais, psicológicas e comportamentais.

Na medida em que noções de saúde e de doença não são simples produtos individuais, mas estão configuradas por rede de significados culturais. Assim, o debate sobre a relação entre saúde e doença permite iluminar certas nuances a cerca dos processos sociais que recortam a vida de uma população ou de determinados grupos sociais.

Conforme Magni (2006) é relevante discutir o modo de inserção social da população em situação de rua, assim como a forma de auto-percepção destes quanto aos processos de adoecimento e vulnerabilidade que perpassam a suas vidas cotidianas.

A saúde é a existência de um digno nível de vida e o desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade e pertencimento coletivo, dado através de políticas sociais e econômicas. Dessa forma, a saúde não é pertinente somente a um saber constituído como especializado em doença - a medicina – mas ao conjunto de novas relações sociais e políticas. A resolução dos problemas de saúde, portanto, vai muito além da formação de uma sociedade “medicalizada”. De outro lado, o processo do adoecimento não pode ser entendido, simplesmente, como um percurso linear, que objetivamente corresponde um conjunto de sintomas com a produção de um diagnóstico. Isso seria esquecer a construção social da doença, constituição que se realiza no interjogo entre agentes e as condições de existência e conjunto de seus relacionamentos sociais.

Tratou-se aqui de abordar as percepções a cerca de perturbações físico-morais existentes que em nossa cultura, convenciamos chamar de

“doença”, por influencia do modelo biomédico uma das questões mais completas em que se refere à percepção de doença e/ou problemas de saúde.

Assim, reportando-nos a pesquisa sobre os adultos em situação de rua, referida anteriormente, a cerca da presença de um conjunto problemas e/ou doenças. Aparecem como mais citados: “dependência química/álcool”, as doenças/problemas “nos dentes” e “doença mental/ psiquiátrica/ psicológica/ depressão/ dos nervos/da cabeça”. Sendo que esta última categoria deve ser analisada com certa ressalva, visto pela imprecisão objetiva da doença por falta de diagnóstico médico e dificuldade de acesso a atendimento especializado. (DICKEL; GEHLEN; MAGNI; SCHUCH, 2008)

Os dados trazidos a cerca da pesquisa, conforme as autoras correspondem a expressões relevantes de sofrimento das pessoas nesta situação social, levantando elementos importantes para se entender a dimensão subjetiva da construção de um problema/doença particular, constituído na totalidade de suas experiências sociais.

Assim, podemos tentar relacionar um estilo de vida complexo e, muitas vezes, marcado por instabilidade, vulnerabilidade e provisoriedade, com a percepção de perturbações psíquica, psicológicas, emocionais e/ou morais, as quais desafiam uma noção de saúde com pleno desenvolvimento dos indivíduos e de seu bem-estar.

Dessa forma, o sofrimento psíquico, as possíveis queixas de depressão, ansiedade, angústia, ataques e agitação e o amplo leque de possibilidades de exploração dessas percepções de sofrimento devem ser relacionados às limitações sócio-estruturais do contexto de vida destas pessoas. Isto porque não é possível esquecer que esse tipo de sofrimento, o qual articula sensações diversas singularizadas na percepção de “problemas na cabeça”, “dos nervos”, “psicológicos” ou “psíquicos”, são vias de expressão culturalmente aceitas das preocupações diárias e sofrimentos cotidianos, corporificado à adversidade.

A relação entre a situação social de sujeitos de rua no entrelaçamento com a saúde nos remete a questionar o quanto à política para o atendimento desta parcela da população responde às suas necessidades. Ao mesmo

tempo em que vivenciamos novos paradigmas enquanto saúde mental, quais seriam os limites que encontramos neste contexto de mudanças e quais as possibilidades que vislumbramos a cerca da efetivação de direitos preconizados a partir da Reforma Psiquiátrica, partindo de nossas vivências enquanto trabalhador e acadêmico na área de saúde mental.

5. LIMITES E POSSIBILIDADES EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

Em uma primeira análise, é possível identificar, processos que seguem na direção a ser avançada na direção principal da reforma psiquiátrica: a desinstitucionalização em sua essência: como forma de romper com o estigma de paciente de hospital psiquiátrico e manter os vínculos familiares, mesmo que em situação de crise.

Quanto ao exposto não nos referimos à rejeição por internações, porém consideramos que quando imprescindíveis estas possam ser preferencialmente em hospital geral, devido a visibilidade diferenciada de uma internação em unidade psiquiátrica, bem como o suporte técnico especializado, ou seja, a disponibilidade de atenção nas diversas especialidades médicas, a oferta de exames e equipamentos de alta complexidade caso seja necessário e um serviço mais qualificado.

Temos evidenciado diariamente no serviço de emergência, que é o ingresso das internações, via central de regulação de leitos, através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) que há liberações quase exclusivamente de leitos em hospital psiquiátrico se compararmos com a disponibilidade de leitos em hospital geral. Ainda há poucos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais da rede da cidade ou sua distribuição segue critérios diferenciados, o fato é que as vagas que surgem (não diariamente) são destinadas a pacientes com alguma comorbidade ou com situações de saúde mais complexa. Com muitas dificuldades quando não é possível esperar o paciente é transferido para uma internação clínica.

Consideramos que neste caso de escassez de leitos em hospital geral nos remete a considerar que os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade da atenção reconhecendo que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma sociedade; e que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser fragmentadas;sendo que as unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, devem configurar um sistema capaz de prestar assistência

integral. Parece-nos que na prática a integralidade na atenção dos serviços aos usuários fica comprometida.

A condução do processo de mudança do modelo assistencial de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada na construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário ainda precisa ser efetivada de forma mais intencional e fiscalizada pelos órgãos de controle social competente.

Outra questão que gostaríamos de mencionar ainda sobre as internações psiquiátricas quanto aos critérios implícitos para obtenção de leitos hospitalares a exemplo: o hospital “x” não aceita pacientes com comorbidades clínicas além das questões psiquiátricas; o hospital “y” que é geral não aceita paciente sem estar acompanhado por um familiar; o hospital “z” não aceita paciente com mais de 65 anos. O hospital “w” que tem uma unidade para tratamento de dependência química não aceita pacientes com sofrimento psíquico (depressão, psicose, e outras).

Estes procedimentos passam quase despercebidos pelo órgão gestor e executor da política de saúde do município, pois não são evidenciadas ações que possam romper com estes critérios instituídos pelos hospitais. Tal situação dificulta a dinâmica e o fluxo do serviço de emergência, mas principalmente pode trazer sérios prejuízos ao cidadão que necessita de atendimento.

Como ficam atendidos os sujeitos que necessitam de internação hospitalar frente a estas exigências? Como podemos fazer valer os princípios de: universalidade, equidade e integralidade? Estes são alguns dos questionamentos e ao mesmo tempo entraves que encontramos no espaço institucional de uma emergência em saúde mental.

O princípio de controle social do SUS merece destaque nesta questão, na medida em que impulsiona o protagonismo e autonomia dos usuários, familiares e trabalhadores dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo de saúde coletiva. Assim, os conselhos e as conferências de saúde desempenham papel fundamental na conformação dos SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento de recursos e efetivação de direitos. Eis que

enquanto trabalhadores temos que participar ativamente em encontros desta esfera a fim de continuar lutando e sinalizando para situações a serem modificadas.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátricos é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental.

Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições associações cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS definiu-se assim como de base comunitária. É, portanto fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

Somente uma organização em rede e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoa secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. E articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania as pessoas com transtornos mentais. Para a organização dessa rede, a noção de território é especialmente orientadora.

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõe soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É idéia do território, como organizador da rede de atenção em saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos

A rede é composta pelas instancias de cuidados básicos (PSF/UBS), a rede de ambulatórios o atendimento terciário (hospitais gerais) os lares abrigados, os residenciais terapêuticos e os diferentes tipos de CAPS.

Quando iniciou o funcionamento da emergência em saúde mental tivemos que buscar nos inserir na rede que já existia na cidade, isto demandou realizar visitas institucionais, fazer contatos telefônicos, abrir o serviço para a rede poder conhecer, fazer combinações com os profissionais da saúde, das áreas da assistência social, da comunidade, do judiciário, em dos serviços que fossem necessários acessar para dar visibilidade ao serviço que estava começando e para estabelecer parcerias e trocas.

Hoje podemos avaliar o quanto foi relevante todo o empenho realizado, muito conseguimos para viabilizar algumas ações e para melhor atender os usuários do serviço, consideramos que não outra forma de trabalhar na saúde sem estar integrado ao território.

A rede é composta pelas instancias de cuidados básicos (PSF/UBS), a rede de ambulatórios o atendimento terciário (hospitais gerais) os lares abrigados, os residenciais terapêuticos e os diferentes tipos de CAPS.

Os CAPS tem a função de prestar atendimento em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e deve dar suporte à atenção à saúde mental da rede básica. Os CAPS são, portanto, os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Os CAPS devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabendo a estes o acolhimento e a atenção as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad. Iremos especificar abaixo somente os que compõem a rede da cidade de Porto Alegre.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, sua capacidade para acompanhamento é de cerca de 360 pessoas por mês, funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são serviços de maior porte da rede, previstos para dar cobertura para os municípios com mais de 200.000 habitantes. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e inclusive em feriados. Estes serviços realizam internações de curta duração, tendo capacidade para acompanhar cerca de 450 pessoas por mês.

Consideramos que o serviço de emergência em saúde mental que nos referimos para as análises realizadas tem características comuns a CAPS III, porém com algumas diferenças, na rede nem no momento de sua implantação esta nomenclatura não fica explícita nem publicizada.

Os CAPSi são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionam nos cinco dias úteis da semana, sua capacidade de acompanhamento é de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. Este tipo de serviço no território ainda está muito carente, por haver regiões em que não foram ainda implantados.

Os CAPSad são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, funcionam durante os cinco dias úteis da semana e tem capacidade de acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. Temos urgência da abertura de no mínimo de mais três CAPSad na cidade devido à grande procura por estes equipamentos e da falta de cobertura em algumas regiões.

De fato a constatação de que o uso de substâncias psicoativas tomou-se um grave problema de saúde pública no país, encontrando ressonância nos

diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam.

A busca por tratamento para dependência química tem uma significativa demanda no serviço de emergência, sendo o crack e o álcool as substâncias mais usadas pelos sujeitos. Uma pesquisa recente divulgada em uma reportagem revela que 39% dos jovens e adolescentes em situação de rua na capital usam o crack por mais de 20 dias no mês.(Jornal Zero Hora, abril/2010)

Podemos indicar, também, pelo menos no contexto de Porto Alegre, o baixo índice de pessoas que são atendidas em serviços substitutivos como os CAPS, devido ao número insuficiente de unidades para atender à crescente demanda, ao tempo excessivo de sua utilização pelos usuários, ao insuficiente registro de altas e frágil articulação entre esses serviços e a rede de atenção básica.

A autora Dimenstein (2000) sinaliza que os desafios a serem enfrentado dizem respeito à dinâmica das instituições de saúde à qual os trabalhadores estão vinculados. Além desses pontos, que podem ser identificados no contexto nacional, assinalamos ao investimento insuficiente e inadequado do SUS para os serviços substitutivos; o aumento considerável da demanda em saúde mental (egresso de hospitais psiquiátricos, uso constante e inadequado de benzodiazepínicos, álcool e outras drogas) e a diminuição, ainda tímida, dos gastos com internação psiquiátrica (o que reflete a política ideológica dos hospitais).

Isso implica a produção de um tipo de atenção à saúde mental pouco diversificada na rede, que se torna ineficiente na produção de saúde no meio social do indivíduo. Assim, esse modelo torna-se paradoxal àquele de assistência à saúde proposto pela reforma psiquiátrica e a seus aspectos fundamentais: a desconstrução de saberes e de práticas restritos à mera desospitalização e a produção de cuidados em núcleos de bases comunitárias, na concretude cotidiana dos espaços onde circula a loucura.

É preciso, dessa maneira, avançar os processos de expansão e de articulação da atenção na rede básica e substitutiva e fortalecer o lugar dos CAPS como, por exemplo, organizador da rede de cuidados em saúde mental, tal como idealizado pelo Ministério da Saúde na forma de dispositivo transitório que

funcione, preferencialmente, na interface com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existente e promovendo a discussão da cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio. (MERHY, 2004; MERHY et al, 2002).

A cronicidade produzida pela inexistência ou pela fragilidade de uma efetiva “rede” de atenção em saúde e, em especial, em saúde mental, que se verifica na existência desorganizada de varias portas de entrada e a falta de portas de saída, de modo que a rede não se faz, pois, características essenciais como a centralidade, a conectividade e a produção permanente não se operam.

Esses questionamentos também se aplicam em relação ao mais novo dispositivo da reforma psiquiátrica brasileira: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Esses serviços, em linhas gerais, são propostos com modalidade de cuidado que oferece às pessoas com histórias de longa internação em hospital psiquiátrico e que permaneciam internadas, devido a perda de vínculos familiares e sociais, a possibilidade de construir uma vida na cidade, de habitar numa casa como outra qualquer, que circule livremente acompanhado ambulatorial pelos Centros de Atenção Psicossocial.

Ao nos reportarmos as nossas vivências na área de saúde mental e retomando a temática sobre os sujeitos em situação de rua, encontramos muitas dificuldades de inserir no território os pacientes que estavam de alta da emergência, pois inicialmente precisariam de cuidados e atenção por sua falta de autonomia e fragilidade de saúde.

Percebemos que no momento, não há integração na rede que possa dar suporte para este tipo de situação, há uma lacuna invisível, sugerimos que a rede das políticas públicas deveriam se envolver de forma intersetorial, para que a rede de atenção em saúde mental realmente funcionasse de forma articulada e eficaz, contemplando a necessidade dos sujeitos.

Sendo que há uma carência de Abrigos que recebam estes sujeitos, no que se refere à assistência, e de residenciais terapêuticos no diz respeito a atendimento na área da saúde. Hoje a cidade de Porto Alegre conta somente com um residencial neste modelo, a “Pensão Protegida Vida Nova”. Pelo número de

habitantes da cidade e pela demanda existente, o ideal seria a instauração de pelo menos um residencial terapêutico em cada região distrital e com um CAPS de referência ou Equipe de Saúde Mental para o atendimento dos pacientes.

A implementação e o financiamento de Serviços Residências Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidade de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátrico ou “ não”.

Entre as possibilidades de enfrentamento da situação problematizada anteriormente estaria à desconstrução de formas comuns e hegemônicas de habitar a cidade, de modos de morar e de formas de cuidar e de “clínica”, considerando as imprevisibilidades que o encontro da loucura, em sua estranheza e em suas formas institucionalizadas com a cidade, coloca para esses moradores e cuidadores. Supomos que tais encontros com a cidade seriam potentes para a desconstrução da lógica manicomial, a partir da diversidade de formas de vida que nela se desenvolvem, cotidianamente nos espaços de sociabilidade, solidariedade e convívio com a diferença, que colocam em questão as forças homogeneizantes e aprisionadoras das subjetividades contemporâneas.

Assim, o encontro com a cidade e com a vida cotidiana no espaço além dos muros manicomiais, em sentido restrito, exigira o desenvolvimento de novas práticas de saúde. Tais práticas também devem ser direcionadas para além das intervenções dos cuidadores, constituindo-se em estratégias que esses moradores construíram no encontro com a cidade, em seus diferentes espaços e sociabilidade e nas formas de cuidado e de vida que ela pode oferecer.

Um dos aspectos importantes dentro desse processo de reorientação da atenção em saúde mental diz respeito à capacitação dos Acompanhantes Terapêuticos (AT) para que possam dar suporte às diversas equipes espalhadas na rede de saúde. A presença dos AT é um dispositivo fundamental no processo de reforma psiquiátrica e de inserção nos portadores de transtornos mentais na vida

extra manicomial. É uma modalidade de atenção que utiliza o espaço público e a cidade como locais para processar sua ação na medida em que visa à circulação do usuário na cotidianidade ao investir em estratégias de enlace social. Tal modalidade de atenção não é restrita a um grupo específico de técnicos, mais pode ser exercida por diferentes pessoas, após treinamento adequado, pode exercer a função de acompanhantes terapêuticos.

O dispositivo do AT se insere além do espaço estrito dos estabelecimentos de saúde, ao realizar uma “clínica sem muros” na qual a intervenção terapêutica se configura na inclusão no espaço urbano. Em outras palavras, é interessante investir no dispositivo do AT, seja em sua potência clínica de intervenção com usuários, familiares e rede sociais, seja em sua potência analisadora do próprio movimento de reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, consideramos imprescindível identificar e capacitar equipes de AT e estabelecer uma central que possa dar suporte aos diferentes serviços sejam de atenção básica, serviço especializado, bem como as equipes de atenção básica.

Com base nos dizeres de Dimenstein(2000), insistimos na questão de que é preciso investir na construção de uma rede integrada de atenção à saúde, no reordenamento dos serviços de atenção especializados, para que estejam voltados para a produção e para a identificação de uma rede de lugares de acolhimento no território, no incremento das residências terapêuticas (pois são os equipamentos que tem mais potencial de desconstruir a lógica manicomial).

É também necessário investir maciçamente na capacitação dos trabalhadores de atenção básica e dos acompanhantes terapêuticos que possam dar suporte aos diferentes serviços, assim como construir equipes de saúde mental de referência (apoio matricial) para atenção básica e implementar a supervisão da política de saúde mental, escapando dos velhos modelos clínicos presentes no mundo “psi”. Todas essas ações podem repercutir clara e diretamente na reinserção dos usuários de serviço de saúde mental.

Ancoramo-nos em Santos (2001) para pensar a reforma psiquiátrica como movimento social mais amplo onde “as formas de opressão e de exclusão

contra as quais lutamos não podem ser abolidas com a mera concessão de direitos, como é típico da cidadania, mais exigem uma reconversão global dos processos de socialização”. Ou seja, trata-se de um processo de desinstitucionalização do social, do nosso apego às formas de vida institucionalizadas, em que é preciso produzir “um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão”, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação. Ou seja, é fazer a revolução do dia-a-dia dentro e fora dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que encarar as pessoas em situação de rua como partes da população da cidade, respeitando sua diversidade promovendo a escuta e o olhar diferenciado, eis que temos como desafio, para quem atua na área de saúde, em especial à saúde mental coletiva.

Entender que mesmo estando em situação de rua, estes sujeitos podem ser diferenciados na aparência, mas não no pertencimento à cidade. Assim abre possibilidades para romper com estigmas e rótulos que só fazem enraizar o preconceito. Acreditamos ser o primeiro passo para uma mudança de paradigmas frente estes sujeitos, principalmente para todos os trabalhadores da área da saúde mental.

A produção de conhecimento na área da saúde mental enriqueceu não somente nossa trajetória acadêmica e profissional, mas abre espaço para novas significações pessoais.

Ao analisar e questionar sobre nossa prática em saúde mental houve um investimento emocional que certamente mudará as formas de entender e perceber o sofrimento psíquico dos sujeitos que atendemos no cotidiano profissional.

Sendo que a nossa inserção na área de saúde mental, a participação no curso de especialização e a elaboração deste trabalho contribuíram para questionamentos e indagações a cerca dos desafios e exigências profissionais, a fim de conhecer a realidade e identificar possibilidades de ações transformadoras capazes de efetivar os direitos dos sujeitos envolvidos em nosso processo de trabalho.

Quando nos referimos à possibilidade de ações transformadoras, inferimos que para a efetivação das propostas da Reforma Psiquiátrica e principalmente no que tange as necessidades dos sujeitos em situação de rua, temos que avançar em novas práticas e políticas de saúde, tais como: implantação de Residenciais Terapêuticos no território da cidade, para sujeitos sem autonomia e

com sofrimento psíquico que perderam seus vínculos familiares; investimento em dispositivos de Acompanhamento Terapêutico para uma Clínica da Rua e a integração, articulação e a ampliação da rede de serviços públicos; constituição de redes de apoio de suporte técnico e social; desconstrução das formas comuns hegemônicas de habitar a cidade, dos modos de morar e de cuidados em saúde mental coletiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ARENDET, H. A. Condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

ARIES, P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

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

COSTA, J. C. Cinema e morador de rua: buscando estratégias de resistência. Porto Alegre, Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional, 2006.

DONZELOT, J. A polícia das famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FERRAZ, F. C. Andarilhos da imaginação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FOUCAULT, M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva, 1993.

GEHLEN, I; SILVA, M. B; SANTOS, S. R (org) Cadastro e estudos do mundo da população adulta de rua de Porto Alegre/ RS. In Diversidade e proteção social: estudos quanti-qualitativos das populações de Porto Alegre: afro-brasileiras; crianças adolescentes e adultos em situação de rua;coletivos indígenas; remanescentes de quilombos. Porto Alegre: Centhury, 2008.

KASPER, C. P. Habitar a rua. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Campinas , UNICAMP, 2006.

PECHMAN, R. M. Cidades estrangeiras vigiadas: o detetive e o urbanista. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2002.

PEREIRA, P. A. A assistência social na perspectiva dos direitos- crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesanyrus, 2007.

SANTOS, J. V. Ruas desperdiçadas e iluminadas. In: A rua invisível. Porto Alegre, EU/Secretaria Municipal da Cultura, 1993.

SCHUCH, P. Direitos e sensibilidade: uma etnografia das práticas de justiça da infância e da juventude. In:Antropologia e direitos humanos. Florianópolis: Nova Letra, 2007.

SPOSATI, A. (org) A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise. São Paulo: Cortez, 1999.

STERIAN, A. Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VENANCIO, J. (org) Texto de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.