

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

FERNANDA PIMENTEL SANTOS

PARA ALÉM DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: O ADOECIMENTO PSÍQUICO
DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE PONTA
GROSSA - PARANÁ

PONTA GROSSA
2018

FERNANDA PIMENTEL SANTOS

**PARA ALÉM DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: O ADOECIMENTO PSÍQUICO
DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE PONTA
GROSSA - PARANÁ**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, área de concentração Cidadania e Políticas Públicas, linha de pesquisa História, Cultura e Cidadania.

Orientadora: Professora Doutora Edina Schimanski.

PONTA GROSSA

2018

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

Santos, Fernanda Pimentel
S237 Para além da reforma psiquiátrica: o
 adoecimento psíquico das pessoas em
 situação de rua no Município de Ponta
 Grossa - Paraná/ Fernanda Pimentel Santos.
 Ponta Grossa, 2018.
 196f.

 Dissertação (Mestrado em Ciências
 Sociais Aplicadas - Área de Concentração:
 Cidadania e Políticas Públicas),
 Universidade Estadual de Ponta Grossa.
 Orientadora: Prof^a Dr^a Edina
 Schimanski.

 1.Reforma Psiquiátrica Brasileira.
 2.População em situação de rua. 3.Condição
 de pobreza. I.Schimanski, Edina. II.
 Universidade Estadual de Ponta Grossa.
 Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas.
 III. T.

CDD: 362.2

TERMO DE APROVAÇÃO

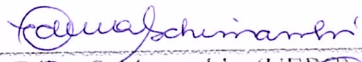
Fernanda Pimentel Santos

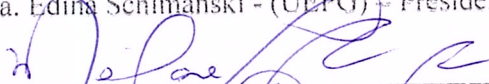
PARA ALÉM DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: O ADOECIMENTO PSÍQUICO
DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE PONTA
GROSSA – PARANÁ

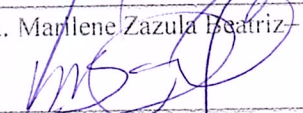
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas,
Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta
Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 09 de abril de 2018.

Assinatura pelos Membros da Banca:


Dra. Edina Schimanski - (UEPG) – Presidente


Dra. Marlene Zazula Beatriz – (UTFPR)


Dra. Márcia Helena Baldañi Pinto – (UEPG)

Dr. Cristina Ide Fujinaga – (UNICENTRO) – Suplente Externo

Dr. José Augusto Leandro – (UEPG) – Suplente Interno

***Dedico este trabalho a todas as pessoas que acreditam em
uma sociedade mais justa, com menos índices de pobreza,
em que se possa a partir da solidariedade, tornarmos
compassíveis com o sofrimento do outro.***

Agradecimentos

A minha trajetória acadêmica esteve amarrada a pesquisas e a trabalhos voluntários, para além da sala de aula, tendo a oportunidade de conhecer pessoas muito especiais que colaboraram em minha trajetória com pesquisas. Pessoas que me ajudaram a trilhar meu próprio desejo, colaborando com o meu desenvolvimento acadêmico, pessoal e social. Hoje quero agradecer imensamente a essas pessoas:

Agradeço a minha religiosidade, que me ampara nos momentos difíceis e nos desafios; Agradeço ao meu **amado esposo**, que durante toda a minha trajetória de estudos me apoiou de forma emocional, social e logística (rsrs); Agradeço aos meus **pais, irmãos e demais familiares**, pelo constante incentivo para buscar meus sonhos; Agradeço aos **amigos** que tenho, e aos amigos que fiz durante esse tempo de estudo.

Agradeço aos **docentes do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas** pelo conhecimento transmitido, que esteve sempre para além do saber teórico. Agradeço a minha orientadora **Dra. Edina Schimanski** por toda a experiência e conhecimento partilhado, pela paciência com a minha constante ansiedade, apreendi para além da dissertação com a Sra; Agradeço a professora **Dra. Lenir Aparecida Mainardes da Silva** por todas as oportunidades me concedidas durante a trajetória da pós-graduação, por todo conhecimento transmitido, nosso laço de amizade esta para além do programa; Agradeço a professora **Dra. Marilene Zazula Beatriz** que me acompanha desde a graduação, de forma indireta pelos seus escritos, e neste momento como membra da banca de avaliação; Agradeço a professora **Dra. Márcia Helena Baldani Pinto**, por todas as contribuições durante a banca de qualificação.

De forma muito especial agradeço a **todas as instituições pesquisadas**. Agradeço a disponibilidade me concedida para realizar a pesquisa, a oportunidade de conhecer os trabalhos desenvolvidos em cada instituição, o carinho ao me conferirem os dados documentais e as entrevistas.

O trabalho realizado nas instituições estudadas esta para além das políticas regulamentadas no Brasil, esta para além do fenômeno de rua, da

reforma psiquiátrica, da invisibilidade. Expressa o pensamento de Sawaia (2011, p. 115), ao se apropriar dos escritos de Espinosa: **“A ética só aparece no homem quando ele percebe que o que maior bem faz para o seu ser é um outro ser humano”**.

***“É necessário se espantar, se indignar e se
contagiar, só assim é possível mudar a
realidade”***

(Nise da Silveira)

RESUMO

A loucura foi compreendida como um objeto a ser tratado pela repressão, destinada não apenas ao louco, mas as pessoas em condições de vulnerabilidade socioeconômica, por vezes em situação de rua, utilizando-se da exclusão social para higienizar a sociedade. O andarilho, o mendigo, o excluído historicamente pela condição de extrema pobreza, partilha da segregação realizada pela saúde mental durante os anos em que foram reprimidos pelo tratamento asilar vitalício. No Brasil, após uma extensa história desigual, marcada pela exclusão social de uma parcela da população em condição de pobreza e adoecida psiquicamente, foram legisladas políticas de reintegração social. Entretanto, o louco e o pobre ainda vivenciam a exclusão social, que não ocorre mais pelo enclausuramento em instituições asilares de forma vitalícia. Mas, é reafirmada pela marginalidade do louco e do pobre. A invisibilidade que as pessoas adoecidas psiquicamente e em situação de vulnerabilidade socioeconômica vivenciam na atualidade, ocorre de forma histórica. O que contrapõem o acesso aos direitos como cidadãos, resultando na exclusão social de uma parcela da população adoecida e em condição de pobreza, mantendo-os as margens da sociedade. Diante de tal cenário social, a presente dissertação analisa a partir do discurso institucional, a relação tríade entre o agravamento do adoecimento psíquico, a condição de pobreza, e a situação de rua de pessoas que são atendidas pelas instituições governamentais e não governamentais no município de Ponta Grossa/PR. Para atingir o objetivo deste estudo, foram utilizados de procedimentos metodológicos com abordagem qualitativa, iniciando-se a partir da pesquisa bibliográfica. Na sequência de observações assistemáticas, de pesquisa documental e de entrevistas semiestruturadas com gestores de sete instituições, que são: *Centro de Referência Especializado de Assistência Social para população em situação de rua (CREAS POP)*, *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)*, *Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)*, *Casa da Acolhida*, *Ministério Melhor Viver* e os hospitais *Pronto Socorro Municipal de Ponta Grossa*, *Centro Integrado de Saúde São Camilo*. Os dados coletados foram analisados e categorizados a partir do método análise de conteúdo. Os resultados obtidos evidenciam uma realidade que ainda utiliza-se da exclusão social de uma parcela da população, em condições vulneráveis, para efetivar a higienização social. O discurso de minorias preenche a realidade excludente das pessoas em situação de rua, por vezes adoecidas psiquicamente, que não mais são enclausuradas nos antigos manicômios, mas tornam-se invisíveis a sociedade capitalista. Diante de tal realidade, se torna evidente que as minorias ainda são minorias, com políticas públicas latentes, submetidas à pobreza, ao adoecimento psíquico, por vezes a situação de rua agravando-se a cada movimento, a cada ação higienista da sociedade como um todo.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica Brasileira, População em Situação de Rua, Condição de Pobreza.

ABSTRACT

The madness was understood as an object to be treated by repression, aimed not only the crazy, but people in socio-economic vulnerability conditions, sometimes in a street situation, using social exclusion to sanitize society. The homeless, the beggar, the historically excluded by the condition of extreme poverty sharing the segregation fulfilled through the mental health during the years in which they were repressed for asylum lifelong treatment. In Brazil, after an extensive unequal history, marked by the social exclusion of a portion of the population in poverty and psychically sick, social reintegration policies were legislated. However, the crazy and the poor still experience social exclusion, which no longer occurs by enclosing more in asylum institutions lifelong. But it is reaffirmed by the marginality of the madman and the poor. The invisibility that are people psychically sick and in socio-economic vulnerability conditions, are currently experiencing, occurs in a historical form. What opposes access to rights as citizens, resulting in the social exclusion of a portion of the population sick and in poverty condition, keeping the margin of society. Against of such social scenario, this dissertation analyzes from the institutional discouse the relationship triad between the aggravation of psychic illness, the poverty condition, and the street situation of people who are attended by governmental and non-governmental institutions in the city of Ponta Grossa/PR. To reach the objective this study, were used of methodological procedures with a qualitative approach, starting from the bibliographic research, in sequence unsystematic observations, documentary research and semi-structured interviews with managers of seven institutions, which are: Center of Specialized Reference of Social Assistance for population in situation of street (CSRS SS), Psychosocial Attention Center (PAC II), Center for Psychosocial Care of Alcohol and Drugs (PAC AD), Home gives welcome, Ministry to live Best, and hospitals Emergency Room Municipal the Ponta Grossa, Integrated Center of health São Camilo. The results obtained evidenced a reality that still is used of the social exclusion of a part of the population, in vulnerable conditions, to carry out the social hygiene. The discourse of minorities fills the exclusionary reality of street people, sometimes psychically sick, who are no longer cloistered in the old asylums, but if they make society invisible. Faced the such reality, it becomes evident that minorities are still minorities, with latent public policies, subjected to poverty, to psychic illness, sometimes the street situation aggravated by every movement, every hygienist action of society as a whole.

Key words: Brazilian Psychiatric Reform, Population in Street Situation, Condition of Poverty.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Condições para internação compulsória - Lei n. 10.216.

FIGURA 2 – Fluxograma da internação - Lei n. 10.216.

FIGURA 3 – Quem vive nas ruas do Brasil? – Pesquisa Nacional (2005-2009).

FIGURA 4 – A cidade é de todos! – Cartilha: “Conhecer para Lutar”.

FIGURA 5 – Sede do Antigo Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha – Ponta Grossa/PR.

FIGURA 6 – Atual Sede do Hospital Sociedade Beneficente São Camilo – Ponta Grossa/PR.

FIGURA 7 – Rede de Atenção a Saúde Mental na concepção do Ministério da Saúde.

FIGURA 8 – Organização da Rede de Assistência em Saúde Mental a partir do SUS.

FIGURA 9 – Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, Paraná.

FIGURA 10 – Centro de Atenção Psicossocial Transtorno Mental – CAPS TM – Ponta Grossa/PR.

FIGURA 11 – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD – Ponta Grossa/PR.

FIGURA 12 – Hospital Municipal Amadeu Puppi – Pronto Socorro – Ponta Grossa/PR.

FIGURA 13 – Configuração da Proteção Social no Território – Fluxograma CRAS/CREAS.

FIGURA 14 – Proteção Social Especial – Fluxograma CREAS.

FIGURA 15 – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CREAS POP) – Ponta Grossa/PR.

FIGURA 16 – Ministério Melhor Viver – Ponta Grossa/PR.

FIGURA 17 – Casa da Acolhida – Ponta Grossa/PR.

FIGURA 18 – Determinantes Sociais que influenciam no desenvolvimento de transtornos mentais.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Entrevistados que assumem cargos de gestão nas instituições pesquisas e respectivamente seu tempo de experiência/trabalho – Ponta Grossa/PR.

QUADRO 2 – Rede de Saúde Mental em Ponta Grossa/PR.

QUADRO 3 – Centro de Atenção Psicossocial.

QUADRO 4 – Competências do Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua – São Paulo/SP.

QUADRO 5 – Programa de Metas 2013-2016 e população em situação de rua – São Paulo/SP.

.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Atendimentos realizados pelo CAPS AD no ano de 2016 até o 1º trimestre do ano de 2017 – Ponta Grossa/PR.

GRÁFICO 2 – Atendimentos realizados pelo CAPS TM – organizado por regiões – Ponta Grossa/PR.

GRÁFICO 3 – Atendimentos realizados pelo CREAS POP no ano de 2016 até o 1º trimestre do ano de 2017 – Ponta Grossa/PR.

GRÁFICO 4 – Atendimentos realizados pela Casa da Acolhida Viver no ano de 2016 até o 1º trimestre do ano de 2017 – Ponta Grossa/PR.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Principais características do modelo psiquiátrico e da atenção psicossocial.

TABELA 2 – Atendimentos ofertados pela instituição Ministério Melhor Viver, no ano de 2016 até o 1º trimestre do ano de 2017 – Ponta Grossa/PR.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Álcool e Droga.
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Transtorno Mental.
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial Transtorno Mental.
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas.
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil.
CEDEM	Centro de Documentação e Memória.
CIPMP SR-SP	Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua.
CCS	Centro Cultural da Saúde.
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social.
CREAS POP	Centro de Referência Especializado de Assistência Social para população em situação de rua.
CNAS	Conselho Nacional de Assistência.
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisa Econômicas.
HPFR	Hospital Municipal Psiquiátrico Franco da Rocha.
HSC	Hospital São Camilo Sociedade Beneficente São Camilo.
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PSM	Pronto Socorro Municipal de Ponta Grossa.
PSR	População em situação de rua.
PR	Paraná.
SDTE	Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo.
SEME	Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação.
SES	Secretaria Municipal de Serviços.
SEHAB	Secretaria Municipal de Habitação.
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social.
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social.
SMC	Secretaria Municipal de Cultura.
SMCSP	Secretaria Municipal de Cidadania e Segurança Pública.

SMDHC	Secretaria Municipal de Coordenação de Subprefeituras.
SME	Secretaria Municipal de Educação.
SMS	Secretaria Municipal da Saúde.
SMSU	Secretaria Municipal de Segurança Urbana.
SP	São Paulo.
SUS	Sistema de Saúde Pública.
SRT	Serviço Residencial Terapêutico.
TM	Transtorno Mental.
UNESP	Universidade Estadual Paulista.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	17
1 SAÚDE MENTAL, SITUAÇÃO DE RUA E CONDIÇÃO DE POBREZA	33
1.1 O Fenômeno Rua na sociedade desigual	34
1.2 A Saúde Mental e a Pobreza expressa nas ruas	44
1.3 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Uma história de desigualdades	61
2 A POLÍTICA NACIONAL A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Reflexões e Debates que estão acerca da origem desta política.....	71
2.1 “MINORIAS”: A Invisibilidade partir do discurso	79
2.1.1 Invisibilidade e o Discurso Institucional	80
2.1.2 Eugenia e Higienização: a esterilização do meio como recurso à pobreza	84
3 A LOUCURA EM PONTA GROSSA/PR: Um discurso para além das instituições.....	92
3.1 Do Manicômio ao Centro de Atenção Psicossocial	98
3.2 Instituições assistenciais: o amparo das ruas de Ponta Grossa/PR.....	113
4 PARA ALÉM DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: Saúde Mental, Pobreza e Situação de Rua.....	124
4.1 PSR no município de Ponta Grossa/PR.....	126
4.2 A dependência química e o adoecimento psíquico na ordem do dia das instituições.....	134
4.3 Fenômeno de Rua: A Invisibilidade denunciada a partir do discurso institucional.....	142
4.3.1 O Discurso Institucional e a PSR: Um Estado que negligencia.....	150
4.4 PSR, Dependência Química e Educação: Uma possibilidade de mudança, de Reinserção Social	157
4.5 Recomendações ao município de Ponta Grossa/PR	163
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	170
REFERÊNCIAS.....	175
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	184
APÊNDICE B – CESSÃO GRATUÍTA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL E COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE	

.....	186
APÊNDICE C – CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS PARA USO DE IMAGENS	
.....	188
APÊNDICE D - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	190
APÊNDICE F - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA - PLATAFORMA BRASIL	194

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O morador de rua [...] de 41 anos, teve cerca de 60% do corpo queimado na madrugada de quarta-feira (6), morreu na manhã desta sexta em Ponta Grossa (PR). [...] foi atacado enquanto dormia. Segundo testemunhas, três homens foram os responsáveis pelo crime. Eles jogaram álcool no corpo e em seguida, atearam fogo. (Folha de São Paulo, 08/10/2004¹).

“Um morador de rua de aproximadamente 40 anos, ainda não identificado, pode ser a primeira vítima do frio no ano na Grande Curitiba. Ele foi encontrado morto na Rodovia João Leopoldo Jacomel, próximo a um motel, no início da manhã desta quarta-feira (27). O investigador [...], da Delegacia de Pinhais, afirmou que a principal suspeita é de uma vítima de hipotermia. “Ele foi encontrado em um gramado, com pouca roupa e provavelmente foi à primeira morte do ano pelo frio”. Não há sinais de agressões na vítima”, descreveu. “Ainda segundo o investigador, as poucas roupas que o homem vestia estavam molhadas pelo frio”. (Rede, 27/04/2016²).

“Um morador de rua de 44 anos precisou de atendimento médico ao ser queimado na madrugada desta sexta-feira (11) em Irati, na região central do Paraná. De acordo com a Polícia Militar (PM), por volta das 5h, atearam fogo no corpo dele enquanto ele dormia no sofá de um barracão no bairro Nhapindazal”. (Campos Gerais e Sul – RPC 11/11/2016³).

“Um morador de rua de Ponta Grossa, na região dos Campos Gerais do Paraná, foi agredido por outros três andarilhos no Parque Ambiental, por volta das 18h de quarta-feira (5). Imagens mostram o homem deitado na calçada, sem reagir, enquanto é agredido com chutes, tapas e até com um pedaço de madeira. Um dos agressores chega a retirar o calçado da vítima e jogar na rua”. (Campos Gerais e Sul – RPC, 06/04/2017⁴).

“Um morador de rua de Telêmaco Borba teve parte do seu corpo queimado por vândalos. A tentativa de homicídio ocorreu na madrugada de domingo (16), por volta das 6h da manhã. A vítima sofreu ferimentos na região do abdômen e precisou ser encaminhado para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Outros dois moradores de rua, tiveram colchões e cobertores queimados” (Diário dos Campos, 17/04/2017⁵).

¹ Endereço de acesso: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u100508.shtml>>.

² Endereço de acesso: <<http://m.aredo.info/cotidiano/104961/frio-pode-ter-causado-morte-de-morador-de-rua-no-pr-27/04/2016-Rede>>.

³ Endereço de acesso: <<http://g1.globo.com/pr/campos-gerais-sul/noticia/2016/11/morador-de-rua-e-queimado-enquanto-dormia-em-irati-no-interior-do-parana.html>>.

⁴ Endereço de acesso: <<http://g1.globo.com/pr/campos-gerais-sul/noticia/morador-de-rua-e-agredido-no-parque-ambiental-em-ponta-grossa-video.ghtml>>.

⁵ Endereço de Acesso: <<http://www.diariodosc campos.com.br/policia/2017/04/vandalos-ateiam-fogo-em-morador-de-rua-de-telemaco/2355988/>>.

Um morador de rua morre, com suspeita de hipotermia. A vítima foi encontrada por outros moradores de rua, e quando o socorro chegou, ela já estava morta. A suspeita é de que a morte aconteceu por hipotermia. A vítima teve uma crise de convulsão cerca de 30 minutos antes de falecer. O corpo foi levado ao IML, que vai diagnosticar se a causa do falecimento foi mesmo uma hipotermia.
(Paraná no Ar - Cidade Alerta, 19/07/2017⁶).

O recorte das reportagens expostas que abrange a localidade de Ponta Grossa, municípios vizinhos e a cidade de Curitiba, capital do estado do Paraná, as quais em diferentes datas reportaram atos de violência endereçados às pessoas em situação de rua. Os textos editoriais informam que os moradores de rua são violentamente agredidos por vândalos, sem nenhuma interferência ou ação de prevenção a esses atos. Em determinada reportagem, um morador de rua em um dos parques mais movimentados da cidade de Ponta Grossa/PR sofre uma grave agressão física. Tal violência cessa quando outros dois moradores de rua interferem na agressão, separando-os. Outras reportagens, em diferentes épocas, se remetem ao ato cruel em que moradores de rua tiveram seus corpos queimados enquanto dormiam nas ruas. Ainda, manchetes em diferentes tempos, reportam mortes de moradores de rua por hipotermia, novamente sem nenhuma ação preventiva.

Nas reportagens, a violência que as pessoas em situação de rua vivenciam no cotidiano, demonstram os graves abusos direcionados a esta parcela da população vulnerável. Em nenhum dos casos retratados, houve qualquer interferência da segurança pública prevenindo tal violência. Ou ainda, nenhuma ação do Estado impedindo as mortes ocasionadas pelo frio, característico das regiões abarcadas pelas reportagens, expressando a invisibilidade em relação à população em situação de rua.

De uma forma geral, falar em população de rua implica em falar da pobreza. E o pobre, muitas vezes adoecido psiquicamente, exprime uma realidade excluída durante a história. Desse modo, o enlace da loucura com a pobreza, permeia uma narrativa abordada por Foucault (2014, entre outros) no

⁶ Endereço de Acesso: <<https://pr.ricmais.com.br/ric-noticias/videos/morador-de-rua-morre-apos-recusar-atendimento-da-fas/>>.

Ocidente, que foi reiterada na América Latina, envolvendo os loucos e os pobres, por vezes em situação de rua, contextualizada na sequência.

Foucault (2014) inicia a obra *a História da Loucura*, escrita em 1972, reorganizada em sua 10ª edição em 2014, apontando um modo de exclusão social. Exclusão que perpassa a história, pois de diferentes modos e por diversas justificativas, utilizou-se da reclusão para segregar uma parcela da população adoecida e/ou situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Foucault (2014) salienta que até o fim da Idade Média no Ocidente, a exclusão social estava direcionada aos leprosos, afirmando que “do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágoas renovadas de purificação e exclusão” (FOUCAULT, 2014, p.3). Foucault (2014) confirma que após a exclusão social dos leprosos, a sociedade burguesa direciona a exclusão aos loucos e pobres. Desse modo, o autor evidencia que a lepra ao desaparecer não traz alívio à sociedade, mas pelo contrário, traz um vazio que direciona a exclusão para outra parcela da população ocidental. Esta exclusão perdurou séculos de repressão, perpassando pela lepra, depois pelas doenças venéreas, até chegar à loucura, se estendendo aos pobres em situação de vulnerabilidade social.

Desse modo, a loucura em seu enlace com a pobreza, explicitada por Castel (1978) ao corroborar com Foucault (1972/2014), afirma que “os debates em que o louco era objeto, só colocaram em cena os responsáveis, encarregados de controlá-los” (p.16). O louco foi entendido pela sociedade burguesa, como aquele que demanda ser contido, utilizando de dispositivos punitivos e de opressão para disciplinar. Castel (1978) realça que a legitimação do enclausuramento dos loucos e pobres, marca o que o autor chama de “esboço de divisão” (p.19), entre as classes sociais. A repressão dos pobres pelos agentes executivos garantia o poder de controle da sociedade burguesa. Sobre isso, Foucault (2014) destaca que durante a Idade Média, perpassando pela Renascença, e posteriormente, a loucura foi entendida pela alienação e a maldade. O autor enfatiza que a “loucura e o crime não se excluem, mas não

se confundem num conceito indistinto” (p.137), ao ponto do local para se efetivar a exclusão conforme as circunstâncias determinem, apontava para a prisão ou para o hospital psiquiátrico.

Dessa forma, a loucura foi compreendida como um objeto a ser tratado pela repressão, destinada não apenas ao louco, mas, a aquele em condições vulneráveis em termos sociais e econômicos. Ao longo da história Ocidental, reiterada na América Latina, a exclusão social do louco e pobre esteve imersa a trajetória da saúde mental, tornando emergente a realidade das pessoas em sofrimento psíquico. Dentre esta parcela da população excluída, encontramos as pessoas com ou sem adoecimento psíquico, mas em condição de pobreza e por vezes em situação de rua. E como pontua Amarante (2007) “e não seria de se estranhar que um pobre e miserável não fosse também doente” (p.22), em decorrência das graves limitações que, por vezes, estas pessoas estão submetidas.

O andarilho, o mendigo, o excluído historicamente pela condição de extrema pobreza, partilha da segregação realizada pela saúde mental durante os anos em que foram reprimidos pelo tratamento asilar vitalício. Pois, conforme pontuam Foucault (2014) e Castel (1978), para a sociedade burguesa aquele que não dispunha de condições mínimas para a sua sobrevivência, não poderia ser responsável de si mesmo, devendo estar à mercê dos tratamentos centrados nos manicômios.

As denúncias descritas por Foucault (2014) e Castel (1978) apontam para os loucos e pobres historicamente excluídos do convívio social, que moldaram as margens da sociedade burguesa. Esta grave e histórica realidade foi conduzida por meio de tratamentos opressivos, direcionados ao pobre e louco. Ao ponderarmos os dispositivos de controle chamados hospitais psiquiátricos, nos deparamos com as análises de Goffman (2015). Para o autor, as instituições asilares foram destinadas à captura da subjetividade do interno, ocorrendo o que o autor chama de “deformação pessoal” (p.29). Tendo seu corpo e mente violados, por uma sociedade repressora, que mascarava suas barbaridades por meio de um suposto tratamento médico. Mas, que não

propunha a nenhuma ideia médica relacionada à saúde das pessoas.

Diante desse histórico de repressão, e pensando na atualidade, questionamos: Como se apresenta a realidade das pessoas em situação de rua, perpassada pelo adoecimento psíquico e pela vulnerabilidade socioeconômica, com as quais esbarramos nas ruas todos os dias? Essas pessoas continuam a serem os mesmos loucos e pobres historicamente excluídos? Frente aos questionamentos, podemos refletir se a histórica exclusão social direcionada aos loucos e pobres, ainda se faz presente na atualidade, mesmo após a instituição de políticas nacionais de proteção a PSR e as pessoas adoecidas psiquicamente? Os loucos e pobres, que atravessaram séculos de repressão, ainda constituem o grupo considerado menor, marginalizado?

Sobre isso, Amarante (2007) ao estudar a história da loucura no Brasil, retomando a história da loucura no Ocidente, equivale as histórias pelo único recurso de tratamento, o isolamento social. Este isolamento deixou graves marcas na saúde mental, no tratamento psiquiátrico, que pela exclusão, exercia a repressão a fim de efetivar a higienização social.

Estas marcas delineiam alguns dos desafios encontrados pelas políticas de reintegração social dos loucos, pobres e em situação de rua. A partir disso, surge o interesse pela temática: saúde mental e pobreza. As aproximações teóricas e, posteriormente, práticas no decorrer dos estágios profissionalizantes obrigatórios, realizados no Centro de Atenção Psicossocial⁷, iniciaram-se ao longo do último ano da graduação em bacharelado em Psicologia. Estes estágios fomentaram o interesse em pesquisar a problemática.

Durante os estágios no CAPS na cidade de Ponta Grossa/PR, foi possível observar as constantes modificações que o serviço vivenciava, em decorrência da reforma psiquiátrica. Estas transformações no tratamento psiquiátrico asilar redirecionaram os atendimentos psiquiátricos para os serviços substitutos, os CAPS. Os serviços atravessaram a terceirização de

⁷ Passaremos a utilizar a sigla CAPS para se referir ao Centro de Atenção Psicossocial.

toda a equipe, o que impediu que as instituições se tornassem referência aos usuários, conforme regulamenta o Ministério da Saúde (2004). Desse modo, a equipe contratada buscava incansavelmente se tornar esta referência ao público atendido pelo CAPS.

Frente à demanda, o trabalho realizado durante o estágio profissionalizante no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), se objetivou no fortalecimento dos grupos de crianças e seus familiares. O trabalho visou contribuir para a construção dos laços sociais entre a família e a criança atendida pelos CAPSi, colaborando na resolução de conflitos imersos ao cotidiano da mesma. Contudo, os constantes desafios à superação do modelo hospitalocêntrico, ligado exclusivamente às intervenções medicamentosas, moldou obstáculos entre os profissionais e os familiares dos assistidos⁸. Os desafios enfrentados estavam ligados à transição do tratamento vinculado exclusivamente aos hospitais psiquiátricos, para os serviços de convivência, disponibilizados pelos CAPS.

Posteriormente, durante os primeiros meses como discente no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas/UEPG, foi realizado contato com as instituições a serem pesquisadas, a fim de aproximar-se da realidade a ser estudada. Estas visitas técnicas floresceram os questionamentos, referentes à relação entre o adoecimento psíquico e a condição de pobreza, imersa na realidade das ruas. Indagações, que se propunham a compreender a histórica exclusão social, em que as pessoas adoecidas psiquicamente, e por vez em situação de rua, vivenciam em suas realidades.

Desse modo, ao analisarmos a história da loucura, a fim de entender a narrativa secular da exclusão social da parcela da população adoecida e em condição de pobreza, nos deparamos com o tratamento asilar, concretizado pelos hospitais psiquiátricos. Estes dispositivos de controle moldaram anos de

⁸ Termo utilizado para indicar que o paciente psiquiátrico será assistido por uma equipe multidisciplinar, e não apenas pelo médico psiquiatra. Para mais detalhes ver: Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, 2004.

repressão, que pelos antigos manicômios com inúmeros leitos psiquiátricos, pequenos, sem ventilação e preenchidos por grades, nos remete a esta grave história. As denúncias de violência às pessoas submetidas ao tratamento psiquiátrico, que, por vezes, em condição de pobreza e/ou em situação de rua, promulgaram políticas de reintegração social.

No entanto, essas pessoas ainda vivenciam a exclusão social, que não ocorre mais pelo isolamento em instituições asilares de forma vitalícia. Mas, é reafirmada pela marginalidade do louco e pobre, ao tornar invisível esta parcela da população. Não é incomum, encontrarmos nas ruas do município de Ponta Grossa/PR, pessoas em grave sofrimento psíquico e em situação de rua, que caminham aos gritos, seminus, sujos, tornando evidente a demanda pela instituída reinserção social. Todavia, também não é incomum, a sociedade tornar invisível as demandas sociais que emergem da condição de rua e do adoecimento psíquico.

A invisibilidade vivenciada pelas pessoas adoecidas psiquicamente e em situação de vulnerabilidade socioeconômica ocorre de forma histórica, o que molda os obstáculos para o acesso aos direitos como todo cidadão. Tal invisibilidade vivenciada pela população de rua, marcada pela ausência de políticas públicas foi afirmada pelo Ministério da Saúde (2014), no documento sobre a “Saúde da população de rua”. De acordo com o documento o preconceito direcionado a população que faz das ruas uma possibilidade de morada vem sendo expresso por meio de “xingamentos – como vagabundo, maloqueiro, preguiçoso e mendigo” (BRASIL, 2014, p.11). Segundo o mesmo documento, esses chamados xingamentos ocorrem de forma corriqueira e acabam por interferir na identidade dessas pessoas em situação de vulnerabilidade.

Diante dessa realidade, o documento citado aponta para uma demanda emergencial, que requer intervenções a população que esta nas ruas, afirmando ainda a ausência efetiva das políticas de reintegração social já regulamentada. O Ministério da Saúde (2014) destaca que o “reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos é recente e ainda não é acolhido na

sociedade” (p.11). Desse modo, justifica-se a relevância de pesquisas e intervenções a esta preocupante demanda social, a fim de resgatar a identidade das pessoas que estão em condição de rua, para que assim assumam e requeiram seus direitos como cidadãos (BRASIL, 2014).

No contexto deste universo historicamente excluído, nos deparamos com a narrativa da saúde mental, alicerçada pelos constantes obstáculos para legitimar a reforma psiquiátrica. Isto posto, nos indagamos: Quais as consequências sociais e psicológicas da exclusão social histórica, vivenciada pelas pessoas em condição de pobreza, adoecidas psiquicamente e por vezes em situação de rua, reafirmada atualmente pela invisibilidade? E ainda, hoje, após a superação do modelo centrado nos hospitais por meio da reforma psiquiátrica brasileira, e após a instituição de políticas públicas de reintegração social, nos questionamos: Qual a relação entre o agravamento do adoecimento psíquico e a condição de pobreza das pessoas que fazem das ruas uma possibilidade de sobrevivência? E ainda, qual o discurso institucional acerca desta realidade?

Diante destas inquietações, a presente dissertação objetivou-se a relação tríade entre o agravamento do adoecimento psíquico, a condição de pobreza, e a situação de rua de pessoas que são atendidas pelas instituições governamentais e não governamentais no município de Ponta Grossa/PR. Abrangendo os seguintes objetivos específicos, a fim de elucidar a problemática estudada:

- Compreender as seguintes categorias: fenômeno de rua, saúde mental e condição de pobreza;
- Discutir a questão da exclusão social;
- Mapear e caracterizar as pessoas situação de rua no município de Ponta Grossa/PR, atendidas pelo *Centro de Referência Especializado de Assistência Social para população em situação de rua (CREAS POP)*, *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)*, *Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)*, *Casa da Acolhida*, *Ministério Melhor Viver* e os hospitais *Pronto Socorro Municipal de Ponta Grossa*, *Centro Integrado de Saúde São*

Camilo;

- Caracterizar o perfil de homens e mulheres em situação de rua da cidade de Ponta Grossa/PR, atendidos pelas instituições pesquisadas, no ano de 2016 e 2017, a partir do discurso institucional;

- Investigar e analisar o processo de exclusão social, em que as pessoas em situação de rua atendidas pelas instituições vivenciam. Buscando correlacionar esta análise, com a questão do agravamento do sofrimento psíquico, com base no relato dos profissionais das instituições estudadas.

Para atingir os objetivos deste estudo, foram utilizados de procedimentos metodológicos, que visaram colaborar para a análise proposta, a fim de caracterizar a pesquisa e seus métodos, abordados na sequência.

O presente trabalho foi norteado por uma pesquisa qualitativa, descrita por Rey (2012) que ao aproximar-se da realidade estudada, a fim de compreender seu “cenário social” (p.81), o pesquisador realiza uma imersão no objeto de estudo. Para o mesmo autor, a pesquisa qualitativa está vinculada ao entendimento das experiências práticas por meio dos sujeitos pesquisados, aqueles que compõem a realidade estudada. Rey (2012) ressalta que nas pesquisas qualitativas, se busca aprofundar-se nos valores e experiências de cada dimensão social, perpassando pela subjetividade dos sujeitos que delineiam o cenário social estudado. Desse modo, na pesquisa qualitativa o pesquisador estará imerso na realidade analisada, de tal modo que se possa entender a complexidade do problema a ser ponderado. No presente trabalho, a pesquisadora se aproximou da realidade estudada, por meio das observações assistemáticas e posteriormente, das entrevistas semiestruturadas.

Isto posto, a pesquisa foi desenvolvida em instituições que prestam atendimento de forma direta ou indireta, às pessoas em situação de rua do município de Ponta Grossa/PR. Objetivando-se a se aproximar da realidade das instituições e dos sujeitos atendidos, elucidando as questões indagadas no início deste trabalho.

Para isso, foram pesquisadas as seguintes instituições: “*Centro de*

Referência Especializado de Assistência Social para população em situação de rua (CREAS POP), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD), Casa da Acolhida, Ministério Melhor Viver e os hospitais Pronto Municipal Amadeu Puppi (Pronto-Socorro), e o Centro Integrado de Saúde São Camilo”. Estas instituições foram caracterizadas quanto à sua estrutura, funcionamento, e seus dados documentais mapeados.

Em um segundo momento, a partir de uma entrevista semiestruturada⁹, os relatos dos profissionais lotados nas citadas instituições foram analisados, a fim de compreender o adoecimento psíquico, perpassado pelas transformações da reforma psiquiátrica, a condição de pobreza, por vezes expresso pelo fenômeno de rua. Desse modo, a pesquisa foi realizada em instituições que prestam atendimento às pessoas em situação de rua, muitas vezes adoecidas, realizando esta imersão do pesquisador no cenário social pesquisado. Sobre esta aproximação, Trivinos (2001) salienta que na pesquisa qualitativa esta aproximação do objeto pesquisado, ocorre pela demarcação de uma determinada amostra, delimitada pela questão pesquisada. Esta amostra foi afirmada pelo mesmo autor, como uma referência que auxilia o processo de descrição e de interpretação de determinada realidade.

Trivinos (2001) ainda enfatiza que na pesquisa qualitativa não se busca generalizar os resultados alcançados, a partir da amostra estudada. Mas, possui como prioridade a busca de “ideias predominantes, tendências que aparecem mais definidas entre as pessoas que participam do estudo” (TRIVINOS, 2001, p.83). Isto é, o afunilamento de determinado cenário social.

Rey (2012) corrobora com Trivinos (2001), ao afirmar que na pesquisa qualitativa, a partir da aproximação do pesquisador com o objeto a ser estudado, o cenário social transparece “o fenômeno estudado em todo o conjunto de elementos que o constitui, e que, por sua vez, está constituído por ele” (p.81). De tal modo, que o pesquisador e o objeto de pesquisa se

⁹ Roteiro da entrevista em anexo, pág.185/186.

aproximem, a fim de compreender a questão problematizada. Bourguignon et. al (2012) explicitam que esta aproximação, possibilita o entendimento de contextos sócio-históricos, demonstrando a complexidade e as contradições dos fenômenos estudados.

Esta aproximação com o cenário social pesquisado ocorreu durante as observações assistemáticas, familiarizando a pesquisadora com a equipe de profissionais das instituições estudadas. Esta iminente proximidade com a conjuntura institucional estudada, busca compreender os respectivos contextos sócio-históricos, que estão acerca de cada instituição. Gil (2002) evidencia que a observação se trata de um procedimento fundamental durante a pesquisa, uma vez que as relações entre os fatos estudados ocorrem no ínterim da observação. Desse modo, o autor cita as formas de realizar esta observação, dentre elas, a observação assistemática. Esta ferramenta de investigação foi utilizada para coleta de dados, se atendo ao entendimento da estrutura e do funcionamento das instituições pesquisadas, levantando variáveis que foram analisadas no decorrer deste trabalho. Ainda, estas observações conforme anteriormente explicitado, possibilitaram a familiarização da pesquisadora com a instituição estudada.

Destarte, a pesquisa utilizou como parte da metodologia, a pesquisa bibliográfica. Lima e Mito (2007) descrevem a pesquisa bibliográfica como um conjunto de procedimentos que aproximam o objeto de estudo do pesquisador, utilizada nos trabalhos com caráter exploratório. As autoras destacam que a pesquisa bibliográfica “possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto” (LIMA e MIOTO, p.43). Dessa forma, a pesquisa bibliográfica realizada se propôs a imersão ao objeto de estudo, contribuindo na produção do conhecimento, explorando e aprofundando-se no tema pesquisado.

Em um segundo momento, após o contato com as instituições, foi realizada a pesquisa documental. A vista disso, a pesquisa documental exposta

por May (2004), aponta para uma metodologia que busca em fontes documentais: ocorrências, dados e informações que envolvam o cenário social, aproximando-se da problemática pesquisada. Desse modo, as buscas documentais mapearam dos dados coletados de cada instituição anteriormente citada, caracterizando as mesmas.

Isto posto, o trabalho foi operacionalizado por meio de observações assistemáticas nas instituições estudadas, conforme anteriormente mencionado, a fim de pormenorizar o funcionamento das mesmas. Na sequência, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais que prestam atendimento a população em situação de rua, que por vezes está adoecida psiquicamente. Os profissionais entrevistados assumem cargos de gestão nas instituições pesquisadas, totalizando sete (7) entrevistas. May (2004) destaca que nas entrevistas semiestruturadas, não se busca sistematizar um roteiro, podendo o pesquisador ir além das respostas dadas pelo entrevistado, a fim de registrar os dados qualitativos da pesquisa. Durante as entrevistas semiestruturadas, se permite que o entrevistado responda além das perguntas, podendo elucidar as questões em “seus próprios termos” (MAY, 2001, p.149).

Desse modo, a pesquisa em questão buscou por meio do depoimento oral dos profissionais, evidenciar a subjetividade institucional. Bem como, a pesquisa documental e as observações, buscaram aproximar o pesquisador da problemática estudada. O que visou priorizar a compreensão tríade entre a condição de pobreza, a situação de rua, que por vezes está embalada pelo adoecimento psíquico.

Sobre os participantes, estes foram convidados após as observações assistemáticas, e de forma voluntária após a autorização da cessão de uso do depoimento oral¹⁰, participaram da pesquisa, por meio da entrevista semiestruturada. Como critério de inclusão, foram selecionados profissionais que assumem cargos de gestão nas instituições pesquisadas. E excluíram-se

¹⁰ Termo de cessão de uso do depoimento oral em anexo, pág. 179/180.

aqueles profissionais que não possuem vínculo com as referidas instituições. Com relação à identidade dos entrevistados, estas foram preservadas ao utilizarmos pseudônimos para cada entrevista.

Os dados documentais de cada instituição foram organizados e explicitados pelo número de atendimentos realizados as pessoas em situação de rua, e em sofrimento psíquico, segmentado pelos serviços ofertados pelas instituições, representando e sobrelevando o público atendido.

Após a caracterização das instituições e o convite para os profissionais participarem da pesquisa, as mesmas foram gravadas, a partir da autorização pelo *Termo Livre e Esclarecido –TLE* e a *Cessão Gratuita de Direitos do Depoimento Oral*¹¹, e sucessivamente transcritas e analisadas. Desse modo, foram realizadas sete entrevistas, em setes instituições pesquisadas anteriormente elencadas. Desse modo, em cada instituição foi realizada uma entrevista semiestruturada, com um profissional que assume um cargo de gestão na mesma. Estes profissionais possuem diferentes anos de trabalho (experiência) em cada instituição, o que possibilitou uma variável análise do discurso institucional, pois foram entrevistados profissionais com três anos de trabalho, até profissionais com vinte e sete anos de trabalho com o mesmo público exposto no quadro a seguir:

¹¹ Em anexo, pág.177/178 – 179/180.

QUADRO 1 – Entrevistados que assumem cargos de gestão nas instituições – Ponta Grossa/PR.

Entrevistado	Tempo (anos) de experiência/trabalho
<i>Entrevistado A</i>	<i>8 anos</i>
<i>Entrevistado B</i>	<i>17 anos</i>
<i>Entrevistado C</i>	<i>27 anos</i>
<i>Entrevistado D</i>	<i>8 anos</i>
<i>Entrevistado E</i>	<i>3 anos</i>
<i>Entrevistado F</i>	<i>9 anos</i>
<i>Entrevistado G</i>	<i>9 anos</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

As entrevistas foram transcritas e categorizadas, conforme orienta Bardin (2016). A autora elucida que as entrevistas devem ser integralmente transcritas, pois a partir de sua transcrição, o pesquisador vislumbra a subjetividade presente em cada fala, extraíndo sua multidimensionalidade de significações. Bardin (2016) evidencia que a análise do material verbal coletado, o discurso segue uma lógica própria, singular de cada entrevistado “apoando os temas, conservando-os (manifestando-os ou escondendo-os)” (p.96), afirmando que em toda a entrevista há uma organização subjetiva da mesma, visto que o discurso coletado se trata de um discurso que não fora preparado, mas se trata de um discurso espontâneo.

Desse modo, Bardin (2016) explana que na análise das falas, se busca uma “desordem temática” (p.96), a fim de verificar as significações latentes em cada fala. A autora ainda cita que o método acerca da análise analítica do conteúdo falado, diz do tratamento de informações de cada relato do entrevistado. Bardin (2016) compreende que a análise de conteúdo incide em um conjunto de técnicas que consiste em “apurar descrições de conteúdo muito aproximativas, subjetivas, para pôr em evidencia com objetividade a natureza e as forças relativas dos estímulos a que o sujeito é submetido” (p.41). Isto é, o pesquisador fará análise do conteúdo das falas dos entrevistados, apartando

os significados dos conteúdos enunciados.

Ainda, este trabalho apresentou a partir das teorizações foucaultianas, a história da loucura no Ocidente (FOUCAULT, 2014), que por diferentes momentos históricos teve sua forma de tratamento reiterado na realidade da América Latina (AMARANTE, 2007). Abordando as questões conceituais de Foucault, em especial a questão das “minorias”¹², que permeia a segregação dos loucos e pobres, a fim de realizar a *posteriori*, a discussão dos dados qualitativos coletados e apresentados neste trabalho.

Com relação à análise das entrevistas realizadas, foi proposto extrair os significados de cada fala, categorizando-as pelas semelhanças e diferenças, a fim de explanar o objeto de estudo pesquisado, por meio dos relatos falados.

Diante do exposto, o trabalho foi iniciado com a aprovação do projeto de pesquisa, submetida à base nacional e unificada de registros de pesquisas que envolvam seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP, intitulada Plataforma Brasil¹³. Na sequência, após a autorização para pesquisa, concedida pelas instituições estudadas, foi dado início à pesquisa de campo. A pesquisa se direcionou na busca bibliográfica, que se estendeu a pesquisa documental, as observações assistemáticas, e por fim nas entrevistas semiestruturadas nas instituições pesquisadas, de acordo com a fundamentação teórica supracitada. Para maior entendimento, este trabalho foi organizado em quatro (4) capítulos, que serão apresentados na subsequência.

No primeiro capítulo foram abordadas categorias teóricas, esclarecendo o fenômeno de rua, problematizado por Engels (2010) na Europa, em Londres, e por Silva (2009) na América Latina, no Brasil. Em seguida, foi contextualizada a história da saúde mental no Ocidente, descrita por Foucault (1975/2014/2014a/2014b/2015), Castel (1978/1997) e Goffman (2015). Posteriormente, o trabalho objetivou a teorizar sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, exposta por Amarante (1992/2007/2015) e Yasui (2010/2015).

¹² Termo utilizado por Michel Foucault, ao se referir a determinados grupos de pessoas, consideradas inferiores pela sua condição socioeconômica, política ou cultural, em relação a outro grupo.

¹³ Folha de Aprovação em anexo, pág. 187/188/189.

No segundo capítulo, foi explanada Política Nacional a População em Situação de Rua, abordando as reflexões e os debates que estão acerca da origem desta política. A Invisibilidade a partir do discurso que compõem as minorias da sociedade, discutindo na sequência a Eugenia e Higienização social a partir da pobreza.

O terceiro capítulo se objetivou a discutir sobre a história da loucura em Ponta Grossa/PR, abordando as instituições que prestam atendimento as pessoas em situação de rua, que por vezes estão adoecidas psiquicamente. Seu primeiro subcapítulo interpela os hospitais psiquiátricos até a consolidação do Centro de Atenção Psicossocial. E em sua sequência, as instituições assistenciais como um amparo, uma possibilidade de sobrevivência das pessoas em situação de rua em Ponta Grossa/PR.

No quarto capítulo, expomos os dados coletados nas instituições pesquisadas, que posteriormente foram categorizados a partir da contextualização de cada cenário social estudado. As entrevistas realizadas originaram as categorias apresentadas, analisadas e discutidas neste quarto capítulo, surpreendendo-nos ao evidenciar uma realidade sobre a pobreza e a exclusão social, atreladas ao adoecimento psíquico em Ponta Grossa/PR.

Ainda no quarto capítulo, a partir dos resultados obtidos pela pesquisa, foi apresentado recomendações ao município estudado acerca da problemática pesquisada. De tal modo, que a pesquisa possa contribuir nas possíveis intervenções a população em situação de rua, por vezes adoecida psiquicamente, que foram historicamente excluídas, possibilitando reflexões e porvindouras ações à população que ainda molda as margens da sociedade.

Os resultados obtidos evidenciam uma realidade que ainda utiliza-se da exclusão social de uma parcela da população, em condições vulneráveis, para efetivar a higienização social. O discurso institucional afirma a presença do adoecimento psíquico como inerente às ruas. De tal modo que as vulnerabilidades sociais, abarcadas pelas vulnerabilidades econômicas, compõem o fenômeno de rua no município de Ponta Grossa/PR, alarmado pelo discurso institucional que intervém a este público.

Diante de tal realidade, se torna evidente que as minorias ainda são minorias, mantidas a margem da sociedade, evidenciando problemáticas que estão para além das regulamentações políticas vigentes, e das ações/intervenções a PSR¹⁴ instituídas. De tal modo, que as vulnerabilidades expostas a PSR, por vezes adoecidas psiquicamente, agravam-se a cada intervenção higienista da sociedade, que ainda exclui as pessoas em condição de vulnerabilidade socioeconômica, por considerá-las uma das “minorias” da sociedade desigual.

1 SAÚDE MENTAL, SITUAÇÃO DE RUA E CONDIÇÃO DE POBREZA

A saúde mental e a pobreza unem-se em suas demandas, ao se tornarem emergentes em determinadas realidades. São demandas sociais que se exteriorizam pelas pessoas em situação de rua que vivem em extrema pobreza e muitas vezes adoecidas. As ruas das grandes e pequenas cidades são preenchidas pelas ausências do atendimento às necessidades básicas. Falta de comida, de moradia, segurança, emprego e renda, que por vezes estão aliadas ao adoecimento psíquico insurgindo graves demandas sociais.

A relação entre a saúde mental e a pobreza revelam pessoas em situação de vulnerabilidade econômica e social, com limitações em necessidades básicas que por vezes adoecem psiquicamente. Mas esta realidade, em que o pobre adoecido emerge demandas sociais perpassa a história, unindo dois grandes estigmas¹⁵ sociais: o louco¹⁶ e o pobre. Estas marcas sociais delineadas pelos estigmas loucura e pobreza esculpiram a exclusão do convívio social que assinala a marginalidade de uma parcela da

¹⁴ Passaremos a utilizar a sigla PSR para designar População em situação de rua.

¹⁵ Uma marca social de todo aquele considerado estranho ao outro, com algum atributo, condição diferente dos demais, o que o “torna diferente de outros”, avaliado como um sujeito “menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca” (GOFFMAN, 2004, p.6).

¹⁶ Nomenclatura utiliza por Michel Foucault (2014), ao se referir as pessoas em sofrimento psíquico, marginalizadas pela sociedade. Esta nomenclatura será adotada neste trabalho, para aludir à realidade das pessoas em sofrimento psíquico, por vezes acerca de outras vulnerabilidades sociais e econômicas, que compõem o cenário estudado.

população vulnerável (FOUCAULT, 1972/2014; CASTEL, 1978). A exclusão social vivenciada pelas pessoas em condição de pobreza, por vezes adoecidas e em situação de rua produz obstáculos ao acesso aos direitos sociais, dentre eles os previstos pelas políticas de reintegração social, regulamentadas no Brasil (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Isto posto, ao ponderarmos a reflexão sobre a saúde mental, a pobreza e a situação de rua, devemos partir do seu enlace para que possamos compreender a história do delineamento do fenômeno de rua e do adoecimento psíquico. Durante a elucidação deste recorte temporal esbarramos na história da industrialização, instalação do capitalismo e dos tratamentos destinados à loucura e a pobreza no Ocidente, e mais tarde no Brasil. As demandas sociais e econômicas exacerbadas pela exclusão social¹⁷ esculpiram a realidade de pessoas em situação de vulnerabilidade social, econômica, que por vezes encontravam-se adoecidas física e psiquicamente (FOUCAULT, 2014; ENGELS, 2010), e que serão abordadas no próximo subcapítulo.

1.1 O Fenômeno Rua na sociedade desigual

“Nenhum olhar pode ver, nenhum ouvido pode escutar, e nenhum coração pode experimentar, sequer a metade do sofrimento suportado por essa pobre gente”

(Friedrich Engels)

Ao nos remetermos à história, podemos entender que o fenômeno de rua se agrava a partir do surgimento das sociedades pré-industriais na Europa com o desenvolvimento do capitalismo. Engels (2010), ao analisar a situação da classe trabalhadora na Inglaterra, aborda a vulnerabilidade que a classe operária vivenciou em decorrência da chamada acumulação primitiva¹⁸ pelo processo de industrialização. O autor evidencia que a priorização do capital

¹⁷ Exclusão social referente ao recorte histórico estudado neste trabalho, séc. XIX, XX (FOUCAULT, 2014; ENGELS, 2010; CASTEL, 1975).

¹⁸ Conceito denominado por Karl Marx, para explicitar o processo de acumulação de produção capitalista, a partir do acúmulo e centralização de riquezas. Para mais detalhes ver: A chamada acumulação primitiva. MARX, Karl. O Capital: para a crítica da economia política.

pela acumulação primitiva, deu lugar dentre outras vulnerabilidades o fenômeno de rua. A fala exposta na epígrafe do capítulo se trata de um operário que denuncia a Engels sua condição de vida, e de trabalho em Londres a partir da industrialização, que foi alicerçada pelo desenvolvimento do capitalismo (ENGELS, 2010).

Desse modo, com o nascimento do capitalismo como sistema econômico na Europa, uma massa de pessoas passa a ocupar as ruas em condições precárias de vida, pela ausência de emprego e renda, agravando-se a vulnerabilidade socioeconômica de uma gama da população britânica. Realidade que no decorrer do desenvolvimento do capitalismo como sistema econômico vigente, vigora em outros países. Esta realidade segundo Engels (2010) foi contornada pela vulnerabilidade social e econômica dos trabalhadores empregados, e tornando-se ainda mais grave, na realidade das pessoas que se encontravam desempregadas.

A miséria descrita por Engels (2010) diz sobre a história da classe operária na Inglaterra desencadeada pela ascensão da Revolução Industrial, por meio da invenção das máquinas, e da instituição do capitalismo como sistema econômico. A industrialização obteve como um dos resultados a formação do proletariado dotado de péssimas condições de trabalho e de vida (ENGELS, 2010). Desse modo, Engels (2010) afirma que este processo deu lugar à exclusão social de uma gama da população, que pela ausência das condições mínimas para sobreviver não conseguiam preservar sua saúde psíquica e física, passando muitas vezes a viver nas ruas de Londres.

Marx (2011) evidencia que o sistema capitalista se apropria da zona rural a partir da relação da terra com o capital. Para o autor esta relação entre a exploração da terra para a maximização do capital possibilita a população rural o ingresso nas indústrias, oferecendo péssimas condições de trabalho e de vida, somado a instabilidade do emprego assalariado. Marx (2011) destaca que o sistema econômico capitalista deve deter um exército de reserva humana, para a acumulação do capital, constituindo um “exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se fosse

criado e mantido por ele” (p.735). Assim, uma parcela dos trabalhadores permanece desempregada, em condições vulneráveis para manutenção do sistema econômico capitalista.

As consequências dessa reserva humana resultam nos altos índices de desemprego e no aumento pela procura de empregos informais, no subemprego, que se reafirma a cada crise, isto é, a cada expansão do capital. Sobre isso Bursztyn (2003) realça que as populações empobrecidas permanecem a cada expansão do capital, a margem da sociedade, excluídas. Nesse sentido, as pessoas que se encontram em condição de pobreza, sem renda, por vezes adoecidas e em situação de rua conforme pontua Bursztyn (2003), são “jogados ao desemprego, e passado algum tempo, podem tornar-se desnecessários ao circuito econômico” (p.28).

Engels (2010) também aponta como um dos resultados desta expansão do capital por meio das péssimas condições de trabalho e de vida em que operários britânicos estavam submetidos, o adoecimento físico e psíquico. Para o autor este adoecimento interferia no intelecto dos operários impactando ainda, na moral dos trabalhadores que estavam desempregados e abarcados pela condição de pobreza. Engels (2010) acrescenta que a péssima condição de vida em que os trabalhadores estavam expostos, debilitava suas vidas levando-os a morte precocemente pela ausência da satisfação das necessidades vitais.

Desse modo, a acumulação capitalista na Europa com a ascensão da revolução industrial, resultou em trabalhos precários, na ausência de saúde dos trabalhadores empregados e desempregados, expropriação de produtores rurais e camponeses na indústria nascente, e na não inclusão de todos no mercado formal (ENGELS, 2010). O adoecimento psíquico e a condição de pobreza de inúmeros trabalhadores em Londres e por toda a Europa, de acordo com Engels (2010) estavam para além do processo de industrialização, apresentava os resultados de um sistema econômico desigual. Sobre isso, o mesmo autor elucida a realidade dos trabalhadores desempregados, que se encontravam a mercê da sociedade, afirmando que:

Se tem a sorte de encontrar trabalho, isto é, se a burguesia lhe faz o favor de enriquecer a sua custa, espera-o um salário apenas suficiente para o manter vivo; se não encontrar trabalho e não temer a polícia, pode roubar, pode ainda morrer de fome, caso em que a polícia tomara cuidado para que a morte seja silenciosa para não chocar a burguesia (ENGELS, 2010, p.69).

E quando não se encontra trabalho, o autor acrescenta que resta a essas pessoas senão:

[...] mendigar? Não há pois, porque assombrar-se com o exército de pedintes, a maioria homens em condição de trabalhar; [...] É surpreendente notar que esses mendigos se encontram em especial nos bairros operários e sobrevivem quase exclusivamente com as esmolas dos operários empregados (p.127).

Desse modo, Engels (2010) traz que a reprodução do fenômeno de rua na Europa, faz referência à acumulação do capital alarmado pela ascensão da revolução industrial, que por meio da crescente superpopulação nas cidades industriais não pode absorver em sua totalidade os trabalhadores que ali se encontravam. E esta não inclusão de todos no mercado formal, faz parte do funcionamento do sistema econômico capitalista (ENGELS, 2010).

Marx (2011) corrobora com Engels (2010), ao afirmar que o sistema econômico capitalista para além de suas consequências socioeconômicas, traz por meio do seu funcionamento, um modo social de organização. O autor salienta que este modo de organização social, prioriza a maximização do capital, centrando seus interesses exclusivamente no capital, transformando as relações sociais em um fator de produção que deve resultar no aumento da mais-valia. Para Marx (2011) o homem e suas relações no funcionamento do capitalismo são entendidos como “personificação da força do trabalho, um objeto natural ou uma coisa, embora seja uma coisa viva e consciente, e o próprio trabalho é a manifestação externa, objetiva dessa força” (p.238), isto é, parte desse processo de maximização do capital.

Diante da exposição de Marx (2011) e Engels (2010) no Ocidente, em Londres, e pensando na realidade da América Latina, o Brasil, nos deparamos com uma história semelhante à anteriormente apresentada. Na Europa a instalação do sistema econômico capitalista, por meio da industrialização, agravou a condição de vulnerabilidade social e econômica de uma gama da

população não absorvida pelo mercado formal. No caso da América Latina, para além das consequências sociais advindas do capitalismo, do processo de industrialização, também vivenciadas pelos países latinos, às condições históricas e estruturais dos países como: a escravidão contribuiu para o agravamento do fenómeno de rua (SILVA, 2009). Desse modo, as exposições teóricas de Engels (2010) no Ocidente nos aproximam das consequências sócio-históricas vivenciadas pelos países da América Latina.

Bursztyn (2003) e Marx (2011) reintegram a realidade brasileira, ao evidenciar que parte dos resultados do processo de industrialização e do delineamento do sistema económico capitalista, por meio da migração da zona rural para as cidades industriais a procura de trabalho, agrava o desemprego. Os autores afirmam que a não absorção de todos no mercado formal, assemelha-se as consequências sociais anteriormente expostas na Europa.

Iglésias (1994) ao elucidar sobre a industrialização e instituição do capitalismo como sistema económico vigente no Brasil, aborda a dominação portuguesa evidenciando a permanência da estrutura institucional de Portugal. Esta herança institucional como: a falta de tecnologia para a industrialização e desenvolvimento, a exploração de todo recurso brasileiro sejam eles da natureza ou dos índios que habitavam o Brasil, acarretaram inúmeras consequências dentre elas, o subdesenvolvimento (IGLÉSIAS, 1994). O autor ainda destaca que esta exploração não se limitava a Portugal, se estendendo aos espanhóis, flamengos, britânicos, franceses, e todo aquele que se lançavam com “empresas na fase de audácia e revelação de terras, mas aos poucos as ocupam, com a exploração direta ou indireta” (IGLÉSIAS, 1994, p.13). Se apropriando de terras brasileiras para exploração de riquezas, degradando-as por onde exploravam, levando as riquezas encontradas para seus países de origem, com a justificativa de novas descobertas de terras brasileiras.

Iglésias (1994) afirma que a terra, o ouro, o povo e toda a riqueza brasileira foram explorados pelos estrangeiros. De início pelos portugueses e mais tarde, por outros países europeus. Esta exploração também foi

evidenciada por Galeano (1989) ao estudar a história da América Latina. Para o Galeano (1989) a América Latina, intitulada pelo autor como a “região das veias abertas” (p.05), desde o descobrimento até a atualidade baseou-se no capital exterior, europeu e norte-americano. Desse modo, as riquezas encontradas nos países que compõem a América Latina tornaram-se riquezas externas, acumuladas nos chamados “centros de poder” europeu e norte-americano. (GALEANO, 1989, p.05).

Galeano (1989) descreve a América Latina como uma região de veias abertas pelas incessantes explorações que fomentaram a desigualdade social e a vulnerabilidade socioeconômica ao povo que ali habitava. O autor afirma que desde o descobrimento de terras na América Latina, os europeus, e mais tarde os norte-americanos exploram as riquezas encontradas nestas terras. Galeano (1989) afirma que durante a divisão internacional do trabalho os países foram divididos, alguns países “especializam-se em ganhar, e outro em que se especializaram em perder. Nossa comarca do mundo, que hoje chamamos de América Latina, foi precoce: especializou-se em perder” (GALEANO, 1989, p.05).

Para Galeano (1989) até os tempos atuais, as terras, as reservas naturais, ou ainda os trabalhadores que compõem a América Latina, continuam a servir a Europa e outros países, como no início. O autor salienta que a América Latina, desde seu descobrimento, preocupa-se com as necessidades alheias, produzindo pela agricultura, pela produção de carne, matérias-primas e outros alimentos, recursos destinados aos países ricos, estes, que “ganham, consumindo-os, muito mais do que a América Latina ganha produzindo-os” (p.05). Dessa forma, Galeano (1989) relaciona o subdesenvolvimento do Brasil e de outros países que compõem a América Latina pela exploração ininterrupta. O autor evidencia a vulnerabilidade social e econômica em que a população de latino-americanos se submete para garantir o consumo de outros países, alarmando que:

Entre os 280 milhões de latino-americanos há, atualmente, cinquenta milhões de desempregados ou subempregados e cerca de cem milhões de analfabetos; a metade dos latino-americanos vive apinhada em moradias insalubres. Os três maiores mercados da

América Latina - Argentina, Brasil e México - não chegam a igualar, somados, a capacidade de consumo da França ou da Alemanha Ocidental, mesmo que a população reunida de nossos três grandes exceda de muito a de qualquer país europeu (p.06).

Os resultados dessa história permeada pela exploração resultaram segundo Galeano (1989) em uma industrialização tardia, com a sua economia baseada no latifúndio e uma estrutura social desigual. Esta desigualdade segundo o mesmo autor contribuiu para o crescimento do desemprego e da pobreza no Brasil. Galeano (1989) afirma que no ínterim de uma crise a outra na frágil economia brasileira “os salários de fome se alternam com o trabalho servil”, em que os brasileiros estão submetidos (GALEANO, 1989, p.64).

Silva (2009) ao se remeter a história do nosso país e a situação de rua que abarca uma parcela da população brasileira, compreende que resultados desta histórica exploração descrita por Galeano (1989) e Iglésias (1994), foram vinculados com o agravamento do fenômeno de rua. Para a autora à acumulação do capital e sua superpopulação excedente, que como resultado do funcionamento do sistema econômico desigual não absorve em sua totalidade os trabalhadores no mercado formal, agrava o fenômeno de rua no Brasil. Isto é, pessoas desempregadas, sem renda, tornam-se vulneráveis socioeconomicamente, resultando por vezes na condição de rua.

De acordo Silva (2009) a situação de rua na contemporaneidade constitui parte do resultado da instituição do capitalismo, em que as pessoas mais atingidas pela acumulação primitiva do capital, se encontram em condição de pobreza. Esta condição de pobreza agrava-se ao resultar na situação de rua, enfrentando preconceito pela condição de vida que uma parcela da população esta submetida. Frente ao preconceito direcionado a PSR, Silva (2009) afirma que a sociedade atribui “naturalização” (p.95), a pobreza das pessoas que se encontram a margem da sociedade, em situação de rua. A autora salienta que esta naturalização ao fenômeno de rua em decorrência da pobreza, acompanha a invisibilidade a esta grave demanda social, que se expressa pela “quase inexistência de dados e informações científicas sobre o

mesmo e da inexistência de políticas públicas para enfrentá-lo” (SILVA, 2009, p.95).

A PSR vive as consequências do sistema econômico excludente, compondo um mar de capital humano a margem do trabalho formal sobrevivendo da informalidade ou ainda, das misérias das ruas conforme anteriormente explicitado. De acordo com Silva (2009) o fenômeno de rua no Brasil agrava-se pela naturalização da pobreza acerca da condição de vida das ruas, tornando os sujeitos invisíveis na sociedade em decorrência da naturalização da pobreza. A autora ainda afirma que os resultados da priorização do capital que ocorre desde a ascensão da revolução industrial na Europa, da escravidão no Brasil, se agravam atualmente pelas mudanças no mundo do trabalho. Estas transformações que o mundo do trabalho vivencia na atualidade, de acordo com Silva (2009) amplia a superpopulação de trabalhadores desempregados, o que por vezes resulta nas ruas como uma possibilidade de sobrevivência.

Sobre as modificações no mundo do trabalho e seus resultados, Alves (2007) contextualiza as mudanças instauradas na atualidade. O autor afirma que o trabalho realiza uma modificação na relação dos homens entre si, dos homens com a natureza, para a relação dos homens com a sua atividade sócio produtiva denominada trabalho. Alves (2007) evidencia que o modo de produção capitalista, por meio do sistema de máquinas, origina a grande revolução industrial, modificando o trabalho fundante como um “intermediário submisso à máquina” (p.32). Assim, os processos de industrialização aliados à instituição do capitalismo trouxeram um novo modo de produção, que interferiu drasticamente na vida dos trabalhadores empregados ou não.

Pensando na transformação do processo de trabalho, por meio da institucionalização do capitalismo e suas consequências, Alves (2007) evidencia que o processo de trabalho se constitui como um modo de produção capitalista que “não se volta à produção de objetos que satisfaçam as necessidades humanas, valores de uso, mas sim a produção de valores e, mais especificamente, mais-valia” (p.33). Isto é, um processo de trabalho

voltado apenas à produção de mercadorias, para o aumento da mais-valia, pela valorização exclusiva do capital (ALVES, 2007).

Desse modo, o autor acrescenta que “o homem é deslocado do processo de trabalho, deixando de ser elemento ativo e torna-se meramente elemento passivo, mero suporte do sistema de máquinas” (ALVES, 2007, p.34). Para o autor, este novo processo debilitado do trabalho, se trata de um processo social, dotado de conteúdos históricos e políticos de uma sociedade desigual. Sobre este processo precarizado do trabalho, Alves (2007) ainda afirma que as constantes exigências de qualificações ao trabalhador, mascara a ideologia que acompanha o funcionamento do capitalismo, um “discurso da empregabilidade oculta à natureza íntima do desenvolvimento tardio do capital, ou seja, a lógica da produção destrutiva e da exclusão social” (p.250). Assim, o autor destaca a promessa irreal da possibilidade de emprego formal aos trabalhadores qualificados, com a inclusão social de todos no sistema orgânico que compõem do capitalismo.

Pensando nestas graves consequências da priorização do capital, Alves (2007) por fim conclui que “o capital conseguiu frustrar a promessa de inclusão social dos indivíduos à vida moderna, com a economia de mercado demonstrando ser capaz de crescer e muito, excluindo homens e mulheres” (p.254), agravando demandas sociais pela vulnerabilidade econômica, inerente ao funcionamento do sistema econômico capitalista. E esta precarização atinge a todos, trabalhadores empregados e desempregados, pois os empregados formalmente estão vulneráveis a instabilidade do emprego. Já os não inclusos no mercado de trabalho formal, recebem como justificativa a ausência da qualificação profissional, fazendo da informalidade uma possibilidade renda. Esta possível renda pela informalidade, vulnerável e incerta, agrava a vulnerabilidade socioeconômica expressa nas ruas pelos vendedores ambulantes, artistas empobrecidos, flanelinhas, entre outras ocupações, que fazem da informalidade uma forma de sobrevivência. E quando não se pode sobreviver nem da informalidade, o que resta a essas pessoas em graves e precárias condições de vida, senão fazer das ruas um meio de subsistência,

conforme já explicitava Engels (2010) durante a industrialização da Europa em 1842. Realidade, que se reintegra no Brasil e que se faz presente na atualidade.

Diante das consequências do sistema econômico desigual que resulta na constante competitividade socioeconômica, nos deparamos com a realidade da PSR. Pessoas que estão em condição de pobreza, muitas vezes adoecidas, fazendo das ruas das grandes e pequenas cidades sua morada. Uma morada esculpida pela exclusão social e pela invisibilidade, que se fazem presentes nos atos de violência, na ausência das necessidades básicas para sobrevivência, e em toda a vulnerabilidade que esta acerca da vida nas ruas.

Frente ao complexo fenômeno de rua que envolve outras demandas sociais além da ausência de moradia, no Brasil foi instituída por meio do Decreto nº7.053 em 2005, a Política Nacional para a PSR¹⁹. De acordo com a citada política, a existência de pessoas em situação de rua no Brasil faz referência à história das desigualdades sociais presente na lógica do capital.

A Política Nacional para a PSR descreve que o fenômeno de rua está presente desde a formação das primeiras cidades brasileiras, marcada pela exclusão de pessoas em situação de vulnerabilidade social e econômica. A política ainda elucida esta realidade afirmando que “a população em situação de rua encerra em si o trinômio exprimido pelo termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação” (BRASIL, 2008, p.5). Diante de tal realidade, a Secretaria Nacional de Renda e Cidadania, junto com Secretaria Nacional de Assistência Social (2011) ressaltam que com o crescimento das cidades, ampliou-se a demanda ao acesso a “saúde, educação, assistência social e trabalho e renda” (p.13). Entretanto, para as pessoas que estão à margem da sociedade capitalista, o acesso a estas demandas sociais ainda se mostra distante. De acordo com as mesmas Secretarias, a não absorção de todos ao mercado formal, tem como consequência o agravamento das chamadas “classes subalternizadas” (BRASIL, 2011, p.14). Estas pessoas empobrecidas,

¹⁹ Política aprofundada em capítulo próprio.

com baixa ou nenhuma escolaridade, sem qualificação profissional, permanecem à margem da sociedade, sem acesso a renda, moradia, alimentação digna, acesso serviços públicos, como: educação e saúde, buscando quase que exclusivamente das ruas para sobrevivência (BRASIL, 2011).

Diante da reflexão exposta e pensando na condição de vulnerabilidade social e econômica que emerge da PSR brasileira atrelada por vezes ao adoecimento psíquico, na subsequência abordamos o enlace entre a pobreza e a loucura defrontando-se com outras demandas sociais.

1.2 A Saúde Mental e a Pobreza expressa nas ruas

Ao longo dos anos, o louco foi entendido de diferentes modos, desde aquele que foi enviado por Deus em que seus delírios e alucinações apontavam para presságios, até a ocupar o lugar daquele que não possui uma verdade, mantido à margem da sociedade. A loucura, na Idade Média, na Renascença e em sua continuidade, aponta para uma mesma história de exclusão dos pobres e loucos de diferentes modos e em diferentes tempos. Dessa forma, o tratamento destinado ao louco e em condição de vulnerabilidade socioeconômica por anos, ocorreu exclusivamente pela exclusão do convívio social. As pessoas em condição de pobreza e por vezes consideradas loucas permaneciam à margem da sociedade, enclausuradas nos chamados hospitais gerais, os chamados hospícios, que mais tarde ganhariam o nome de hospitais psiquiátricos.

Esta histórica sobre a repressão aos pobres, muitas vezes em situação de rua, com ou sem adoecimento psíquico e que em algum momento foi pauta da agenda política, traz memórias de um grave isolamento social. Este, que ocorria nos chamados manicômios que por longos anos foram à única forma de tratamento, era validado pelas ideias médicas daquele tempo, efetivando a

higienização²⁰ da sociedade. Foucault (2014) pontua que esses manicômios, chamados de hospitais gerais, foram lugares destinados à regulamentação da exclusão social pela reclusão de pessoas em condição de pobreza e adoecidas psiquicamente. Para Foucault (2015) “estas casas não têm vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade” (p.55). Desse modo, o autor discute que o internamento do louco durante a idade média, a Renascença e em sua continuidade, não se centrava na relação loucura, doença e promoção de saúde. Mas, nas suas próprias relações, envolvendo: moral, conduta, o que pode ser aceitável ou não, e a partir dessa seleção a sociedade como um todo poderia reconhecer ou não o indivíduo. Aquele que não fosse reconhecido pela sociedade, seja por não ir ao encontro das exigências estabelecidas ou ainda, pela sua vulnerável condição socioeconômica, era deixado à margem.

A sociedade excluiu pessoas em condição de vulnerabilidade socioeconômica, por vezes adoecidas, higienizando do convívio social aqueles que destoavam dos costumes e a moral da sociedade do século XIX e XX²¹. Foucault (1975) ainda ressalta que a função desses hospitais era, sobretudo, uma forma de ordem da monarquia na França que visava ressaltar o poder real. Um “estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei” para excluir uma parcela da população considerada vulnerável (FOUCAULT, 1975, p.57). Desse modo, os hospitais não se proponham em ofertar tratamento médico que possibilitasse a promoção à saúde, mas sim em exercer uma “jurisdição sem apelações” pela reclusão (FOUCAULT, 2015, p.57).

A realidade dos loucos e pobres atravessou séculos de repressão (FOUCAULT, 1975, 2014, 2015; CASTEL, 1978; AMARANTE, 2015), deixando suas marcas nas paredes dos antigos hospitais psiquiátricos. As reivindicações por políticas sociais que tornassem visíveis as demandas sociais expressas

²⁰ Conceito explanado em tópico próprio.

²¹ Recorte temporal estudado por Michel Foucault. FOUCAULT, Michel. A História da Loucura na Idade Clássica. Originalmente escrito como tese de Doutorado em 1961.

nos hospitais psiquiátricos resultaram em políticas de reintegração social, com eminentes lacunas sobre a inclusão social desses pobres e loucos marginalizados durante a história.

De acordo com Engels (2010) a realidade do louco e pobre excluído do convívio social com a justificativa de tratamento ocorria no Ocidente. O autor ao relatar a miséria em que as pessoas em situação de vulnerabilidade econômica foram submetidas durante o período industrial na Europa, afirma que a barbárie estava acerca da população desempregada, a margem da sociedade, em que a miséria permeava a vida dos trabalhadores. Engels (2010) ao ponderar a miséria encontrada e a estrutura do sistema econômico que se instalava, relata: “ficamos assombrados diante das consequências de nossas condições sociais, aqui apresentada sem véus, e permanecendo espantados com o fato de este mundo enlouquecido ainda continuar funcionando” (p.69).

A ausência das condições mínimas para a subsistência das pessoas que estão em situação de rua, embalados pelo adoecimento psíquico, agrava a condição de vulnerabilidade desta realidade. Que sem véu, insiste em excluir pessoas empobrecidas e vulneráveis delineando um mundo enlouquecido como cita Engels (2010).

Nesse sentido, Foucault (2014) nos ajuda a compreender o enlace entre a pobreza e a loucura ao descrever a realidade excludente acerca das pessoas consideradas loucas e/ou condição de pobreza. Segundo o mesmo autor, a história da loucura permeia tratamentos excludentes desde a Idade Média (V-XV), transitando pelo Renascimento (XVI), ascendendo na Era Clássica (XVII-XVIII)²² e em sua sucessão. No recorte temporal estudado por Foucault (2014), o mesmo evidencia medidas de exclusão social realizada pela burguesia que se repetiam ao longo dos anos. O autor ao iniciar sua discussão, retoma as formas de tratamento realizadas desde a lepra, evidenciando a exclusão social como forma exclusiva de tratamento.

Desse modo, Foucault (2014) evidencia que no fim da Idade Média com

²² Período abordado no Ocidente (FOUCAULT, 1972/2014), que posteriormente foi reiterado na América Latina (AMARANTE, 2015).

o desaparecimento da lepra, a exclusão social dirigiu-se a outra demanda da sociedade burguesa, os loucos. Logo, os leprosários foram transformados em hospitais, destinados ao internamento dos loucos de forma vitalícia (FOUCAULT, 2014).

Os anos que se sucederam, as formas de tratamento aos loucos também foram destinadas aos pobres, criminosos, aos “pais dissipadores, os filhos pródigos, os blasfemadores, os homens que procuravam se desfazer, os libertinos” (FOUCAULT, 2014, p.111). Assim, os diferentes modos de excluir esta parcela da população em situação de vulnerabilidade social e econômica, atravessaram séculos de exclusão social objetivando-se a higienizar a sociedade, em decorrência de uma demanda burguesa. Destarte, Foucault (2014) compreende que a experiência com a loucura durante séculos com finalidades corretoras, de cura, não apontaram para o internamento das pessoas adoecidas psiquicamente como uma forma de promoção a saúde. Mas, como aponta Foucault (2014) à reclusão da loucura “constitui antes uma homologação dos alienados aos outros correccionais, como demonstram essas estranhas fórmulas jurídicas que não entregam os insanos aos cuidados do hospital, mas os condenam a uma temporada neles” (p.116). Desse modo, o autor evidencia que as pessoas em sofrimento psíquico, e por vezes em situação de vulnerabilidade social e/ou econômica estavam sentenciadas ao internamento vitalício.

Dos leprosos, as pessoas com doenças venéreas, a exclusão social se efetiva pela reclusão de pessoas em condição de vulnerabilidade socioeconômica e adoecidas psíquica e fisicamente.

Desaparecida a lepra apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento (FOUCAULT, 2014, p.11).

Desse modo, os loucos, pobres, mendigos, criminosos isto é, todo aquele que destoava da sociedade burguesa era encaminhado aos hospitais gerais, onde permaneciam enclausurados por anos (FOUCAULT, 2014). Para

Foucault (2014, p.11) “a preocupação da cura e de exclusão juntavam-se numa só”. A procura pelo internamento vitalício, com o propósito de excluir para higienizar a sociedade, com a justificativa de tratamento, ainda moldava a realidade das pessoas em situação de vulnerabilidade social e econômica no séc. XIX e XX.

Dessa maneira, os longos anos em que a doença mental limitava-se a reclusão como forma de tratamento, foi reafirmada no século considerado das luzes na era do Iluminismo e posteriormente, não alumbrando as questões latentes referentes à promoção da saúde mental. Desse modo, podemos nos indagar sobre um período repleto de modificações históricas, talvez revolucionárias, o Iluminismo. Mas, que ao pensar na saúde mental, repete a exclusão de séculos anteriores e que se arrastaram ao longo dos períodos posteriores.

Foucault (2014) evidencia que hospital enquanto instituição buscou higienizar a sociedade pelo enclausuramento. O autor aborda que o pobre e louco era recluso em instituições asilares, permanecendo por anos nas precárias estruturas dos chamados manicômios. Ao pensarmos neste interno e em sua condição de vida, emerge alguns questionamentos, entre eles, podemos nos indagar: Qual o resultado do grave isolamento social, para o: interno, seus familiares e para a sociedade?

Sobre esta realidade das pessoas submetidas ao internamento, Goffman (2015) realça que as instituições totais como o hospital psiquiátrico interferem de forma drástica nos indivíduos resignados a este isolamento social. Para o autor o internamento constitui uma separação entre o mundo interno do paciente, seu ego, para assumir outro papel designado pelo hospital ao interno. Goffman (2015) cita que este “despojamento do papel” (p.24), certifica a “ruptura profunda com os papéis anteriores e uma avaliação da perda de papel” (p.24). Isto é, o interno deixa de possuir um ego próprio, para assumir exclusivamente o papel exigido pelo hospital. Assim, Goffman (2015) afirma que o interno deixa de possuir um eu, um ego, para ser parte da instituição submetida. Instituição que disciplina o interno pelo isolamento e repressão.

Goffman (2015) ainda aponta que ao ser admitido em uma instituição que visa à cura de demandas sociais, as pessoas internas acabam por ser “despidas de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca desfiguração pessoal” (p.28). O autor ressalta que a instituição retira do indivíduo, não apenas a possibilidade de um convívio social pela reclusão, mas o arranca do seu próprio eu, ocorrendo o que o autor chama de deformação pessoal em que o interno “perde seu conjunto de identidade” (GOFFMAN, 2015, p.29).

Isto posto, Goffman (2015) aponta que os tratamentos psiquiátricos pelo internamento social, realizavam a autodestruição da identidade do interno pela constante vigia. Segundo o mesmo autor, o doente mental era submetido a uma série de ações que se objetivavam a interrupta supervisão, eram colocados em salas “nu, supostamente para a sua proteção, e colocado numa sala com luz constantemente acesa, e que, por uma “janelinha”, pode ser visto por quem quer que passe pela enfermaria” (p.32). De tal modo, que o interno permanecesse em constante vigia.

Esta mortificação do eu ocorre de diferentes modos durante o internamento, validando o cárcere dos seus internos. Para Goffman (2015) os enclausurados carregavam estigmas que foram delineados pela sociedade, pois de algum modo seja pelo adoecimento psíquico, ou/e por outras vulnerabilidades, destoavam dos costumes e moral da burguesia. O que justificava o tratamento repressivo e obscuro, sem nenhuma ideia de promoção a saúde dos internos (GOFFMAN, 2015).

A exclusão de uma parcela da população vulnerável de acordo com o exposto ocorreu de forma histórica, materializado pelo abusivo tratamento que oprimia seus internos. Foucault (2014) aponta que esta relação entre o poder, o saber médico e o doente foram submetidos à ordem do internamento. Entretanto, o autor salienta que a justificativa para recluir pessoas com diferentes demandas socioeconômicas em uma mesma instituição nunca foi dita. Para Foucault (2014) “qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários

e aos insanos” (p.55). O que abarcava estas pessoas? Porque eram reclusas nos mesmos hospitais com diagnósticos semelhantes? Estar em situação de vulnerabilidade seja ela social, econômica ou ambas, assemelhava-se nas histórias dos internos (FOUCAULT, 2014).

Foucault (2014) destaca uma forma de tratamento que exclui, sem pertencer à atual lógica médica, a de promoção à saúde. Mas, que foi operacionalizada pelo saber médico que exerceu e ainda exerce poder e controle sobre os internos. Este tratamento retirava do convívio social as pessoas em sofrimento psíquico e em condição de pobreza, que eram encaminhadas por vontade própria ou por força policial aos hospitais gerais. Desse modo, Foucault (2014) descreve que os hospitais tinham como único objetivo “recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária” (p.56).

Esta realidade também foi afirmada por Castel (1978), que ao analisar o tratamento psiquiátrico corrobora com este “direito de punir para humanizar-se, pedagogizar-se e mesmo medicalizar-se, para tratar-se de variantes em relação a um direito de corrigir” (p.28). O autor afirma sobre uma forma de tratamento exercido pelo poder/saber médico que aponta para uma prática institucional que se objetivava a excluir do convívio social todo aquele que não se adequava a sociedade. Esta reclusão, segundo Castel (1978) ocorria por meio de um “sistema contratual, a repressão do louco, que deverá construir para si um fundamento médico, ao passo que a repressão do criminoso possui imediatamente um fundamento jurídico” (p.28). Assim, o autor aborda que esta: “medicalização não significa, de fato, a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implica na definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco” (CASTEL, 1978, p.40).

Portanto, o poder para enclausurar os loucos e pobres, um poder institucional, sustentava-se pelo tratamento a moral a ser dado a essas pessoas. Tratamento sem nenhuma preocupação médica, em relação à promoção à saúde, mas que pela reclusão buscava tratar questões sociais.

Foucault (2014) evidencia que as grandes instituições exerciam poder na conduta moral daqueles que eram encaminhados aos hospitais, no qual a finalidade era “zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar” (p.56). Para que esta ordem se mantivesse eram nomeados diretores de hospitais para exercerem a função de controle desses hospitais (FOUCAULT, 2014). Tal controle, de acordo com Foucault (2014) se estendia por toda a cidade de Paris, para além dos hospitais, chegando a todos que estavam resignados a jurisdição da época.

Isto posto, podemos entender que os tratamentos destinados à loucura e pobreza de acordo com as extensas descrições de Foucault (2014) e Castel (1978) detinham demandas sociais que foram tratados pelo enclausuramento, exercido pelos poderes hierárquicos da sociedade. Posteriormente, as reformas psiquiátricas apontaram para uma reorganização de seu modelo médico de tratamento. Tratamento que responsabilizava os pobres pela sua relação capital/trabalho, ao recluírem uma parcela da população considerada insana por não deter de recursos mínimos para sobrevivência.

Foucault (2014) afirma que a exclusão social foi um tempo marcado pela repressão e pela assistência, tratando os pobres com adoecimento psíquico ou não, pela detenção nos hospícios. Desse modo, a higiene social detinha uma única preocupação burguesa, pelo “desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca” (FOUCAULT, 2014, p.61). Dessa maneira, Foucault (2014) salienta que a prática contraditória da burguesia ao buscar tratamento para a loucura e pobreza no cárcere se reiterava ao longo dos anos, se materializando nos “leprosários, vazios desde a Renascença, mas repentinamente reativados no século XVII” (p.61).

Deixando explícito o poder exercido pela burguesia pelo incessante desejo de higienizar a sociedade, retirando do convívio social todo aquele considerado menor/inferior à sociedade burguesa. Foucault (2014) ainda aponta para a prática de internamento ao pobre como uma “nova reação à

miséria” (p.62), pois o homem ou mulher em condição de pobreza, de miséria, era dito como alguém que não pode responder por si mesmo. Desse modo, seja pela ausência de sanidade psíquica ou pela condição de pobreza, uma gama da população considerada vulnerável, era encarcerada nos hospitais gerais de forma vitalícia, justificada pelo estigma, moldando a realidade excludente.

A legitimação da reclusão social, respaldada judicialmente e operacionalizada pela repressão dos agentes sobre loucos e pobres foi apontada por Castel (1997) ao descrever à realidade excludente de pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, apresentando ou não sofrimento psíquico. Estas, de acordo com o autor foram reclusas aos hospitais gerais mais tarde chamados de hospitais psiquiátricos. Reclusão que visava tratar doenças de origem social pela exclusão do convívio a sociedade, sem qualquer possibilidade de intervenções sócio políticas.

Sobre a forma de exclusão social, Sawaia (2001) aborda como um processo sócio histórico que atinge uma gama de esferas sociais. Este processo também foi pensado por Wanderley (2001) ao estudar sobre a exclusão e a pobreza. O autor afirma que ambas, estão articuladas e fazem parte de um fenômeno multidimensional. Caliman (2008, p.105), ainda acrescenta que a pobreza se trata de um “elemento de controle enquanto podem servir de referência ou de fator de dissuasão para aqueles que trabalham, advertindo-os do perigo de, sem trabalho, tornarem-se também pobres ou miseráveis”. Logo, o autor afirma que a ausência de emprego e da renda, agrava a condição de pobreza, podendo resultar à condição de rua, o extremo da pobreza.

O agravamento da vulnerabilidade socioeconômica inerente à condição de rua foi evidenciado por Paugam (2003, p.46) ao abordar a pobreza como um “fracasso social”, o que o autor chama de “desqualificação social”. Este fracasso ou desqualificação social é dito pelo autor como um indício da decadência humana. De acordo com Paugam (2003), as pessoas em condição de vulnerabilidade, acabam por não possuírem recursos econômicos, pouca ou

nenhuma participação política e ainda, ocupam uma posição social considerada inferior e que foi construída socialmente. Dessa forma, para Paugam (2003), tratar de pobreza diz de inúmeras categorias, que se entrelaçam na estrutura da sociedade. Pois para o autor a sociedade moderna considera esse “fenômeno de forma unicamente negativa e desejam combatê-lo ou, ao menos, dar assistência àqueles que mereçam ou, de preferência, aos que acreditam que a assistência é legítima” (PAUGAM, 2003, p.55). Desse modo, Paugam (2003) destaca a pluralidade da pobreza, mas ainda sendo vista pela estrutura das sociedades modernas, como algo ligado apenas a assistência ao outro.

Para melhor compreender a pobreza, uma das consequências de um sistema econômico que prioriza exclusivamente o aumento do capital, Paugam (2003) evidencia a pobreza como um fenômeno que não pode ser compreendido em sua unidade. O autor cita que este fenômeno aponta para populações que estão em situações econômicas e sociais precárias de diferentes modos, demandando também outras necessidades sociais.

Outra estudiosa, Yazbek (2012, p.289) entende a pobreza como: “produtos das relações que produzem e reproduz desigualdade em um plano social, político e econômico”, tornando-se uma realidade complexa e plural estando além da unidade. A autora entende a pobreza como uma produção e reprodução social, sustentada por relações desiguais que apontam para a exclusão social.

Paugam (2003) corrobora com Yazbek (2012) ao afirmar que o fenômeno pobreza esta para além da baixa renda, afirmando que tal fenômeno evolui durante a história apresentando outras características, “a pobreza na idade média é incomparável à pobreza encontrada nas sociedades modernas” (p.49). O mesmo autor acrescenta que os processos sociais que produzem e reproduzem a exclusão e a desigualdade social, vincula-se a uma “abordagem ao mesmo tempo econômica e sociológica” (PAUGAM, 2003, p.54). Esta produção e reprodução social, é afirmada por Wanderley (2001) ao enfatizar que pobreza e a exclusão social no Brasil, apontam para as mesmas relações

de subalternidade e discriminação, tendo como causa uma estrutura econômica com concentrações de renda desigual, que prioriza o capital. Para a autora, o combate à exclusão social em nosso país, deve assegurar o exercício da cidadania, rompendo com as relações de subordinação historicamente impostas. Relações que Stoer et. al (2004) apontam como o resultado de um processo de exclusão social multidimensional dotado de diversas causas, bem como de diversas consequências.

A vulnerabilidade social e econômica acerca das PSR foi estudada por Paugam (2001, p.67) ao abordar sobre a pobreza revestida por um *status* social desvalorizado e estigmatizado, em que os pobres são obrigados a viver “numa situação de isolamento, procurando dissimular a inferioridade de seu *status* no meio em que vivem, mantendo relações distantes com todos os que se encontram na mesma situação”.

Pensando nesta realidade excludente, Sawaia (2001) assegura que a exclusão social de pessoas economicamente vulneráveis, se trata de um tema atual e multifacetado, no qual sua análise constitutiva busca expor a exclusão em sua versão social, subjetiva, física e mental. Yazbek (2012) corrobora ao evidenciar que a pobreza faz:

[...] parte de nossa experiência diária. Os impactos destrutivos das transformações em andamento no capitalismo contemporâneo vão deixando suas marcas sobre a população empobrecida: o aviltamento do trabalho, o desemprego, os empregados de modo precário e intermitente, os que se tornaram não empregáveis e supérfluos, a debilidade da saúde, o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a resignação, a revolta, a tensão e o medo são sinais que muitas vezes anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados na sociedade (p.290).

Assim, a pobreza deixa marcas concretas na população empobrecida, em que essas graves ausências alarmam os obstáculos encontrados por esta parcela da população nas políticas sociais regulamentadas.

Ao pensar nas pessoas em condição de pobreza e adoecidas psiquicamente por vezes em situação de rua, nos deparamos com uma história de exclusão social, que por longos anos foi efetivada pelos hospitais psiquiátricos. Esta higienização praticada pela sociedade burguesa na Idade

Média, atravessando a Renascença e a Era Clássica, indicava a exclusão dos pobres, justificada por sua conduta moral, considerada inválida a burguesia, pela ausência de moradia, emprego, pela inexistência de renda ou qualquer outra forma de vulnerabilidade socioeconômica (FOUCAULT, 2014a). Á vista disso, Foucault (2014a) constata que ao longo dos anos a reação da sociedade burguesa frente à pobreza e ao adoecimento psíquico referiu-se de diversos modos, a mesma exclusão social, que foi efetivada pelo enclausuramento.

Esta exclusão social vivenciada pelos loucos e pobres no Ocidente, descrita por Foucault (2014), por Castel (1978) e Goffman (2015), foi reafirmada na realidade brasileira. Amarante, médico psiquiatra, pioneiro do movimento brasileiro da reforma psiquiátrica, representante da Luta Antimanicomial no Brasil, corrobora a história da loucura descrita na Europa, apontando para as semelhanças da história da loucura no Brasil. O autor destaca que a pobreza e o adoecimento psíquico vivenciado por vezes por pessoas em situação de rua, marcam no Brasil a história de uma realidade de exclusão, e que por anos foi invisível à sociedade.

Diante da história dos tratamentos psiquiátricos que estavam para além do adoecimento psíquico e trazendo a reflexão para os dias de hoje, os poderes exercidos pela hierarquia que reclusa o louco e pobre no século XIX, XX, agora são exercidos pelos donos de instituições privadas. Estes, que pela internação compulsória, reclusam aqueles, que como pontua Foucault “poderiam ou mereciam ali estar” (2014, p.56). Assim, uma gama da população considerada anormal pelo adoecimento psíquico ou pela condição de pobreza, era retirada do convívio social. Esta reclusão que se familiariza com os atuais internamentos compulsórios.

Pensando na realidade brasileira, o louco e pobre semelhante ao tratamento europeu, também foi submetido ao internamento vitalício nos chamados manicômios. A história nos aponta para um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil, chamado de hospital Colônia de Barbacena, localizado no Estado de Minas Gerais. Este hospital foi inaugurado em 1903, e conhecido por uma história de extermínio dos pobres e loucos. Os métodos cruéis

utilizados no manicômio de Barbacena foram denunciados no decorrer da história, por meio de documentários que apontam para a similaridade do cárcere imerso ao hospital, com os campos de concentrações da Alemanha.

“Lá suas roupas eram arrancadas, seus cabelos raspados e, seus nomes, apagados. Nus no corpo e na identidade, a humanidade sequestrada, homens, mulheres e até mesmo crianças viravam ‘Ignorados de Tal; (...) comiam ratos e fezes, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violentados até a morte’²³”.

“Ele tinha passado 21 anos como mudo na instituição batizada de ‘Colônia’, considerada o maior hospício do Brasil, no pequeno município mineiro de Barbacena. Em 21 anos, nenhum médico ou funcionário tinha lhe perguntado nada. Aos 68 anos, Antônio ainda não sabe por que passou 34 anos da vida num hospício, para onde foi despachado por um delegado de polícia. ‘Cada um diz uma coisa’, conta. Ao deixar o cárcere para morar numa residência terapêutica, em 2003, Antônio se abismou de que era possível acender e apagar a luz, um poder que não sabia que alguém poderia ter. Fora dos muros do manicômio, ele ainda sonha que está amarrado à cama, submetido a eletrochoques, e acorda suando. A quem escuta a sua voz, ele diz: ‘Se existe um inferno, a Colônia é esse lugar’²⁴”.

O relato dos familiares e internos do hospital, após o término deste holocausto brasileiro deixa uma história de “morte de cerca de 60 mil pessoas entre os muros da Colônia durante o século XX”²⁵. Ao longo dos anos, as denúncias e as lutas por uma real forma de tratamento²⁶, possibilitaram consolidar políticas de assistência à saúde mental de forma oficial. Contudo, ao pensarmos nas políticas sociais brasileiras, inferimos que estas ao avançarem esbarram em alguns desafios. Desafios, ainda ligados ao estigma e a exclusão social das pessoas em condição de vulnerabilidade socioeconômica, enfrentados pelo Sistema de Saúde Pública (SUS), bem como pelo Sistema Único Assistencial Social (SUAS) (BEZERRA, 2007).

No Brasil, a lei que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas

²³Relato de familiares de internos do hospital Colônia de Barbacena. Endereço de acesso:<<http://justificando.cartacapital.com.br/2015/03/05/o-holocausto-manicomial-trechos-da-historia-do-maior-hospicio-do-brasil/>>.

²⁴Endereço de acesso:<<http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/elianebrum/noticia/2013/06/os-loucos-os-normais-e-o-estado.html>>.

²⁵ Idem ao 24.

²⁶ Tratamento ligado às pesquisas médicas.

portadoras de transtornos mentais²⁷ em sofrimento psíquico, de acordo com Bezerra (2007) deu lugar aos serviços substitutivos, que progressivamente vão deixando para trás o modelo hospitalocêntrico e manicomial. Estes serviços chamados de extra hospitalares buscam fomentar a luta antimanicomial, que instiga melhorias nos atendimentos às pessoas adoecidas psiquicamente, fortalecendo a inclusão social e a emancipação dessas pessoas (BRASIL, 2014).

Entretanto, o processo de desinstitucionalização e reintegração das pessoas com transtornos mentais através de políticas públicas, a fim de concretizar diretrizes de superação dos atendimentos centrados nos hospitais psiquiátricos, conforme é determinado a partir da reforma psiquiátrica brasileira, enfrenta constantes desafios. Estes embaraços apontam para um processo de inclusão social de pessoas com longo histórico de exclusão social, que aflora lacunas nas políticas nacionais que visam incluir essa população historicamente excluída. Entretanto, o as experiências coletivas que fomentam o desenvolvimento local²⁸ se concentra em poucas comunidades do país, no Brasil estima-se que.

[...] existam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil. Deste total, estima-se que dois quintos (40,1%) habitem municípios com mais de 900 mil habitantes e mais de três quartos (77,02%) habitem municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes. Por sua vez, estima-se que nos 3.919 municípios com até 10 mil habitantes habitem 6.757 pessoas em situação de rua, (6,63% do total). Ou seja, a população em situação de rua se concentra fortemente em municípios maiores (BRASIL, 2016, p.25).

Diante dos dados expostos e pensando na PSR, Wanderley (2001) afirma que as pessoas que estão nas ruas estão em constante vulnerabilidade social e econômica, vivendo o processo de exclusão social ao longo dos anos. Dentro desse cenário, em que a condição de pobreza, a situação de rua, aliada ao adoecimento psíquico molda uma realidade excludente, Dias et. al (2015) ressaltam que as pessoas em situação de rua são “produzidos pelo sistema

²⁷ Neste trabalho foi utilizado o termo transtornos psiquiátricos como sinônimo de transtornos mentais.

²⁸ Exemplo explicitado em tópico próprio.

capitalista, pela opressão, a invisibilidade e a violência física e simbólica, que marcam as suas trajetórias de vida como um todo” (p.2). Segundo os mesmos autores, as consequências desse sistema econômico desigual vão além das questões econômicas, estando reforçadas nas diversas formas de exclusão social, “multidimensionais e socialmente compartilhadas, ligadas às questões de gênero, classe, raça, idade, orientação sexual e atividade laboral” (DIAS et. al, 2015, p.2).

Além disso, o Ministério da Saúde (2014, p.9) contextualiza a existência das pessoas que se encontram em situação de rua, como “fruto do agravamento de questões sociais”, localizando que “a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, o preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional é, muitas vezes, a ausência de políticas públicas”. De acordo com o Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (2015), esta realidade compõe um grupo de pessoas que estão submetidas a uma limitação de renda, consequentemente estando limitados a satisfazer suas necessidades mínimas, como: moradia e alimentação. Combinado a esta realidade, o referido Conselho Regional (2015) ainda afirma “há a impossibilidade de acesso a condições de promoção e garantias de direito que possam sanar essa limitação” (p.13), o que agrava a vulnerabilidade das pessoas em situação de ruas, por vezes adoecidas.

O Conselho regional (2015) afirma que o fenômeno de rua aponta para pessoas que não possuem acesso às condições mínimas para preservar sua saúde física e psíquica, e para satisfazer suas necessidades básicas como: alimentação ou moradia. Desse modo, as pessoas que percorrem as ruas em condição de extrema pobreza, sem vínculos familiares, sem moradia ou sustento, vivem de forma concreta os resultados de uma sociedade desigual (BRASIL, 2014).

Frente a esta demanda social, e após longos anos de lutas e debates, foi legislada a Reforma Psiquiátrica no Brasil e um tempo depois, regulamentada a Política Nacional a População em Situação de Rua. Estas políticas procuram estabelecer diretrizes de (re)integração social

respectivamente, das pessoas em sofrimento psíquico que, por vezes, estão em situação de rua, garantindo o acesso a direitos como cidadãos e ao desenvolvimento social pleno.

O Movimento Nacional da População de Rua²⁹ surge com o objetivo de consolidar o acesso aos direitos da PSR por meio do fortalecimento da consciência política das pessoas que estão em situação de rua. A cartilha que organiza a formação política a fim de contribuir para a organização das PSR cita que:

As pessoas vão para a rua porque a estrutura da nossa sociedade é desigual. E por vivermos em uma sociedade capitalista, a desigualdade é condição para que o capital possa se reproduzir e aumentar sempre o seu lucro. Como a riqueza da sociedade se acumula cada vez mais nas mãos de poucos e os recursos não são destinados para atender aos direitos básicos, como saúde e moradia, acaba se reforçando a divisão entre pobres e ricos. Para piorar, a cultura e a ideologia dominantes reproduzem e multiplicam esta divisão e desigualdade. É o preconceito que reforça a imagem negativa de quem vive na rua. Os meios de comunicação disseminam o termo “mendigo” e reforçam o isolamento. É um estigma que rotula a todos como incapazes e vagabundos, e pior, como bandidos e criminosos, acentuando a criminalização da pobreza (BRASIL, 2010, p.09).

Desse modo, o sistema econômico vigente produz e reproduz a desigualdade social, mantendo fortunas a um grupo seleto, os considerados ricos. Enquanto, uma parcela da população empobrecida não possui recursos mínimos para sobrevivência, partilhando de um estigma que os rotula e os enrijeça as margens da sociedade. A cartilha ainda pontua que o estigma vivenciado pelas pessoas em condição de pobreza, esculpe a barreira para o efetivo acesso aos direitos como cidadãos para uma porvindoura reintegração social (BRASIL, 2010). Estas dificuldades se agravam na presença do adoecimento psíquico, pois a louco também deve ser mantido a margem da sociedade conforme evidencia a história.

Esta realidade de pouca ou nenhuma participação política, a margem da sociedade, esta em constante modificação por meio das ações dos movimentos sociais. Entretanto, como já exposto, a PSR ainda encontra

²⁹ Passaremos a utilizar a sigla MNPR para designar Movimento Nacional da PSR.

dificuldades para se reinserirem socialmente, pois o preconceito e o estigma direcionados a PSR se operacionaliza pela “total indiferença, invisibilidade e ausência de respeito e sensibilidade por parte da sociedade, até as práticas de violência física que reforçam uma visão de naturalização e imutabilidade dessa condição social” (BRASIL, 2011, p.30).

A invisibilidade, a violência, e a exclusão do convívio social são evidenciados no documento “Orientações técnicas: Centro de Referência especializado para População em situação de Rua e serviço especializado para Pessoas em situação de Rua” (2011) como comportamentos naturalizados e endereçados a PSR. Isto posto, podemos nos questionar: A sociedade esquiva-se de qualquer forma de responsabilização ao sistema econômico vigente, e as suas cruéis consequências à parcela da população empobrecida?

Como anteriormente exposto, as realidade evidenciadas por Engels (2010), Foucault (2014), Castel (1997) no Ocidente, na Europa, que por vezes foi reiterada na América Latina, no Brasil, alarmada por Amarante (2015) e por Yasui (2015), foram permeadas pela pobreza, que por vezes resultou na condição de rua e no adoecimento físico e psíquico. Desse modo, conseguimos entender que inerente à condição de rua, está à condição de pobreza preenchida pelas graves limitações alimentares, pela inexistência de moradia, de segurança, que se agrava pela ausência de emprego, pelos vínculos familiares fragilizados, e pelo adoecimento físico e psíquico. E a partir dessas reflexões podemos ponderar quais relatos históricos se assemelham com a atual realidade das ruas das cidades brasileiras?

A invisibilidade acerca da PSR, abarcados pela pobreza e por vezes pelo adoecimento psíquico, faz emergir algumas lacunas que moldam a reforma psiquiátrica brasileira e a política nacional a PSR, ao insurgir outras demandas sociais que esta parcela da população vivencia em suas realidades. Isto posto, na subsequência será abordado a reforma psiquiátrica brasileira, apontando para uma realidade desigual, que se aproxima do modo como o louco e pobre foi entendido no Brasil, a partir da história delineada no Ocidente.

1.3 Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Uma história de desigualdades

A discussão em saúde mental remonta um cenário permeado por tratamentos excludentes, que da realidade histórica da Europa descrita por Foucault (2014), reitera a realidade dos hospitais asilares da América Latina, nos manicômios brasileiros conforme pontua Amarante (2015) ao explicitar o modelo psiquiátrico clássico. Destarte, a história da loucura na Europa exposta por Foucault e Castel (1978), nos aproxima da nossa própria história. Por isso, devemos analisar a história da loucura descrita por Foucault (2014), para elucidar os porvindouros movimentos brasileiros pela luta antimanicomial.

Desse modo, ao retornamos a história da loucura e de seu tratamento no Ocidente, nos deparamos com a longa exposição de Foucault (2014, p.56) ao descrever que de início, “a primeira vista, trata-se apenas de uma reforma, apenas de uma reorganização administrativa”. Entretanto, esta reorganização, apontava para reclusão de pessoas em situação de vulnerabilidade social e econômica. Foucault (1975) evidencia que essas instituições destinadas aos internamentos de pessoas em sofrimento psíquico, foram também, estabelecimentos destinados a recluir os “inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, os libertinos de toda espécie” (p.54). Dessa maneira, o autor assinala uma reclusão de pessoas com ou sem sofrimento psíquico, mas que estariam em uma condição considerada pela sociedade burguesa “menor” e que deveriam ser excluídas do convívio social.

Amarante (2007) corrobora com as denúncias de Foucault, ao descrever os chamados hospitais gerais na Era Clássica no Ocidente, reiterado no cenário brasileiro. O autor enfatiza que os hospitais foram criados no Brasil: “como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes”, repetindo o mesmo funcionamento dos hospitais gerais originados no Ocidente (AMARANTE, 2007, p.22). Desse modo, o autor

aponta que o nascimento da psiquiatria foi permeado pelo surgimento dos hospitais gerais, criados com a ideia religiosa a fim de pregar a fé, caridade e esperança a pessoas consideradas vulneráveis socioeconomicamente. Amarante (2007) acrescenta que os pobres que partilhavam da miséria, por vezes adoeciam pela condição vulnerável que se encontravam e novamente eram excluídos do convívio social.

Como já anteriormente mencionado, a forma excludente de tratamento a loucura que abarcava as pessoas pobres e vulneráveis pelo enclausuramento aos manicômios, perpassou por longos anos de reivindicações e lutas. Esta transformação resulta em uma instituição médica que redefiniu o lugar da loucura, do louco e do pobre (AMARANTE, 2007). O hospital, segundo Amarante (2007) deixa o lugar de caridade, com aspecto religioso para se tornar uma instituição de tratamento médico. Contudo, o controle social exercido pela instituição religiosa não se dissipa, apenas passa a ser exercido pelo saber médico justificado por um tratamento.

Amarante (2015) realça que a reforma psiquiátrica no Brasil foi instigada pelo Movimento Democrático Italiano, protagonizado por Franco Basaglia. O médico psiquiatra propunha inovadoras formas de tratamento à loucura, por meio de novos espaços, que priorizavam a relação médico/paciente (AMARANTE, 2015). Amarante (2015) ressalta que Basaglia preconizava a relação entre o saber e prática médica, mas ainda reduzindo a loucura a um objeto de intervenção. Desse modo, Amarante constata que a proposta de Basaglia se limitava a “humanizar o manicômio” (p.47), sem preconizar as discussões sobre as formas excludentes do tratamento manicomial, pela reclusão dos loucos e pobres.

Este cenário de tratamento, que se iniciou pela relação do saber médico e sua prática, resultou em posteriores transformações ao modelo clássico psiquiátrico ocidental, que após a segunda guerra mundial, molda críticas direcionando reformas as instituições asilares (AMARANTE, 2015).

Amarante (2015) elucida que as críticas ao modelo clássico psiquiátrico deu lugar a um “ato de “libertação” dos loucos, que ressignificou práticas e

fundou um saber/práticas que aspirava ao reconhecimento e ao território de competência sobre um determinado objeto: a doença mental” (p.27). Amarante (2015) salienta que as críticas ao modelo de tratamento excludente direcionado as pessoas pobres, vulneráveis e por vezes adoecidas, ganha lugar após a segunda guerra aliado a outras questões sociais oriundas da guerra.

De acordo com Amarante (1992) a reforma psiquiátrica no Brasil foi pautada pelo período de redemocratização, no qual estava sendo baseada a conjuntura política do país, que aliada aos movimentos da sociedade civil, colaborou com a organização de núcleos de estudo de saúde mental. O autor salienta que por meio de denúncias se fomentou a construção de políticas de saúde mental, tencionando o cenário dos serviços hospitalares e manicomiais, com relação ao Estado e a seus interessados.

Amarante (1992) ainda evidencia que a prática e o saber psiquiátrico clássico, possuíam uma incessante “função tutelar e segregadora da intervenção psiquiátrica, ao aparato manicomial” (p.103). Indo de encontro com as denúncias de reclusão que Foucault já realizava ao apontar uma exclusão social pela condição de vulnerabilidade social de homens ou mulheres. Desse modo, o autor corrobora com o pensamento foucaultiano ao analisar que o interesse na reorganização psiquiátrica, parte de um interesse de reinscrições político-partidárias, da organização da sociedade civil pela redemocratização. Interesse que de acordo com o Amarante (1992), permitiu que papéis em conselhos de saúde e associações profissionais fossem definidos, estando além da preocupação com a promoção a saúde.

Destarte, a mobilização crescente diz de uma busca institucional por formações técnicas, criticando um modelo médico tradicional, que incluía “determinações socioculturais nas enfermidades, das relações saúde-capital-trabalho” (AMARANTE, 1992, p.104). Amarante (1992) afirma que ao longo do processo de transformação da loucura, tratada exclusivamente pelo internamento vitalício, passa a preconizar a inserção social. Entretanto, as transformações na saúde mental esbarram em obstáculos, durante as tentativas de estabelecer limites entre a loucura e a sanidade. Amarante (1992)

afirma que as funções sociais correspondentes à segregação de uma parcela da população em situação de vulnerabilidade, que os antigos manicômios se responsabilizavam, ao longo das denúncias de violência e negligência realizadas contra os internos, possibilitou que os hospitais psiquiátricos fossem vistos com descrédito pela sociedade, ao pensar no tratamento da loucura.

Para Amarante (2007) o período de reorganização do tratamento psiquiátrico no Brasil, perpassa por um período de redemocratização partidária, o que fortalece a mudança no tratamento psiquiátrico, saber e prática médica. Isto posto, a reforma psiquiátrica brasileira teve seu início em 1978 com o movimento social da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, chamado de “O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)” (BRASIL, 2005). O movimento era composto por pessoas que trabalhavam com saúde, familiares dos internados, sindicatos, associações e pelas pessoas com históricos de internações (BRASIL, 2005). Amarante (2015) ressalta que este movimento tinha como objetivo “constituir um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica” (p.52). Desse modo, movimento organizou encontros que priorizavam reunir trabalhadores da saúde, associações entre outros setores da sociedade, para discutir e concentrar informações que contribuíssem na luta antimanicomial.

No Brasil, de acordo com o documento apresentado na “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” em 2005, a reforma psiquiátrica reivindicava mudanças nos modelos de atenção e práticas a saúde. Este processo, ganha atenção no Brasil por se tratar de uma mudança nas políticas públicas governamentais e nos serviços de saúde. Diante disso, a Reforma Psiquiátrica constrói um processo político e social complexo, englobando diversas demandas, percorrendo diferentes caminhos, desde a esfera federal, perpassando movimentos sociais até chegar aos sujeitos com transtornos mentais e seus familiares (BRASIL, 2005).

A reforma psiquiátrica brasileira trata-se de uma política pública instituída pela Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que dispõe: “sobre a proteção e

os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (p.1). Sobre a citada lei Diaz (2008) afirma que se trata de um “projeto em expansão constituindo-se pelo modelo comunitário com seus diversos dispositivos institucionais” (p.2). Dentre esses dispositivos estão os: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados os ordenadores da rede, abrangendo usuários adultos, adolescentes, crianças e para tratamento de álcool e drogas de forma específica (CAPSII, CAPSIII, CAPSi e CAPSad)³⁰. O programa De Volta para Casa, que se objetiva a inserir os internos de longa permanência aos hospitais psiquiátricos na familiar, e na sociedade. Diaz, (2008) ainda acrescenta que a reforma psiquiátrica brasileira busca articular a rede básica da saúde com os serviços substitutivos. Este vínculo possibilita à promoção a saúde dos usuários, e a redução dos leitos psiquiátricos nos hospitais.

Desse modo, a reforma psiquiátrica brasileira diz de uma legislação que assegura um novo modo de tratamento das pessoas com transtornos mentais, não mais pela reclusão, mas agora garantindo a reinserção social dessas pessoas. Yasui (2015) afirma que a reforma psiquiátrica brasileira se propôs a ampliar os serviços substitutivos aos tratamentos asilares, se distanciando dos tratamentos hospitalocêntricos, opressivos para fortalecer os serviços extra hospitalares.

Pensando no conceito de Saúde Mental, Amarante (2007) realça que este é um campo do conhecimento complexo, plural e de transversalidades de saberes. Para o autor, tratar de saúde mental é abordar a sociedade, a cultura e todas as demandas que estão acerca do ser humano. Desse modo, Amarante (2007) afirma que a saúde mental é “um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que do mesmo modo, são condições altamente complexas” (p.19). Entretanto, conforme anteriormente explicitado, a história da saúde mental perpassa pela exiguidade deste pensamento transversal ao excluir do

³⁰ Instituições explicitadas em tópico próprio.

convívio social pessoas adoecidas ou não, mas em situação de vulnerabilidade socioeconômica (FOUCAULT, 2014; CASTEL, 1978; AMARANTE, 2015), o que moldou obstáculos para a construção de um pensamento transversal.

A exclusão social vivenciada pela parcela da população em sofrimento psíquico, e em situação de vulnerabilidade social e econômica ocorre de forma histórica. Entretanto, ao direcionarmos a reflexão para a atualidade nos deparamos com as eminentes lacunas que esta população vulnerável e adoecida vivencia, mesmo após a regulamentação de legislações que os distanciam do tratamento asilar. Sobre isso, Yasui (2015) afirma que ainda nesta chamada era da modernidade esta face “tenebrosa” (p.17) da saúde mental no Brasil, se faz presente nas “palavras e nas ações de prefeitos que investem pesado contra os dependentes químicos, propondo internação compulsória como recurso de tratamento”. Tais ações são validadas por setores da sociedade, em decorrência dos lucros ganhos com as medidas “polícialescas e higienistas” (p.17).

A busca constante por higienizar a sociedade, com o propósito de ocultar um problema antigo, mas que ainda se faz presente na realidade brasileira após a reforma psiquiátrica. O tratamento asilar pela reclusão de pessoas adoecidas e vulneráveis socioeconomicamente, indiferentes ao sofrimento ou as singularidades que permeiam a história de cada sujeito, ainda delineia alguns tratamentos no Brasil. Entre esses tratamentos encontramos as internações compulsórias.

As internações compulsórias são regulamentadas pela mesma lei³¹ que dispõe a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, que preconiza:

Art. 6. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica.
I – Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
II – Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

³¹ Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001 (BRASIL, 2011).

III – Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL 2001, p.01).

Estas internações são elucidadas por Barros e Serafim (2009) ao estudarem o ciclo de internação e os motivos que justificam as internações compulsórias. Na sequência os autores explicitam tais condições:

FIGURA 1 – Condições para internação compulsória - Lei n. 10.216.

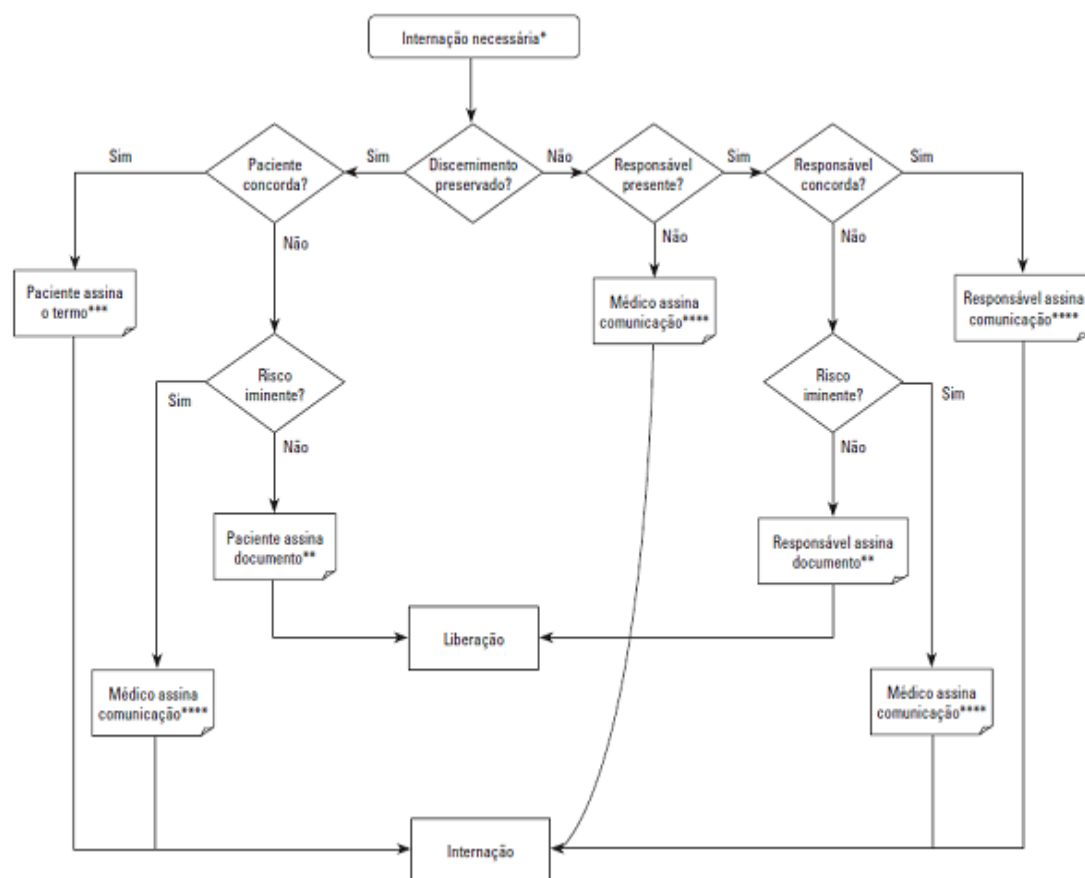
Tabela 1. Condições que podem justificar internação involuntária e transtornos que ocorrem mais frequentemente

Diagnóstico \ Sintoma	Agressividade	Risco suicida	Promiscuidade sexual	Gastos excessivos	Intoxicação com risco de morte	Recusa alimentar	Não adesão ao tratamento
Transtornos psicóticos	X	X	-	-	-	-	X
Mania	X	-	X	X	-	-	X
Depressão grave	-	X	-	-	-	X	-
Anorexia	-	X	-	-	-	X	X
Demência	X	-	-	-	-	X	X
Dependência química	X	-	-	-	X	-	X
Síndrome de abstinência	X	X	-	-	-	-	-

Fonte: Barros e Serafim (2009).

Diante de tais condições para a internação compulsória, regulamentada por lei, na figura subsequente podemos visualizar um fluxograma para o internamento, explicitando os trâmites a serem seguidos para que se possa efetivar a internação compulsória:

FIGURA 2 – Fluxograma da internação - Lei n. 10.216.



Fonte: Barros e Serafim (2009).

Barros e Serafim (2009) elucidam como as internações são realizadas após a regulamentação da reforma psiquiátrica brasileira. A lei normatiza que as internações devem ser respaldadas por laudo médico, e no prazo de setenta e duas (72) horas, o médico responsável deve comunicar ao Ministério Público Estadual o procedimento adotado e sua respectiva alta (BRASIL, 2001). Frente esta regulamentação, Barros e Serafim (2009) explicitam na Figura 1, as condições para que ocorra a internação voluntária, e do mesmo modo elucidam na Figura 2, por meio de um fluxograma os procedimentos realizados para que a internação ocorra.

Yasui (2015) pontua que a internação compulsória está presente na atualidade e é expressa pelas ações de prefeitos e empresários, que buscam lucros pelo adoecimento do outro e ainda, efetivam a higienização a sociedade. Esta higiene social pode ser visualizada na atualidade quando nos deparamos

com as ações que ocorrem no ano de 2017, na cidade de São Paulo/SP por meio do programa de internação compulsória de dependentes químicos que ocupavam a região central da metrópole, chamada de “Cracolândia”. O programa proferido pelo Estado de São Paulo gerou inúmeros protestos, pois tal intervenção foi entendida como uma política higienista, a fim de suprimir uma grave demanda social pela reclusão nos internamentos compulsórios.

Esta realidade nos faz indagar se esta “minoridade” vem sendo culpabilizada de outras formas, não pelo enclausuramento vitalício aos hospitais psiquiátricos. Mas, pela invisibilidade das demandas sociais explícito na condição de vida das pessoas em situação de rua e que por vezes adoecidas psiquicamente, vivenciam em suas realidades uma nova forma de exclusão social que substitui a reclusão pela invisibilidade.

Dessarte, a sociedade tornou invisível aquele que percorre as ruas de nossas cidades seminu, por vezes aos gritos, sujo e pobre. Esta invisibilidade vem sendo expressa pelas ações higienistas efetivadas pelos governantes, pelos atos de violência endereçados a PSR, pela falta de recursos as instituições que prestam atendimento a população de rua, entre outras vulnerabilidades e limitações.

A invisibilidade em que a PSR está submetida, contrária às diretrizes regulamentadas pela Política Nacional a População em Situação de Rua que prioriza a reintegração social desta parcela da população, agrava a vulnerabilidade acerca desta demanda. As instituições que prestam atendimento as pessoas que estão em situação de rua, por vezes adoecidas relatam nesta pesquisa a escassez de recursos, de equipe, dentre outras dificuldades encontradas que moldam obstáculos na reintegração social regulamentada pela política citada.

Diante desses obstáculos encontrados pelas instituições pesquisadas, na subsequência abordaremos a origem da Política Nacional a PSR no Brasil, buscando refletir sobre sua tardia regulamentação e a naturalização da sociedade a este fenômeno, que por meio da invisibilidade ainda exerce a exclusão social, a fim de ponderarmos seu alcance frente a esta grave

realidade.

2 A POLÍTICA NACIONAL A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Reflexões e Debates que estão acerca da origem desta política

O fenômeno de rua no Brasil como já explícito, surge a partir das mudanças do processo industrial, acompanhado da vulnerabilidade socioeconômica que se originou pelas péssimas condições de trabalho e de vida para trabalhadores inseridos no mercado formal ou não (SILVA, 2009).

Silva (2009) evidencia que o fenômeno de rua no Brasil tende a ser naturalizado pela sociedade, tendo como resultado o preconceito. A PSR de acordo com a autora diz de pessoas estigmatizadas pela sua condição de subsistência. Desse modo, a parcela da população que faz das ruas um espaço de sobrevivência passa a viver a invisibilidade da sociedade, por serem responsabilizadas pela sua condição de pobreza.

Esta Invisibilidade se alarma ao pensarmos na legislação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, que apenas em 23 de dezembro de 2009 entra em vigor. Mas como anteriormente exposto, o fenômeno de rua no Brasil surge já nas primeiras cidades e se intensifica pela mudança no processo industrial. Isto posto, podemos nos indagar, porque apenas em 2009 de forma tardia foi regulamentada a Política Nacional a PSR? Qual a importância da precária realidade das ruas a sociedade? Para elucidar esta invisibilidade histórica que acompanha a PSR, buscamos problematizar a origem da Política de proteção a PSR no Brasil.

A Política Nacional para a PSR foi construída a partir de um longo processo de reflexões e debates que ganhou lugar na agenda política no Brasil, a partir de uma série de abusos a população de rua, denunciados pelo poder midiático. Antes de abordarmos tais abusos que deram início ao processo de legislação da Política Nacional a PSR, podemos nos questionar quem são as pessoas em situação de rua no Brasil.

A caracterização da PSR parte de múltiplas determinações descritas na Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua

(2008) ao apropriar-se da extensa pesquisa de Mestrado da psicóloga Maria Lopes Silva. A política afirma que a PSR se forma a partir de:

[...] fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social etc.), fatores biográficos (alcoolismo, drogadição, rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, etc. além de desastres de massa e/ou naturais enchentes, incêndios, terremoto, etc.) (BRASIL, 2008, p.3).

Isto posto, podemos entender que o fenômeno de rua se trata de uma problemática complexa e que deve ser analisada de forma interdisciplinar. Entretanto, a legislação da política pública que preconiza a PSR é recente. O estigma que as pessoas em situação de rua vivem pela sua condição de pobreza expressos pelos abusos, pela exclusão social, pela invisibilidade que acompanha a PSR durante a história, também se faz presente no Brasil. Assim, ao refletirmos sobre a origem da Política Nacional a PSR para repensarmos seu alcance, podemos ainda compreender a invisibilidade que esta parcelada da população foi e talvez ainda seja submetida.

A exclusão social, vivenciada de forma histórica pela PSR no Brasil e no mundo, se agrava pelos abusos e crimes realizados a esta população vulnerável. Em 2004, 5 (cinco) anos antes da regulamentação da referida Política Nacional no Brasil, a mídia brasileira denuncia crimes direcionados a PSR. Crimes, que ocorreram na cidade de São Paulo/SP chamados pela mídia de “Massacre da Sé” ou “Massacre do Centro”, em que 10 (dez) pessoas em situação de rua foram mortas na região metropolitana da cidade de São Paulo/SP.

Após as denúncias conferidas ao massacre se organizou o Movimento das Pessoas em Situação de Rua (MNPR), apoiado por outros movimentos sociais, o que resultou na legislação da Política Nacional a PSR. Desse modo, a proteção da PSR foi regulamentada apenas após o grave massacre, que produziu reivindicações dos movimentos sociais e da alusiva denúncia midiática que repercutiu em todo país e fora dele.

A mídia³² ao denunciar tal massacre acompanha as posteriores investigações pelo poder das autoridades policiais do estado de São Paulo, pelo Ministério Público e Judiciário. Estes, constataram a possibilidade do massacre ter sido praticado por seguranças (vigias) de empresas privadas, membros da guarda-civil metropolitana e ainda, por policiais militares durante ações do controle de tráfico. Após 13 anos do massacre os principais suspeitos continuam soltos e livres, sem nenhuma penalidade.

A impunidade faz indagar sobre as possíveis visões que estigmatizam a população empobrecida e vulnerável. O preconceito que resulta na invisibilidade da PSR se expressa pela sociedade civil e pelo Estado, ao nos depararmos com atos de violência endereçados a PSR e a tardia regulamentação de políticas de proteção a essa parcela da população. Como já abordado, Silva (2009) destaca a tendência de naturalizar a pobreza da PSR, em que são responsabilizadas pela condição de subsistência que se encontram. Após o massacre com repercussão mundial a violência a PSR ganhou destaque, e ações do estado foram reivindicadas.

Frente a este cenário permeado pela violência, pela invisibilidade, podemos ponderar a relação entre a sociedade, o Estado e a PSR. Uma relação perpassada pela ausência de políticas públicas, em que a sociedade insiste em naturalizar uma grave demanda social como intrínseca as pessoas em situação de vulnerabilidade econômica e social, permitindo atrocidades como as que ocorreram no “Massacre de Sé”. Dessa forma, podemos pensar que a instituição da presente Política Nacional, teve seu processo histórico pautado pelas lutas sociopolíticas dos movimentos sociais da PSR, a fim de legislar os direitos e a proteção desta população.

O amparo legal a PSR ocorre um ano após o massacre na cidade de São Paulo/SP. A referida lei responsabiliza os municípios a criar e preservar os serviços de atendimento a PSR, que deve garantir a segurança e as necessidades mínimas de todo cidadão (BRASIL, 2008). Seus principais eixos

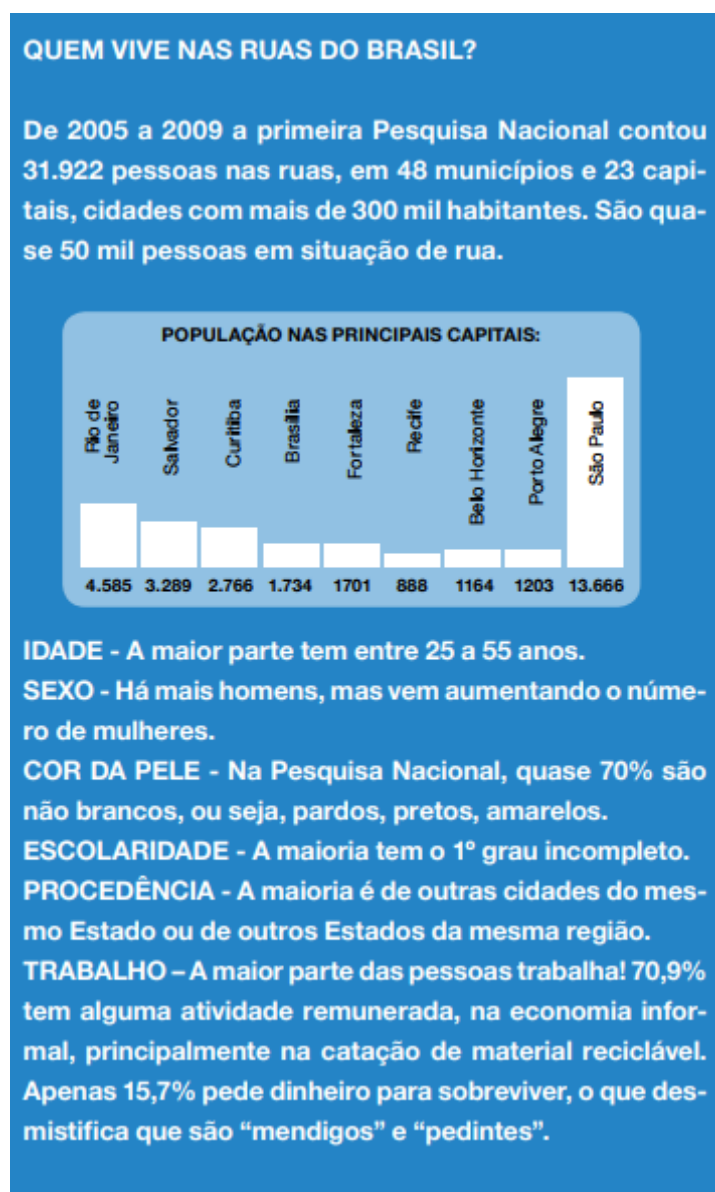
³² Informações comunicadas pela mídia, e retiradas de jornais online, para a construção deste trabalho.

são relativos à “verticalidade federativa, conjuga as ações municipais, estaduais e federais, que devem trabalhar em complementaridade para atender às demandas da população” (BRASIL, 2008, p.7). Desse modo, a interdisciplinaridade e intersetorialidade são fundamentais da atuação direcionada a PSR.

A Política Nacional a PSR busca o resgate dos direitos da PSR como cidadãos, orientando a construção de políticas públicas que priorizem seus direitos humanos, por meio de estratégias e intervenções interdisciplinares, fazendo intersecções com outras políticas ou marcos legais (BRASIL, 2008). O documento publicado pela Secretária de Direitos Humanos da Presidência da República de Brasília (2013) também destaca sobre a articulação que foi realizada entre os movimentos sociais e o estado, com o propósito de dar visibilidade à preocupante realidade das ruas.

Em 2004, logo após as denúncias do massacre na cidade de São Paulo/SP, foi instituída a *Política Nacional de Assistência Social* (Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004), que inclui a proteção social a PSR (BRASIL, 2013). Do mesmo modo, apenas em 2005 foi realizada uma pesquisa nacional para mapear quem são as pessoas que estão em situação de rua. Na FIGURA 3, o MNPR explicita a pesquisa que se tornou parte da Política Nacional a PSR:

FIGURA 3 – Quem vive nas ruas do Brasil? – Pesquisa Nacional (2005-2009).



Fonte: BRASIL, (2010).

O MNPR durante a cartilha “Conhecer para Lutar” traz os dados expostos da FIGURA 3, evidenciando para o número de pessoas que se encontram nas ruas e que possuem todos os direitos como cidadãos regulamentados pela Constituição Federal de 1988. Entretanto, a mesma cartilha evidencia para a invisibilidade que a PSR por vezes esta submetida:

FIGURA 4 – A cidade é de todos! – Cartilha: “Conhecer para Lutar”.



Fonte: BRASIL, (2010).

Diante dessa reflexão, em que nem todos os espaços de uma cidade são para todos os seus habitantes, pois uma parcela da população está à margem da sociedade, não possuindo acesso a determinados espaços e serviços. Pensando nesta realidade, a Universidade Estadual Paulista, durante um debate no Centro de Documentação e Memória (CEDEM/UNESP), afirma a importância de relembrar a grave violência que a PSR vivenciou em 2004, e tornar ainda mais alusivo suas lutas pela instituição de políticas públicas.

A universidade enfatiza que pelo resgate desta grave memória se pode tornar alusivo o abuso cometido contra as pessoas em situação de rua, a fim de prevenir ao dar menção à chacina cometida em 2004. Diante de tal memória que alarma a demanda social emergente a PSR, as manifestações produzidas pelo Mestre em Artes e Coordenador de Imprensa e Reitoria da UNESP³³ Oscar Ambrósio, enfatizam a contínua condição de vulnerabilidade socioeconômica, por vezes acompanhada do adoecimento psíquico. Desse modo, o mesmo reivindica visibilidade a população empobrecida para que se tenha o efetivo acesso aos direitos como cidadãos.

Em 2008, a *Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua*, regulamenta orientações para a execução das políticas públicas voltadas a PSR supracitada. O documento contempla as questões que estão acerca da PSR. De acordo com a política, a pessoa em situação de rua “relacionam-se com a rua, segundo parâmetros temporais e identitários diferenciados, vis-à-vis os vínculos familiares, comunitários ou institucionais presentes e ausentes” (BRASIL, 2008, p.3). Portanto são pessoas que buscam nas ruas uma possibilidade de sobrevivência, de moradia, mantendo suas relações privadas no espaço da rua (BRASIL, 2008).

A marginalidade³⁴ que estão expostos às pessoas que fazem das ruas um lugar de sobrevivência na sociedade estigmatizadora que se apresenta na atualidade, distância o efetivo direito da PSR em reivindicar sua cidadania, seus direitos. Esta exclusão social é constantemente contextualizada na citada política.

As visões estigmatizantes da sociedade civil, e também do Estado, sobre a população em situação de rua costumavam restringir-se às pulsões assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de “higienização social”. Essas perspectivas não poderiam dar conta do complexo processo de reinserção destas pessoas nas lógicas da família, do trabalho, da moradia, da saúde e das tantas outras esferas de que estão apartadas (BRASIL, 2008, p.4).

³³ Endereço de acesso: <<http://www.cedem.unesp.br/#!/noticia/79/o-massacre-da-se--10-anos-de-impunidade/>>.

³⁴ Posição marginal, referente a uma forma social.

Desse modo, a presente política de inclusão social agrupa diretrizes que possibilitam à reintegração social da PSR a sociedade, a família de origem e a comunidade como um todo.

A legislação vigente no Brasil preconiza a família como um lugar de ressignificação ao excluído, atuando como estimuladora e reguladora do (re)estabelecimento dos laços familiares, rompidos e/ou fragilizados. A família de origem, entendida como “célula base de políticas públicas”, ocupa o lugar central na recriação de realidades vulneráveis, imerso as ruas (BRASIL, 2008, p.05). Neste sentido, as políticas públicas de inclusão a PSR, se objetivam no “restabelecimento de laços familiares e sociais fragilizados e agindo como agente controlador e regulador” (BRASIL, 2008, p.05). Do mesmo modo, a referida política busca combater o estigma depositado a esta parcela da população vulnerável, que por meio do preconceito vivencia os obstáculos delineados pela sociedade, impedindo o efetivo exercício da cidadania da PSR previsto pelas políticas públicas.

No art.5º do Decreto nº7.053, são instituídos os princípios da política nacional a PSR: a igualdade e a equidade. O citado decreto assegura a esta parcela da população vulnerável, o acesso a direitos, como: à dignidade humana, a convivência familiar e comunitária, a cidadania, a valorização, ao atendimento humanizado e universal e respeito às condições sociais. Em sua sequência, o regulamento garante a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, determinando como responsável ao acesso desses direitos o poder público. Contudo, ao nos depararmos com a realidade expressa nas ruas e com os dados censitários já expostos, esbarramos na presente invisibilidade a PSR.

O discurso de minorias preenche a realidade excludente das pessoas em situação de rua, por vezes adoecidas psiquicamente, que não mais são enclausuradas nos antigos manicômios, mas se que tornam invisíveis a sociedade. A partir disso, no próximo tópico e em sua sequência, abordaremos a invisibilidade vivenciada pela PSR, que por vezes adoecidas, permanecem a margem da sociedade pelas novas formas de excluir, ou como cita Foucault

(2014) pelas novas reações à miséria.

2.1 “MINORIAS”: A Invisibilidade partir do discurso

“Estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis; que há muito tempo se cuida de sua aparição; que lhe foi preparado um lugar que o honra, mas o desarma; e que, se lhe ocorre ter algum poder, é de nós, só de nós, que lhe advém”.
(Michel Foucault)”

Foucault em sua obra “*A Ordem do Discurso*” aborda a inquietude do discurso, entendendo que o mesmo molda uma realidade material, pronunciada ou escrita, e que se modifica a cada instante ao ponto do discurso não nos pertencer. Para o autor, os discursos são produzidos em sociedade e estão sendo controlados, selecionando e redistribuindo acontecimentos a fim de “conjurar seus poderes e perigos” (2014, p.9). Desse modo, o discurso que permeia as demandas sociais entre elas: a pobreza e o adoecimento psíquico, pertence à rede de poderes imersos na sociedade. E esta rede de poderes se responsabiliza por delimitar realidades. Duras realidades, que estão expostas a vulnerabilidades sociais e econômicas, abarcadas ainda por diversas vezes pelo adoecimento psíquico. Realidades que são enunciadas por discursos que as esculpem.

Pensando na formação desses discursos, podemos refletir sobre a questão da loucura e da pobreza. Foucault (2014b) ao aproximar-se do discurso do louco, evidencia que desde a Idade Média, este, não poderia “circular como o dos outros: porque pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade e nem importância (...)” (p.10). Logo, o discurso do louco é considerado nulo para a sociedade, por não apresentar uma verdade, uma veracidade. Mas de que discurso dotado de verdade à sociedade busca?

Diante de tal questionamento, Foucault (2014a) ainda afirma que o discurso do pobre, do mesmo modo, também não possui validade, pois aquele que não possui condições mínimas para satisfazer suas necessidades, não possui qualquer forma de verdade, invalidando o discurso do pobre. Mas afinal,

porque uma sociedade que prioriza o capital daria lugar ao discurso de um pobre ou de um louco? Por que razões as pessoas empobrecidas devem ser vistas?

O discurso do louco e do pobre se entrelaçam no que Foucault chama de procedimento de exclusão, pela separação e rejeição da sociedade. Para o autor, esse sistema de exclusão se trata de um sistema histórico “institucionalmente constrangedor”, constituído ao longo dos anos, e que está ligado ao exercício de um poder (FOUCAULT, 2014a, p.14).

Tendo em vista, a formação discursiva institucional, social e o encontro da loucura com a pobreza, ao pensarmos no discurso que produz essas “minorias”, na subsequência abordamos sobre a formação discursiva da loucura e da pobreza. E posteriormente, buscamos elucidar o novo procedimento de exclusão, que deixa de enclausurar, separar e rejeitar, para tornar essas demandas sociais invisíveis.

2.1.1 Invisibilidade e o Discurso Institucional

A invisibilidade das demandas sociais de pessoas em condição de vulnerabilidade socioeconômica se agrava pela presença do adoecimento psíquico, esculpindo um discurso que considera este grupo de pessoas menor³⁵. Menores, não em volume populacional, mas considerados inferiores a sociedade. O discurso social que perpassa os estigmas e os preconceitos acerca daqueles considerados inferiores, ao longo dos anos se modificam, esculpindo a realidade de cada época. Desse modo, como extensamente abordado, o louco foi entendido de diferentes modos, em diferentes tempos. Pensando nos discursos e suas modificações, recorreremos à formação discursiva.

De início, Fernandes (2012) ao estudar as formações discursivas, caracteriza os enunciados e objetos que visam descrever e determinar os

³⁵ FOUCAULT, 2014; CASTEL, 1978; ENGELS, 2010; AMARANTE, 2015, entre outros autores expostos ao longo dos capítulos teóricos desse trabalho.

porvindouros discursos. Os enunciados foram anteriormente conceituados por Foucault (2014a), que apresenta a formação do enunciado pelo conjunto de diferentes formas, e que dizem de um mesmo objeto. Para o autor, os enunciados constituem os discursos que tendem a formar novos objetos, e modificar os existentes. Foucault (2014a) afirma que “a unidade de um discurso é feita pelo espaço onde diversos objetos se perfilam e continuamente se transformam” (p.40). Desse modo, Foucault (2014a) evidencia que o discurso é moldado de forma individual e social. Os objetos que constituem os enunciados e posteriores discursos, não modificam de forma singular, pois são diversos objetos que transformam primeiramente os enunciados e na sequência formam discursos.

Fernandes (2012) pontua que “os enunciados, assim como os discursos, são acontecimentos suscetíveis de serem analisados considerando a continuidade, a descontinuidade, a dispersão, a formação e a transformação” (p.26). Isto posto, para o autor as relações sociais concebem a formação e transformação dos discursos. Sobre esta formação e transformação, Foucault (2014a) ao elucidar o discurso da loucura aponta para uma unidade em que estaria fundado o objeto “loucura”. Isto é, durante determinado tempo, o objeto que funda a loucura, ora entendido como presságio, agora “recordado por medidas de discriminação e de repressão, objetos que se diferenciam, na prática cotidiana, na jurisprudência, na casuística religiosa, no diagnóstico dos médicos” (FOCAULT, 2014a, p.40). De tal modo, que a loucura, o louco acabe por se tratar de “descrições patológicas” (FOCAULT, 2014a, p.40), passíveis de controle, limitados à medicação e cuidados externos (FOCAULT, 2014a).

Foucault (2014a) constata que a loucura surge carregada de estigmas, a partir de objetos que permeiam as relações sociais como: a igreja, a sociedade e o saber médico. Desse modo, os objetos estão aliados às relações sociais, o que moldou um discurso da loucura perpassado pelos estigmas. Fernandes (2012) evidencia que o discurso implica nas condições histórico-sociais que envolvem os objetos que produzem e transformam os discursos. Para o autor “o sujeito por sua vez, é constituído por discursos historicamente produzidos e

modificados; assim como o discurso, o sujeito está em constante produção, marcado por movências que é constituído pelos discursos” (p.16). Transformando assim, o sujeito e o discurso, por meio dos objetos que fazem referência à sociedade e seus interesses.

Foucault (2014a) ao descrever sobre o discurso da loucura aponta para um modo de exclusão, em que o saber médico se ocupa de recluir todo aquele considerado insano seja pelo adoecimento psíquico, ou pela sua condição de vulnerabilidade social ou/e econômica. Dessa forma, os loucos e pobres ocuparam a centralidade do discurso que compunha o que Foucault chama de “minoría”. Isto é, o louco e o pobre foram considerados pessoas inferiores à sociedade, pela sua condição vulnerável e distante de uma possível verdade. Este grupo chamado de minoría também foi abordado por Cortéz (2014), como um conceito que trata da questão das forças políticas, sociais e econômicas menos representativas aos interesses políticos. Logo, o autor afirma que a minoría da sociedade não possuiria força suficiente para reivindicar por ações políticas em suas realidades. Dentre as minorías, a loucura e a pobreza se encontram em uma mesma história excludente.

Pensando nessa realidade excludente que envolve o louco e o pobre, correlacionando com o discurso que circunda a PSR que por vezes adocece, podemos nos indagar: Qual discurso perpassa as ações direcionadas a PSR por vezes adoecida? Visto que o discurso conforme pontua Fernandes (2012), se trata de uma “categoria fundante do sujeito, do saber, do poder, da verdade, e da subjetividade” (p.18). Frente ao questionamento, podemos ponderar que o discurso institucional pode exercer nesta rede de poderes que a sociedade estabelece a possibilidade de inclusão social, fortalecendo o grupo ou, delimitar a estas pessoas um lugar de “minoría”. Logo, ao pensarmos no Estado, nas políticas públicas existentes e não existentes direcionadas a PSR, nos recursos para as instituições que prestam atendimento a PSR e a ausência desses; As ações/intervenções ou a inércia com a PSR podem contribuir para o agravamento do adoecimento psíquico desta parcela da população?

O discurso institucional de acordo com Castro (2014) exerce poder pelo

saber, que ao excluir as pessoas em condições vulneráveis socioeconomicamente pela justificativa de tratamento, moldou a realidade excludente das pessoas adoecidas ou não psiquicamente, mas em condição de vulnerabilidade.

Castro (2014) evidencia que a realidade da saúde mental se modifica ao longo dos anos, conforme as demandas da sociedade. De acordo com o autor, os manicômios, espaços destinados a excluir, emergem suas primeiras lacunas pela falta de mão de obra exigida. O sistema econômico capitalista, por meio do seu funcionamento, logo identifica a presença de uma mão de obra barata para o mercado, instalada em uma realidade vulnerável e reclusa em hospitais psiquiátricos. Desse modo, já não se faz necessário o desemprego para o funcionamento do sistema econômico desigual, agora, se trata de “remediar a falta de mão de obra nas terras conquistadas e nas zonas rurais. A prática de recluir o indigente é percebida, então, como desaproveitamento da mão de obra necessária e que, também, consome pouco” (CASTRO, 2014, p.30). Logo, a loucura e a miséria se tornaram úteis ao sistema. Castro (2014) entende que a utilidade do louco e pobre ao sistema capitalista como um dispositivo de poder, que pelo discurso institucional determina o lugar e a sua função do louco/pobre na sociedade.

Considerando a transformação do discurso, envoltos pelas relações sociais, Fernandes (2012) resgata conceitos foucaultianos para elucidar que “os discursos são pensados em seus processos histórico-sociais de constituição, e se mostram por meio de um conjunto de enunciados efetivamente produzidos na dispersão de acontecimentos discursivos” (p.20). Do mesmo modo, o autor salienta que por se tratar de um processo histórico-social os enunciados que posteriormente formam os discursos, são determinados pela época, considerando sua espacialidade.

Diante dessas considerações, Foucault (2014) afirma que os hospícios, espaços destinados ao internamento, à exclusão, a segregar as pessoas adoecidas psiquicamente ou não, mas em condição de vulnerabilidade socioeconômica, tinham como propósito higienizar a sociedade burguesa. Do

mesmo modo, quando a realidade se transforma, e as pessoas pobres e adoecidas não mais são enclausuradas, esta mudança ocorre pelas relações e necessidades da sociedade.

Isto posto, na atualidade, os loucos e pobres não são mais reclusos em hospitais, mas ainda sofrem algum tipo de exclusão social. E quando direcionamos nossa reflexão a PSR adoecida, encontramos na atualidade, qual forma de exclusão? O internamento por longos e doloridos anos ficou para trás, a sociedade não busca se higienizar pelo enclausuramento, mas na atualidade torna invisível esta demanda social pela sus. E o discurso que permeia esta invisibilidade enraizada na história excludente da loucura e da pobreza, insiste em buscar higienizar a sociedade mantendo a margem a população empobrecida.

Foucault (2014b, p.15) explicita que “o discurso está ligado ao exercício do poder”. Poder este que excluiu, e que ainda excluem as massas populares consideradas inferiores pela sua condição de vulnerabilidade socioeconômica. Destarte, o adoecimento e a pobreza acerca da PSR, abarcados pelas graves demandas sociais, ainda responde de forma histórica o discurso institucional de exclusão social pelos mesmos fins: higienizar a sociedade.

2.1.2 Eugenia e Higienização: a esterilização do meio como recurso à pobreza

A PSR enfrenta constantes limitações básicas no seu cotidiano, caracterizada pela política nacional: como uma parcela da população incessantemente excluída socialmente. Em decorrência desta exclusão, a referida política exposta anteriormente, garante os direitos a PSR. No entanto, os direitos por vezes não são requeridos pelas pessoas que fazem da rua um lugar de sobrevivência, em decurso do permanente estigma que vivenciam.

Silva (2009) afirma que o fenômeno de rua é uma “expressão inconstante das desigualdades sociais resultantes das relações sociais” (p.27). Esta desigualdade alarmada por Silva (2009) se reitera dos dados emitidos

pelo IPEA (2016). De acordo com o instituto de pesquisa³⁶, apenas 47,1% da população total estimada que esta em situação de rua, possui cadastro no Sistema Único. O que evidencia uma cobertura de menos da metade das pessoas que estão em situação de rua no Brasil. A pesquisa conclui que menos da metade da PSR consegue efetivamente ter acesso aos programas sociais e a políticas públicas como: transferência de renda, habitação e a inclusão ao mercado de trabalho.

Desse modo, Silva (2009) e a pesquisa realizada pelo IPEA (2016), evidenciam que o lugar de menor destino da população de rua, vem sendo alimentado pela exclusão social expressa pela ausência de dados, o que contribui para que não sejam requeridos os direitos regulamentados pelas políticas públicas. Silva (2009) ainda pontua que as graves limitações básicas em que a PSR está vulnerável, englobam outras consequências sociais, como: o uso e abuso do álcool e drogas, a pobreza extrema e os permanentes vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. À vista disso, podemos compreender que a realidade da PSR ininterruptamente marcada pela exclusão social, possui graves consequências sociais. Consequências, que estão para além das diretrizes regulamentadas pelas políticas nacionais a PSR e pelas políticas de Saúde Mental, englobando outras demandas sociais que serão expostas nos capítulos subsequentes.

O IPEA em 2016 na mesma pesquisa de *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil* indica dados oficiais sobre a PSR no país. Os dados visam promover a implantação de políticas públicas voltadas a esta realidade. Pois, conforme o mesmo documento o:

Brasil não conta com dados oficiais sobre a população em situação de rua. Nem o censo demográfico decenal, nem as contagens populacionais periódicas incluem entre seus objetivos sequer a averiguação do número total da população não domiciliada. Esta ausência, entretanto, justificada pela complexidade operacional de uma pesquisa de campo com pessoas sem endereço fixo, prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para este contingente e reproduz a invisibilidade social da população de rua no âmbito das

³⁶ Pesquisa organizada pelo especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da democracia (Diest) do IPEA, Marco Antônio Carvalho Natalino.

políticas sociais. (IPEA, 2016, p.06).

A invisibilidade expressa pela ausência de dados dificulta o acesso, e a implantação de políticas públicas voltadas a vulnerável realidade das ruas.

Frente à escassez de dados, o IPEA realizou o levantamento médio da PSR no Brasil no ano de 2015, documento publicado em 2016, se utilizando de uma metodologia³⁷ específica, a fim de estimar o número de pessoas que estão em situação de rua no país. A estimativa apresenta 101.854 (cento e um mil, oitocentos e cinquenta e quatro) pessoas em situação de rua no Brasil, evidenciando a demanda emergencial de pessoas em extrema pobreza, vivenciando em sua realidade graves limitações a necessidades básicas, excluídas socialmente, subsistindo nas ruas do país.

Conforme anteriormente dito, a PSR, invisível a sociedade pela condição vulnerável, ocupa um lugar de descaso. Entretanto, os números demonstrados pelo IPEA (2016), expõem a emergente demanda social precedentes das ruas. Para melhor entendermos a invisibilidade vivenciada pela PSR recorreremos ao conceito de eugenia, para compreender a higienização social que cerca a exclusão vivenciada pelo louco e pobre, por vezes em situação de rua.

Galton em 1883, ao pensar na miscigenação das populações, cunha o termo eugenia, para determinar o lugar do “bem-nascido”, que pela hereditariedade lhe era transmitido características físicas, intelectuais, habilidades e talentos (CONT, 2008). Cont (2008) salienta que o termo estudado por Galton a partir da biografia de pessoas famosas, ou ainda ao estudar os antecedentes de poetas, músicos, artistas, intelectuais, etc., passa a entender que “não somente os aspectos físicos, mas também o talento e a capacidade intelectual poderiam ser calculados, administrados e estimulados, por meio de casamentos criteriosos durante gerações consecutivas” (p.204).

Isto posto, o conceito de eugenia, assinalado por Galton, direciona uma série de justificativas que visam determinar a genialidade ou o fracasso do outro, pela sua herança genética. A hereditariedade humana poderia ser

³⁷ Para mais detalhes ver: Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (2016).

baseada em “dotes pessoais que seriam transmitidos e conservados inalterados de uma geração à outra” (CONT, 2008, p.205). Galton propôs o termo eugenia, ignorando as diversas condições sociais, materiais em que os sujeitos estão imersos. Para Galton, se pode moldar uma herança genética forte e melhor, desprezando o meio social (CONT, 2008).

Pensando no caso brasileiro, o movimento eugênico se organiza antes da Primeira Guerra Mundial, entre os anos de 1900 a 1940 (STEPAN, 1990). De acordo com Stepan (1990) o termo eugenia no Brasil foi introduzido pela tese de Alexandre Tepedino em 1914, ganhando destaque nas discussões apontadas por Renato Ferras Kehl no mesmo período. A autora evidencia que o termo eugenia no Brasil, compôs as discussões ligadas à medicina e ao jurídico brasileiro, estando presentes inclusive nas conferências pan-americanas, durante as duas (2) grandes guerras mundiais.

O Brasil foi um dos primeiros países da América Latina a organizar um movimento eugênico (STEPAN, 1990). Stepan (1990) salienta que por se tratar de um país em subdesenvolvimento, composto por uma “população grande, parte católica, rural, racialmente mista e analfabeta” (STEPAN, 1990, p.335). E ainda, se tratar de um país tropical e “mestiço” como cita Stepan (1990, p.335), o Brasil foi visto pelos europeus como um país “disgênico” (p.335). Desse modo, diferente da eugenia britânica, que buscava aprimorar condições mentais, físicas e morais dos pobres a fim de justificar as falhas da legislação de bem-estar social, Stepan (1990) destaca que a eugenia brasileira “associou-se à mobilização pela introdução de tal legislação de bem-estar social como forma de aprimorar o povo brasileiro, o que influenciou a forma que assumiu” (p.337).

Neste movimento contrário ao britânico, buscando introduzir uma legislação de bem-estar social, a fim de aprimorar o povo brasileiro, as campanhas de saneamento ganham destaque. Pois, o saneamento contribuiria contra as graves epidemias que acometiam grande parcela da população, como: a varíola, a peste bubônica e a febre amarela, entre os anos de 1902 a 1917, dando alusão às ciências sanitárias (STEPAN, 1990).

Stepan (1990) afirma que o crescimento da classe médica no país vinculada a instituições nacionais, e ainda as emergentes epidemias, logo tornaram a saúde um objetivo político principal. Dessa maneira, em 1917, Renato Ferras Kehl organiza as primeiras reuniões, a fim de discutir a ciência eugênica fundada por Francis Galton.

De início, Stepan (1990) afirma que as reuniões organizadas por Renato Ferras Kehl foram destinadas a fomentar propostas ligadas a exames pré-nupciais, a partir de uma nova legislação matrimonial que permitiria casamentos consanguíneos. Mais tarde, em 1918, Renato Ferras Kehl funda a Sociedade Eugênica de São Paulo. Esta sociedade, segundo Stepan (1990) reuniu mais de 140 membros, composto por médicos e profissionais da saúde da cidade de São Paulo e regiões vizinhas.

Em 1923, foi fundado pela iniciativa de Gustavo Riedel, representante do Congresso Médico Latino-Americano, a Liga Brasileira de Higiene Mental vinculada a ideias higienistas eugênicas (REIS, 1994). A liga era composta pela elite da psiquiatria, juristas, educadores e intelectuais em geral, que se propunham a divulgar e oferecer serviços à população com base nas pesquisas realizadas higienistas-eugênicas (REIS, 1994). Os principais objetivos da Liga Brasileira de Higiene Mental foram descritos por Reis (1994) como:

a) Prevenção das doenças mentais pela observação dos princípios de higiene geral e especial do sistema nervoso; b) proteção e amparo no meio social dos egressos dos manicômios e aos doentes mentais passíveis de internação; c) melhoria progressiva dos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos, particulares ou fora deles; d) realização de um programa de Higiene Mental e Eugenia no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social (p.50).

De acordo com Reis (1994) os objetivos da Liga apontavam ora para uma tentativa de melhora a assistência psiquiátrica das pessoas adoecidas psiquicamente. Ora, priorizando a atenção à higiene mental, com ações preventivas eugênicas. Neste sentido, podemos nos indagar sobre o tratamento destinado ao louco e ao pobre conforme explicitado nos capítulos anteriores, e os movimentos eugênicos ligados à higienização social.

Reis (1994) corrobora com Stepan (1990) ao apontar para o “movimento eugênico brasileiro, desse período, claramente congruente com as teses higienistas ligadas ao tema saneamento” (p.54). Segundo Reis (1994) no mesmo ano de fundação da Liga, um tempo depois, a partir das discussões propiciadas pela liga, se funda a Liga Pró-Saneamento e Sociedade Eugênica com discussões ligadas a saúde pública. Desse modo, Stepan (1990) constata que o movimento eugênico mundial foi reconfigurado no Brasil, adaptando-se a realidade brasileira encontrada.

Diante do conceito eugenia, proposto há três séculos, deparamo-nos com as teses segregacionistas. Gioppo (1996) afirma que o ideário eugenista, contribuiu para que a higienização social ganhasse lugar. A autora cita que pela higienização social proposta a partir no termo eugenia, possibilitaria disciplinar e moldar sujeitos com uma “nova mentalidade” (GIOPPO, 1996, p.169).

Esta busca por uma “raça pura” fundamentado no conceito de Galton, eugenia, foi abordado por Janz (2011) em sua pesquisa de mestrado no estado do Paraná³⁸. Janz (2011) constatou que o estado PR não permanece alheio ao movimento higienista, salientando que “a construção da sociedade republicana motivou a busca por sua transformação em um lugar progressista e civilizado aos moldes europeus” (p.87). Assim, Janz (2011) identifica que ao longo da história do estado do Paraná, os médicos foram protagonistas em movimentos higienistas, ao ponto de se tornar “notória a disseminação de um discurso construído com elementos eugênicos e higienistas que tinham como destino a melhoria da sociedade” (p.90). A partir do movimento higienista iniciado pelos médicos que habitavam o estado do PR no séc. XX, a classe média de acordo com o mesmo autor, assume o papel de higienizadora da sociedade.

Os médicos no início do século XX ocuparam essa função segregadora na cidade de Curitiba, respaldados pelo controle de doenças para prevenir a disseminação de epidemias, e colaborando com a educação higienista (JANZ,

³⁸ Passaremos a utilizar a sigla PR, para se referir ao Estado do Paraná.

2011). Janz (2011) elucida que os ideais “higiênico-eugenistas” (p.109) se disseminam pela capital e por todo o estado do Paraná, pelos meios de comunicação, validado pelo discurso médico. A princípio, Janz (2011) aponta que o discurso emitido pelo saber médico foi respaldado pelas questões de saúde coletiva. Entretanto, ao analisar este processo social detalhado, conclui que a higiene social proposta buscava a “solução para as mazelas da sociedade paranaense e brasileira” (JANZ, 2011, p.112). Entendendo que estas medidas “permitiriam uma evolução da sociedade como um todo e por consequência, proporcionariam ao estado e ao país galgarem objetivos maiores, assim como a modernidade e a civilidade” (JANZ, 2011, p. 113).

Isto posto, podemos nos indagar sobre a resultante exclusão social dos loucos e pobres no estado do Paraná, advinda de ideias higiênico-eugenistas provenientes do Ocidente, que não incluíam as pessoas em situação vulnerável, pelo entendimento, que estes não propiciavam a evolução da sociedade brasileira.

Destarte, as pessoas em condição de vulnerabilidade socioeconômica que demandam acesso aos serviços sociais públicos por vezes limitados, moldam as margens da sociedade desigual, trazendo consigo uma grave e precária realidade. Frente a esta emergente realidade e em busca do acesso aos serviços sociais, algumas instituições governamentais e não governamentais prestam atendimento a população empobrecida e que fazem das ruas sua morada. Entretanto, os serviços destinados a PSR por vezes encontram obstáculos, como: a falta de materiais, profissionais, o conservadorismo opressor que não possibilita espaços para fomentarem atendimentos emancipadores, entre outras dificuldades que serão abordadas na sequência.

Para melhor entendimento da invisibilidade acerca da PSR que se encontra para além das diretrizes regulamentadas pela *Política Nacional a PSR* e pela lei federal que dispõe a *Reforma Psiquiátrica*, anteriormente expostas, no capítulo subsequente aborcaremos a loucura atrelada à pobreza no município de Ponta Grossa/PR, a fim de nos aproximarmos da realidade

pesquisada.

3 A LOUCURA EM PONTA GROSSA/PR: Um discurso para além das instituições

Para refletirmos sobre os tratamentos psiquiátricos clássicos, e a sua reestruturação enquanto assistência à saúde mental no município de Ponta Grossa/PR se faz necessário o entendimento dos tratamentos psiquiátricos do cenário brasileiro, bem como contextualizar a região pesquisada. Desse modo, devemos retornar ao processo histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em que os tratamentos direcionados a saúde mental antes dessa Reforma Psiquiátrica, fazem referência às formas de tratamento ligadas ao modelo psiquiátrico clássico ocidental. Isto é, um tratamento vinculado de forma exclusiva ao cárcere dos loucos e pobres em instituições asilares, chamados de hospícios e manicômios.

Após longos anos de marginalização e resultado de múltiplos debates e militâncias, o movimento da Reforma Psiquiátrica, reformula políticas de saúde mental, promulgando a Lei Federal³⁹ que redireciona a assistência em saúde mental no Brasil. Assim, a história da loucura no Brasil perpassa o tratamento hospitalocêntrico, sua transição com a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, até a consolidação do tratamento em serviços substitutivos de base comunitária nos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2001).

No Paraná, os primeiros hospitais psiquiátricos direcionados ao internamento de pessoas consideradas loucas, foram inaugurados na cidade de Curitiba, com um íterim de quarenta anos da inauguração do primeiro hospital psiquiátrico no ano 1903, o segundo hospício em 1945 (CONEGLIAN, 2011).

Direcionando nossa reflexão para o município de Ponta Grossa/PR, região povoada por índios, colonizada por Espanhóis e Portugueses, conhecida pelo seu importante tronco rodoferroviário, até 1958 não existia um serviço

³⁹ Presidência da República. Lei Federal nº10.216, de 6 de Abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acessado no dia 09 de abril de 2016.

especializado para a saúde mental. O primeiro médico psiquiatra da cidade de Ponta Grossa/PR e também autor do livro *“Histórias da Medicina em Ponta Grossa”* publicado em 1995, Cândido de Mello Neto, evidencia que os loucos e pobres lotavam as cadeias públicas, sem as mínimas condições psiquiátricas para algum tipo de tratamento. Mello Neto (1995) relembra um determinado artigo escrito e publicado em 1891 e por ele lido, que demonstra a similaridade das condições que seus pacientes estavam expostos. Tais condições, repetindo-se na história:

Ali num pequeno espaço encerrados como animais imundos amontoados, sem um conforto se quer, pobres loucos, abandonados, definham e morrem! Quem poderá contar o que ali se passa, se até as mudas paredes contra os desgraçados conspiram? (MELLO NETO, 1995, p.17).

Mello Neto (1995) relata a grave condição em que os pacientes em sofrimento psíquico, ou aqueles em condição de vulnerabilidade socioeconômica estavam submetidos. O possível tratamento acontecia pela reclusão nas cadeias públicas, pois os hospitais locais não dispunham nenhuma unidade psiquiátrica que não seja o presídio (MELLO NETO, 1995). Esta realidade perdurou até 1958, ano em que o médico Mello Neto inicia seus atendimentos psiquiátricos em consultório próprio (MELLO NETO, 1995).

Mais tarde, o autor evidencia que em decorrência da emergência de uma unidade psiquiátrica, o atendimento ao adoecimento psíquico em Ponta Grossa/PR foi direcionado a uma unidade do Hospital Clínico São Lucas. A inauguração desta unidade médica psiquiátrica esteve marcada pelas lutas dos profissionais da saúde e dos familiares dos pacientes, que reivindicavam por um tratamento médico digno (MELLO NETO, 1995).

Mesmo diante das lutas, e da necessidade de um local específico para o tratamento psiquiátrico, somente após vinte e dois (22) anos inaugura-se o segundo hospital psiquiátrico no Estado do Paraná. E em 1º de Setembro de 1967 inaugura-se no município de Ponta Grossa/PR o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (MELLO NETO, 1995), dotado de expectativas para um melhor tratamento psiquiátrico aos pacientes. Vale destacar, que Mello Neto (1995) ressalta que até a inauguração do Hospital Psiquiátrico Franco da

Rocha⁴⁰, as pessoas em sofrimento psíquico e por vezes em situação de vulnerabilidade econômica, eram tratados de forma improvisada e sem a estrutura institucional para o atendimento de todos.

A FIGURA 5 apresenta a sede do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, e na FIGURA 6 a atual sede após reformas. Atualmente a antiga sede do HPFR está sendo ocupado pelo hospital Sociedade Beneficente São Camilo:

FIGURA 5 – SEDE DO ANTIGO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRANCO DA ROCHA – Ponta Grossa/PR.



Fonte: Foto retirada do site Plantão da cidade de Ponta Grossa/PR⁴¹.

⁴⁰ Passaremos a utilizar a sigla HPFR, para se referir ao Hospital Municipal Psiquiátrico Franco da Rocha.

⁴¹ Endereço de Acesso: <<http://www.plantaodacidade.com.br/coluna/33/2279>>.

FIGURA 6 – ATUAL SEDE DO HOSPITAL SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO – Ponta Grossa/PR.



Fonte: Foto retirada do site Diário dos Campos da cidade de Ponta Grossa/PR ⁴².

Trentini (2011) no decurso da sua pesquisa de Mestrado, entrevistou as primeiras funcionárias do HPFR. Estas relembram que os primeiros atendimentos realizados pelo hospital foram de pacientes transferidos de outro hospital geral de Ponta Grossa/PR. Foram os dezenove pacientes que estavam internados no Hospital São Lucas em Ponta Grossa/PR, e um paciente residente em Telêmaco Borba, totalizando os vinte primeiros pacientes do HPFR. Trentini (2011) descreve que a construção de um hospital psiquiátrico no interior do Estado:

[...] representou um ato inovador na medicina local, atraindo pessoas de localidades próximas a Ponta Grossa e de outros estados, logo sendo necessário investirem na ampliação das instalações para atender a um número maior de pacientes, cujos familiares buscavam por atendimento psiquiátrico. E conforme aumentava a demanda por atendimento especializado, o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha foi aumentando o número de leitos conveniados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), chegando a ter, em primeiro de maio de 1989, a capacidade de internar 380 pacientes do município e da região (p.286).

⁴² Endereço de Acesso: <<https://www.diariodosc campos.com.br/noticia/paciente-reclama-de-atendimento-no-hospital-sao-camilo>>.

Logo, o HPFR se tornou a instituição de referência no município de Ponta Grossa/PR e em seus municípios e distritos vizinhos. O tratamento psiquiátrico realizado no HPFR foi baseado no internamento de pessoas consideradas loucas, em surtos, crises e em dependência química. Assim, o HPFR, moldou a história da loucura no município de Ponta Grossa/PR e região, permanecendo em funcionamento durante trinta e sete anos (1967 a 2004) (CONEGLIAN, 2011).

Mello Neto (1995) evidencia sobre o crescimento do HPFR abrigando quatrocentos pacientes-dia, o que ressignificou a história da psiquiatria no município. O autor ainda corrobora que: “Até certo ponto, a vida do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, confunde-se com a História da Psiquiatria na Cidade” (MELLO NETO, 1995, p.23), enfatizando o importante lugar que o HPFR ocupou na vida dos pacientes e familiares que foram atendidos.

O encerramento dos atendimentos no HPFR ocorreu de forma gradativa, que pelo esgotamento de verbas advindas do SUS não permitiu o funcionamento dos leitos psiquiátricos sucessivamente. Para que ocorresse este estrangulamento dos leitos psiquiátricos, a violência vivenciada pelos pacientes nas instituições asilares foram constantemente denunciadas dando lugar ao movimento sanitário que protagonizava o início da reforma. O que colaborou para que a política de saúde mental do SUS, progressivamente impedisse que os leitos psiquiátricos ainda disponíveis permanecessem em funcionamento. Dentre os leitos, estavam aqueles assegurados pelo HPFR, acarretando o encerramento definitivo das atividades médicas no referido hospital no ano de 2004.

Trentini (2011) enfatiza que após o fechamento do HPFR houve um intervalo de dois anos para a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Ponta Grossa/PR. A autora afirma que durante este intervalo, os pacientes e as famílias permaneceram sem tratamento verificando a dependência cultural dos mesmos ao HPFR, ao reivindicarem os leitos indisponíveis em decorrência do encerramento das atividades do HPFR.

Diante da tamanha dependência cultural da sociedade aos hospitais

psiquiátricos, e pela emergente busca por transformações ao modelo de tratamento psiquiátrico. E ainda, de forma similar a realidade no Ocidente em que os hospícios foram destinados à segregação dos pobres e loucos também no Brasil, os hospitais psiquiátricos chegaram a ocupar o que Amarante (2015) chama “os mais baixos níveis” (p.38), em decorrência das denúncias de violência, abandono e descuido contra os internos.

Desse modo, Amarante (2015) ressalta que o modelo centrado nos Centros de Atenção Psicossocial, com base comunitária possui sua história, vinculado à substituição do modelo biomédico. Modelo que, segundo o mesmo autor, era fundado em um sistema com dispositivos de punição, vigilância e controle. Amarante (2015) constata desafios na superação do modelo biomédico enraizado em nossa sociedade. O autor enfatiza que a emergente necessidade de superar o modelo psiquiátrico clássico, é por vezes entendido apenas como uma “simples reestruturação de serviços de assistência, num movimento que vai do modelo biomédico asilar em direção ao sistema de saúde mental e atenção psicossocial” (AMARANTE, 2015, p.62). Sem ponderar as importantes transformações direcionadas a saúde mental, ao tratamento biopsicossocial que se instala após a superação do modelo asilar.

Frente à história da loucura e após a instituição da Lei Federal Brasileira⁴³, que institui os direitos e a proteção das pessoas adoecidas psiquicamente, identificamos as modificações que ocorrem acerca da saúde mental no Brasil. Essas transformações oriundas da reforma psiquiátrica brasileira mudam o curso de vida de uma parcela da população, que até a instituição da lei permaneceu as margens da sociedade, assombrando-se com o tratamento ofertado pela higienização social.

O Centro de Atenção Psicossocial, bem como as instituições assistenciais, após o fechamento do HPFR iniciam seus atendimentos às pessoas em sofrimento psíquico e em condição de vulnerabilidade, enfrentando os desafios e lacunas deixadas pela reforma psiquiátrica. A fim de

⁴³ Idem ao 39.

compreendermos o processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico HPFR, aos Centros de Atenção Psicossocial instalados em Ponta Grossa, na sequência, foi aprofundado este processo enquanto cenário brasileiro, para posteriormente afunilar no *lócus* da pesquisa.

3.1 Do Manicômio ao Centro de Atenção Psicossocial

Seu rosto crispado pela angústia denunciava o sofrimento de Zé. Em uma paulista manhã fria de inverno, enquanto outros usuários estavam no sol para se aquecer, sentei-me ao seu lado. Essa frase, dita ao vento sem direção, me tomou por inteiro. Alucinação? Vivência Psicótica? Todavia, logo meu pensamento se voltou para algo mais próximo. Lá estava ele, com aquela fisionomia marcada pela profunda dor. A única coisa que pude pensar foi: “Então, vamos sair do sol?”. Falei alto o que pensei. Olhou para mim e disse: -“Vamos! Fica comigo?”. Caminhei do seu lado para dentro do casarão do Caps. Na sombra, a angústia de seu rosto se desfez. Perguntou-me se eu não queria jogar tênis de mesa. Terminamos aquela fria manhã numa intensa e aquecedora partida.

(Silvio Yasui)

O psicólogo Silvio Yasui em sua obra *Rupturas e Encontros, desafios da reforma psiquiátrica brasileira*, detalha uma cena que vivenciou em um CAPS, durante a transição do tratamento hospitalocêntrico ao Centro de Atenção Psicossocial. Yasui (2010) afirma que durante a transição do modelo asilar ao modelo substitutivo os pacientes mostravam por meio de suas ações, o que existia neles para além dos seus diagnósticos, do adoecimento físico e psíquico, apontava para algo que precisava ser ouvido, o eu.

Amarante (2015) evidencia que durante a transição do hospital psiquiátrico ao modelo psicossocial, os desafios encontrados na inserção social dos pacientes internados nos hospícios perpassavam pela “enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade” (p.38). Desse modo, os desafios permaneciam ao longo do fechamento dos hospitais psiquiátricos, pois demandava o (re)estabelecimento do entendimento e do tratamento da loucura, do ser louco. O modelo biomédico psiquiátrico europeu e brasileiro, baseado na hospitalização, que perdurou séculos de repressão (FOUCAULT, 2014;

AMARANTE, 2015), chegou aos “mais baixos níveis” conforme pontua Amarante (2015, p.38), por se igualar as instituições “carcerárias, correcionais, penitenciárias” (p.61).

Dessa forma, após as constantes denúncias relacionadas aos tratamentos destinados aos insanos nos hospitais psiquiátricos, o modelo psicossocial ganha espaço se tornando um modo de tratamento ligado ao processo social de reintegração (AMARANTE, 2015). De acordo com Amarante (2015), o processo social que a reforma psiquiátrica brasileira direciona busca reintegrar aqueles “sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata” (p.67), imersos ao isolamento social, dentre outras vulnerabilidades socioeconômicas.

Yasui (2010) elucida as principais diferenças entre o modelo hospitalocêntrico e o atual modelo de atenção psicossocial:

TABELA 1 – Principais características do modelo psiquiátrico e da atenção psicossocial.

	Modelo Psiquiátrico	Atenção psicossocial / Novo modelo assistencial
Objeto	Simplex doença mental	Complexo: existência-sofrimento
Pressuposto teórico conceitual	Campo das neurociências	Campos Transdisciplinar
Estratégias de intervenção	Isolamento e Predominantemente biológica	Predominância da diversidade e da invenção
Agente do cuidado	Médicos	Coletivos
Lugar do cuidado	Hospitalização	Rede e intersetorialidade
Prática Social	Exclusão/violência	Inclusão e solidariedade

Fonte: Yasui, 2010, p.110.

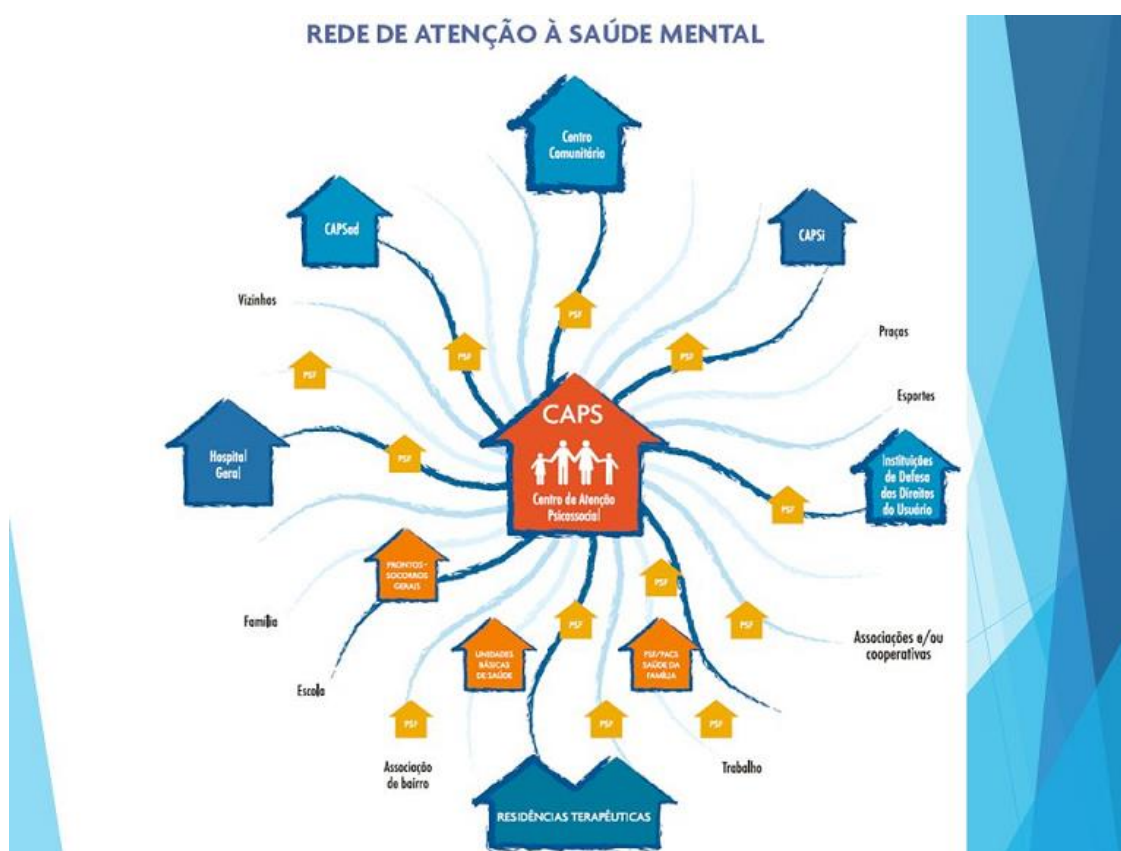
Elaborado pela autora.

Diante das diferenças entre o modelo psiquiátrico clássico e o modelo de atenção psicossocial, Yasui (2010) evidencia que o novo modelo de atenção psicossocial acaba por (re)determinar o processo social que se situava a loucura, a psiquiatria. De acordo com o mesmo autor, o modelo de atenção psicossocial determina um instrumento de implementação de políticas públicas que visam uma transformação nos cuidados à saúde mental, possibilitando um

tratamento em rede permeado pelo tratamento singular que permite a diversidade.

Amarante (2015) representa na seguinte figura, o quanto os atendimentos ofertados pela Rede de Atenção a Saúde Mental se tornou descentralizado:

FIGURA 7 – Rede de Atenção a Saúde Mental na concepção do Ministério da Saúde.



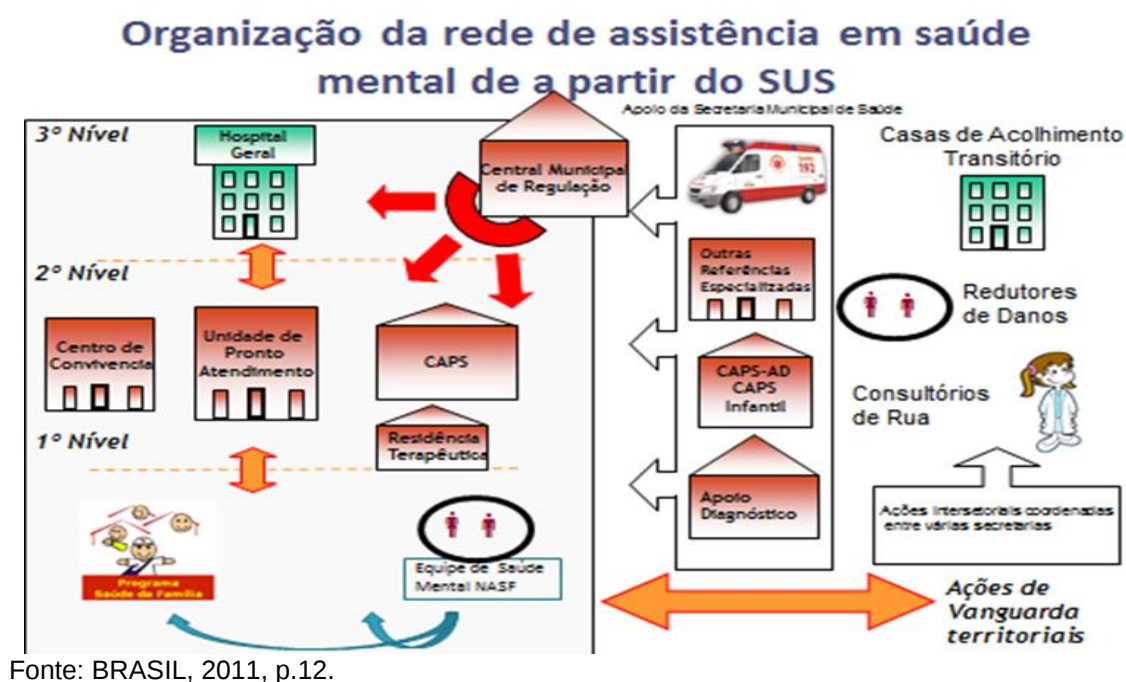
Fonte: AMARANTE, 2015, p.89.

Este tratamento em rede, explicitado por Amarante (2015), direciona o campo da saúde mental, enquanto política pública, para um tratamento/atendimento em rede, aliando a sociedade aos serviços de atenção psicossocial.

Atualmente, após a superação do modelo psiquiátrico clássico, o centro de atenção psicossocial, como processo social orienta o tratamento psiquiátrico

em todo território nacional entre eles, o município de Ponta Grossa/PR. Na FIGURA 7 elucida o fluxograma da Rede de Assistência em Saúde Mental a partir do SUS no território brasileiro:

FIGURA 8 – Organização da Rede de Assistência em Saúde Mental a partir do SUS.



A FIGURA 8 explicita a organização dos atendimentos psiquiátricos respaldados pela Portaria nº3.088, de 23 de Dezembro de 2011, que ocorrem por meio de uma rede articulada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, a portaria regulamenta três níveis dotados de suas respectivas instituições para os atendimentos psiquiátricos. O primeiro nível ligado ao atendimento da Atenção Básica de Saúde, dentre elas a Unidade Básica de Saúde. O segundo nível os Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades. E por fim o terceiro nível, vinculado aos hospitais para atenção as urgências aos pacientes psiquiátricos em crise.

Conforme anteriormente exposto, Ponta Grossa/PR durante trinta e sete anos direcionou o tratamento psiquiátrico ao HPFR. Após dois anos do seu fechamento, os Centros de Atenção Psicossocial inauguraram no município.

Hoje, com trezentos e quarenta e um mil, cento e trinta (341.130) habitantes⁴⁴, o município possui:

QUADRO 2 – Rede de Saúde Mental em Ponta Grossa/PR.

• 1 (um) Ambulatório de Saúde Mental Dr. Cândido de Mello Neto;
• 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial CAPS II (CAPS-TM);
• 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD);
• 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS I).

Elaborado pela autora.

Estas instituições prestam atendimento às pessoas que eram encaminhadas ao HPFR, e que agora são direcionadas aos novos Centros de Atenção Psicossocial. Desse modo, a Rede de Saúde Mental em Ponta Grossa/PR, atualmente esta organizada em seu primeiro nível com as unidades de saúde, compondo o segundo nível as instituições descritas no Quadro 2 e os pronto-atendimentos⁴⁵, e como terceiro nível Hospital Sociedade Beneficente São Camilo.

Amarante (2015) elucida que o atual contexto nacional da saúde mental, passa a entender o adoecimento psíquico pelo seu contexto social, e não apenas pelos fatores psicológicos e biológicos, defendendo a importância desses serviços:

[...] é necessário que existam serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos de profissionais com essas pessoas, para que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas (p.84).

Rompendo com a relação médico-paciente-doença que se centrava na medicalização, para assistir o paciente psiquiátrico e seu o adoecimento psíquico por uma equipe multidisciplinar, acolhendo e dando lugar à pessoa

⁴⁴ Estimativa IBGE 2016.

⁴⁵ Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Hospital Municipal Amadeu Puppi (Pronto-Socorro HPS).

que sofre com algum tipo de adoecimento psíquico, seus familiares e todos os envolvidos.

Para a melhor compreensão dos atendimentos atualmente realizados na cidade de Ponta Grossa/PR, recorremos à descrição⁴⁶ minuciosa da Portaria 189/2 que dispõem as modalidades dos CAPS:

QUADRO 3 – Centro de Atenção Psicossocial.

• Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: <u>CAPS II</u> (BRASIL, 2002, p.3; grifo nosso).
• Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, e desenvolvendo atividades diárias em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Designação: <u>CAPSi</u> (BRASIL, 2002, p.3; grifo nosso).
• Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 100.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, com leitos para desintoxicação e repouso (02 a 04 leitos), desenvolvendo atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas. Designação: <u>CAPSad</u> (BRASIL, 2002, p.3; grifo nosso).

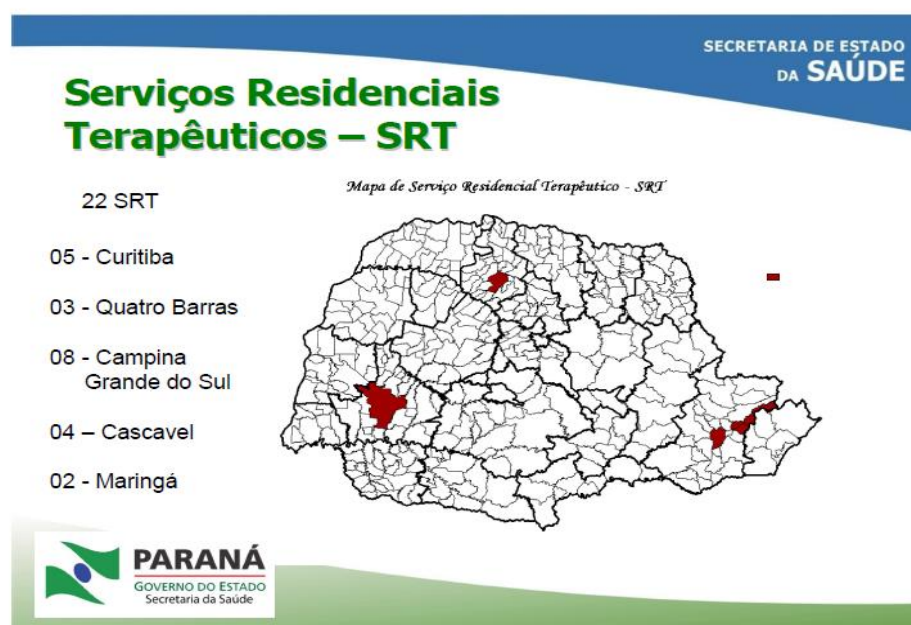
Fonte: Ministério da Saúde, 2004.
Elaborado pela autora.

⁴⁶ Neste Trabalho, nos atentamos a descrever os serviços oferecidos no município pesquisado, Ponta Grossa/PR.

Estes centros de atenção psicossocial foram inaugurados no município de Ponta Grossa/PR entre os anos de 2004 a 2006 (PREFEITURA DE PONTA GROSSA, 2006), por meio da transição política que reivindicada pela reforma psiquiátrica brasileira após o fechamento do HPFR. Contudo, ao pensarmos nos longos anos de enclausuramento, nem todas as pessoas em sofrimento psíquico voltam a contatar suas famílias, por vezes não possuindo nenhum vínculo familiar afetivo. Frente a esta demanda, a Rede de Atenção à Saúde Mental, prevê o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), um serviço disponível aliado aos programas “De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico” (BRASIL, 2004, p.4). Desse modo, os programas acima elencados se tornam alternativas para moradia e inserção social dos antigos pacientes dos manicômios. As chamadas residências terapêuticas abrigam pacientes que em decorrência dos anos de internação, não possuem mais vínculo familiar. Ou ainda, pelo não suporte adequado da comunidade as necessidades psiquiátricas e sociais do paciente.

Para além da moradia, as residências terapêuticas podem se tornar um serviço de apoio aos usuários de outros serviços da saúde mental, como os usuários do CAPS. Estes podem frequentar as residências, encontrando nessas casas um local de convívio e de moradia (BRASIL, 2004). Entretanto, este serviço foi disponibilizado apenas em algumas cidades no Estado do Paraná conforme elucida a FIGURA 9:

FIGURA 9 – Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, Paraná.



Fonte: BRASIL, 2012, p.05.

Dentre as cidades que possuem residências terapêuticas para os pacientes que foram internados por longos anos nos antigos manicômios ou ainda, para os pacientes que não possuem vínculo familiar protetor, o município de Ponta Grossa/PR não está incluso. Desse modo, podemos nos questionar: E para onde foram os pacientes em sofrimento psíquico e em condições vulneráveis com longo histórico de internação, que por vez perderam os vínculos familiares, e que estavam hospitalizados no HPFR?

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS AD foi inaugurado no ano de 2006 com a regulamentação do Governo Federal. Posteriormente no ano de 2007 foi inaugurado o CAPS TM. Nas figuras 10 e 11 as atuais sedes do CAPS TM e do CAPS AD.

FIGURA 10 – Centro de Atenção Psicossocial Transtorno Mental – CAPS TM – Ponta Grossa/PR.



Fonte: Foto disponibilizada pelo CAPS TM⁴⁷.

⁴⁷ Apêndice C – Cessão Gratuita de Direitos para uso de Imagens, pág.181/182.

FIGURA 11 – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD – Ponta Grossa/PR.



Fonte: Foto disponibilizada pelo CAPS AD⁴⁸.

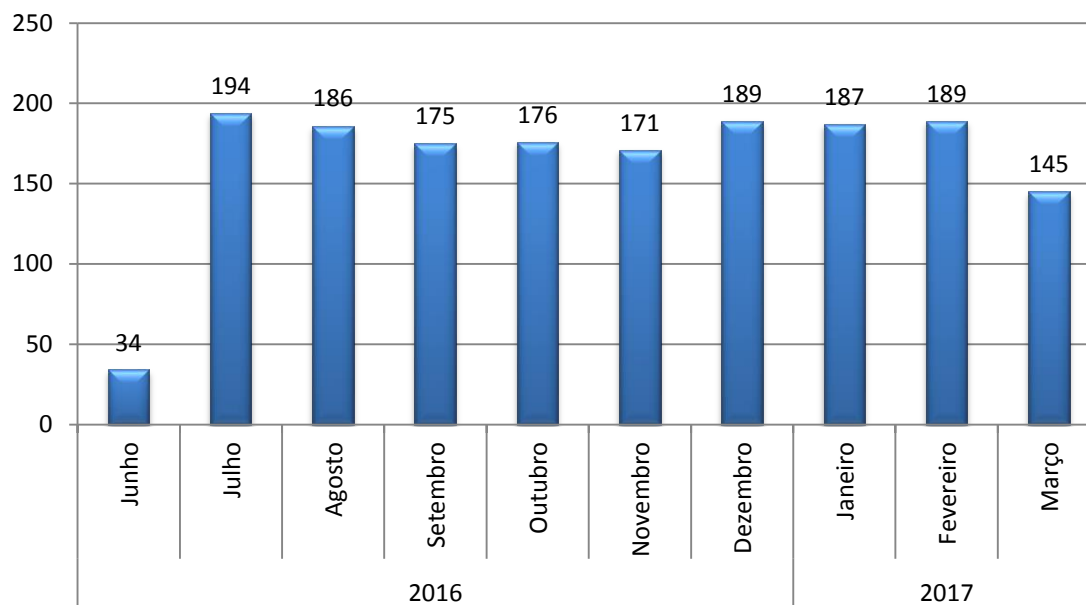
Na sequência os GRÁFICOS 1 e 2 evidenciam o número de pessoas que foram atendidos pelos CAPS AD⁴⁹ e TM⁵⁰ no ano de 2016 até o primeiro trimestre do ano de 2017 em Ponta Grossa/PR. Vale ressaltar, que a instituição CAPS AD sofreu um roubo, perdendo todos os seus registros. Desse modo, a instituição passa a reorganizar os dados a partir do final do mês de junho do ano de 2016, não sendo fidedigno o número de pacientes atendidos naquele mês. O CAPS TM registra o número de pacientes inseridos nos grupos terapêuticos, não categorizando o número de pacientes atendidos por mês, mas o número de pacientes inseridos nos grupos.

⁴⁸ Idem ao 45.

⁴⁹ Os dados censitários do CAPS AD no município de Ponta Grossa foram organizados a partir de Junho de 2016, pois em decorrência de um roubo de computadores a instituição perdeu os dados dos meses/anos anteriores.

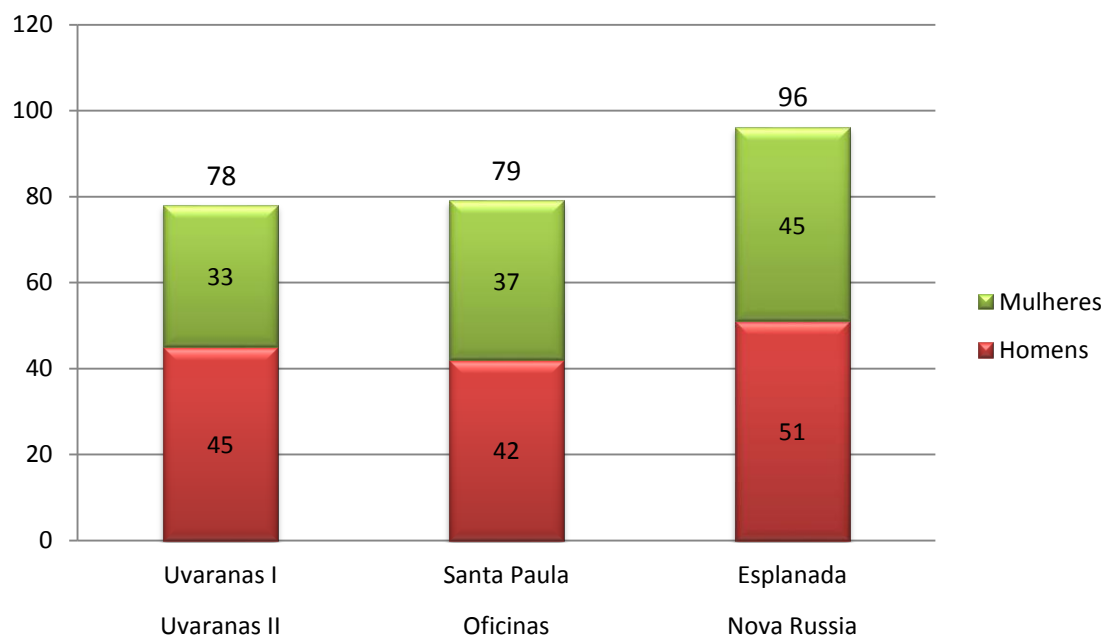
⁵⁰ Os dados censitários do CAPS TM no município de Ponta Grossa foram organizados por regiões, conforme os dados da instituição.

GRÁFICO 1 – Atendimentos realizados pelo CAPS AD no ano de 2016 até o 1º trimestre do ano de 2017, em Ponta Grossa/PR.



Fonte: Relatório de controle CAPS AD.
Elaborado pela autora.

GRÁFICO 2 – Atendimentos realizados pelo CAPS TM – Organizado por Regiões no município de Ponta Grossa/PR.



Fonte: Relatório de controle CAPS TM.
Elaborado pela autora.

Atualmente, além dos Centros de Atenção Psicossocial a cidade de Ponta Grossa oferta atendimento psiquiátrico por meio do hospital *Sociedade Beneficente São Camilo*⁵¹, e o Hospital Municipal Amadeu Pupi especializado em pronto-atendimento⁵².

O Hospital chamado São Camilo iniciou suas atividades no município no ano de 2005 vinculado ao Hospital Vicentino e a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa/PR. O HSC se instala no citado município em virtude de um convite da Secretária da Saúde do Governo do Estado do Paraná, para assumir a antiga estrutura do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha em decorrência da demanda social de atendimentos psiquiátricos.

A partir do ano de 2012 pela iniciativa da própria administração, inicia a oferta de consultas médicas particulares, mantendo os leitos para internamento fornecidos pelo SUS. Presentemente, o HSC possui dezessete leitos destinados à ala feminina para Transtorno Mental (TM), e dezoito leitos destinados à ala masculina também para Transtorno Mental (TM). E, vinte e cinco leitos para ala Álcool e Droga (AD), exclusivamente masculina. O HSC possui dezessete leitos para cuidados paliativos e continuados, dedicados a pacientes com doenças crônicas, e dezessete leitos para clínica médica de média-complexidade. Os internamentos ocorrem exclusivamente pela Central de Leitos do Estado do Paraná.

No ano de 2016 até o primeiro trimestre de 2017, o HSC na cidade de Ponta Grossa/PR recebeu para atendimento na ala Álcool e Droga (AD) um número de quatrocentos e vinte e três internos do sexo masculino. Na ala destinada para Transtorno Mental (TM), o hospital atendeu trezentos e nove pacientes do sexo masculino, e duzentos e noventa e dois (292) pacientes do sexo feminino. O hospital oferta atendimento médico psiquiátrico nas alas TM e AD por vinte e cinco dias realizando posteriores encaminhamentos conforme diagnóstico, para a rede de atenção psicossocial.

⁵¹ Passaremos a utilizar a sigla HSC, para se referir ao Hospital São Camilo - Sociedade Beneficente São Camilo.

⁵² Passaremos a utilizar a sigla HPS, para se referir ao Hospital Municipal Amadeu Pupi – Pronto Socorro.

Outro hospital que recebe pessoas em sofrimento psíquico é o Hospital Municipal Amadeu Puppi, chamado Pronto-Socorro no município de Ponta Grossa/PR. Os hospitais que ofertam pronto-atendimento se objetivam a “garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, ginecoobstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios)” (BRASIL, 2003, p.09). Desse modo, são hospitais que recebem múltiplas demandas de urgência e emergência, que por vezes são atendidos pelos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE).

No município de Ponta Grossa o HPS foi inaugurado em 1992, na antiga sede do Hospital São Lucas, recebendo o nome de Amadeu Puppi em homenagem ao médico cirurgião que foi um dos fundadores do HPS. Atualmente o hospital atende “aproximadamente nove mil pacientes mensais de urgência e emergência, quatrocentos internamentos entre UTI e cirurgias médicas” de acordo com o médico diretor do hospital, Pedro Compasso⁵³. No ano de 2016 até o primeiro trimestre de 2017, o HPS atendeu⁵⁴ sessenta e três pessoas do sexo masculino, e vinte e nove pessoas do sexo feminino com diagnósticos relacionados a algum adoecimento psíquico, entre eles a dependência química. Na FIGURA 12 a atual sede do HPS:

⁵³ Endereço de acesso: <<http://pontagrossa.pr.gov.br/node/30432>>.

⁵⁴ Os dados coletados se restringiram nos diagnósticos relacionados ao adoecimento psíquico, entre eles a dependência química, não incluindo diagnósticos resultantes de um possível adoecimento psíquico ou do uso e abuso de drogas, como: fraturas, doenças intestinais, entre outras. Impossibilitando a veracidade dos diagnósticos psiquiátricos, por vezes oriundos das ruas.

FIGURA 12 – Hospital Municipal Amadeu Puppi – Pronto Socorro – Ponta Grossa/PR.



Fonte: Foto retirada do site da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa⁵⁵.

Os atendimentos psiquiátricos atendidos pelo HPS não expressam a realidade do adoecimento psíquico recebido pelo hospital, pois os pacientes que possuem alguma comorbidade em decorrência do adoecimento psíquico, entre eles a dependência química são recebidos pelo hospital por outros diagnósticos. Como, por exemplo: fraturas, desmaios, pés machucados, recebendo tratamento de seu possível adoecimento psíquico como uma patologia secundária.

Diante dessa realidade, nos deparamos com uma história da loucura semelhante à narrativa Ocidental, equivalendo em partes com a história da loucura no Brasil e no HPFR no município de Ponta Grossa/PR. Esta história destinava ao cárcere hospitalar do pobre e louco. Desse modo, ainda nos dias de hoje visualizamos o recurso hospitalar sendo utilizado com frequência pelo

⁵⁵ Endereço de acesso: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/15059>>.

HPS, que encaminha via central de leitos os pacientes psiquiátricos ao HSC, que possuem as alas TM e AD com todos os leitos preenchidos e por vezes com espera. Os internamentos nos remetem a repensar a urgência de centros de atenção psicossocial vinte e quatro horas (CAPS III), em decorrência da demanda populacional do município.

Isto posto, os dados evidenciam que o município ainda recorre ao tratamento hospitalar, em decorrência da referência que perdurou trinta e sete anos⁵⁶, o tratamento asilar. Pois, o HPFR se tornou referência ao longo da história para o município e para cidades vizinhas no atendimento psiquiátrico, realizando todas as intervenções psiquiátricas pela hospitalização. E ainda, por não possuir instituições que prestem atendimento vinte e quatro horas. Desse modo, a população e os profissionais que prestam atendimento a esta demanda, ainda recorrem ao internamento como uma possibilidade de tratamento.

Diante desta realidade, podemos nos indagar, se o encerramento do HPFR contribuiu para o agravamento do fenômeno de rua em Ponta Grossa/PR. Visto que, os pacientes por vezes internados no HSC, encaminhados pela assistência social do município, não possuem moradia, estando permanentemente em situação de vulnerabilidade social, retornando por vezes as ruas.

A grave e histórica realidade, em que o pobre e louco são reclusos em instituições asilares marginalizado pela sociedade que perpassou por transformações sociopolíticas a saúde mental, deixa resquícios desta preocupante segregação. Pessoas pobres, em sofrimento psíquico, que por vez estão em situação de rua, ainda vivenciam a exclusão social pela sua condição de vida.

As graves necessidades inerentes à situação de rua por vezes emergem o adoecimento psíquico, estando para além das políticas regulamentadas à proteção deste público. Sobre esta realidade: Como devemos pensar no

⁵⁶ Tempo em que o HPFR esteve em funcionamento no município de Ponta Grossa/PR.

adoecimento psíquico das pessoas em situação de vulnerabilidade, que acompanhou um longo período de transformações sociopolíticas, preconizando na contemporaneidade a inclusão do público historicamente excluído? Esta inclusão se efetiva? E qual o seu alcance na promoção de saúde a PSR?

Os gritos dos andarilhos seminus, que percorrem as ruas no município de Ponta Grossa/PR nos despertam tal reflexão, protagonizada pela história da loucura preenchida por caminhos empobrecidos, que por vezes fizeram das ruas uma única possibilidade de sobrevivência. Diante do enlace entre a loucura e a pobreza, na sequência, abordamos as instituições assistenciais, que realizam atendimentos a PSR, por vezes adoecidas psiquicamente.

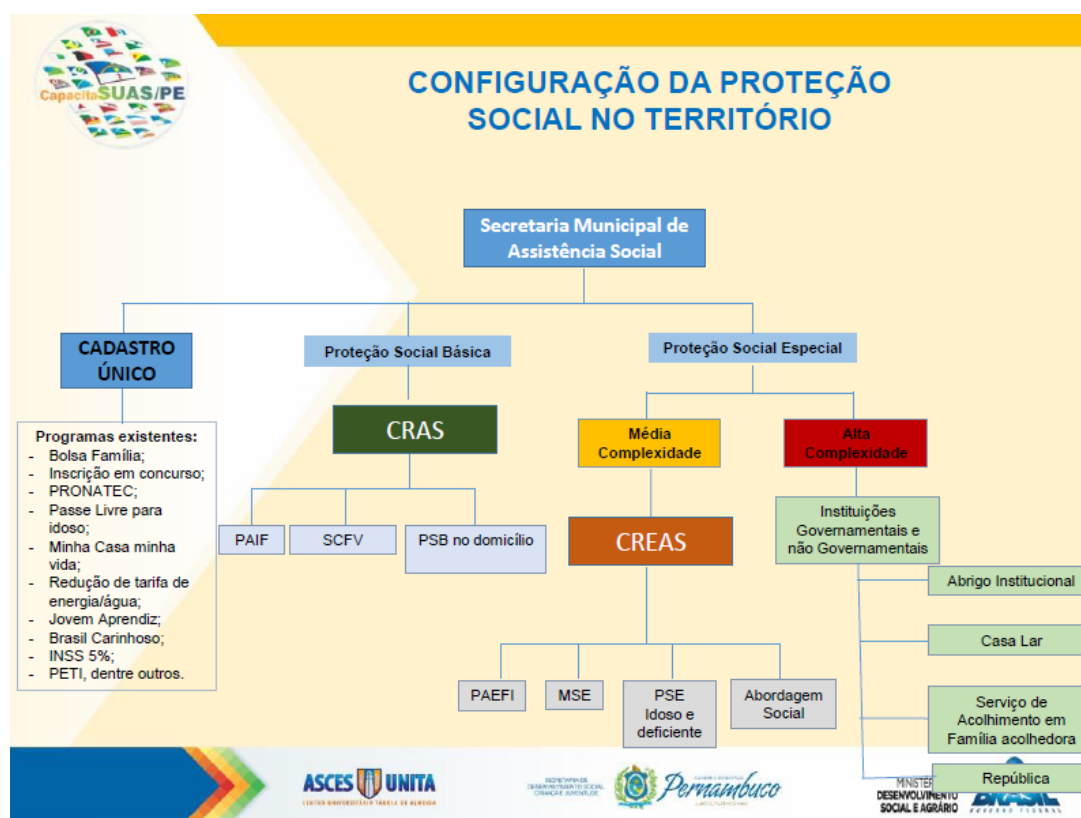
3.2 Instituições assistenciais: o amparo das ruas de Ponta Grossa/PR

A assistência social regulamentada em 1993 pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que institui a assistência social como um direito de todo cidadão brasileiro, responsabilizando o Estado em prover tal seguridade social enquanto política pública. Tal demanda em serviços de assistência social no Brasil foi intimamente ligada ao êxodo rural no período de industrialização do país conforme anteriormente exposto, pela não absorção de todos os trabalhadores no mercado formal de trabalho. Desse modo, a assistência social se tornou uma imprescindível ação a ser incorporada pelo Estado.

Frente a esta urgente demanda social, o Estado absorve tais necessidades, e por meio de políticas nacionais específicas de assistência social busca realizar intervenções que visem o reconhecimento e alcance da cidadania social (BRASIL, 1993). Desse modo, a constituição promulga a Lei n.8.742 de 07 de dezembro de 1993 (LOAS), estabelecendo “normas e critérios para organização da assistência social, que é um direito, e este exige definição de leis, normas e critérios objetivos” (BRASIL, 1993, p.05). A referida lei dispõe sobre a organização da assistência social salientando providências a serem realizadas de iniciativa pública, e pela sociedade como um todo em prol ao atendimento de necessidades básicas de pessoas em situação vulnerável.

Isto posto a configuração da Proteção Social nos municípios estão divididos nos serviços: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)⁵⁷ e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CREAS POP)⁵⁸. O CRAS oferta serviços de assistência social, ligados à proteção social básica nas áreas de risco dos municípios que possuem o serviço. A seguir a FIGURA 13 elucida a configuração da proteção social dos municípios em que estão instalados os serviços CRAS e CREAS e suas respectivas demandas:

FIGURA 13 – Configuração da Proteção Social no Território – Fluxograma CRAS/CREAS.



Fonte: BRASIL, 2012a, p. 02.

⁵⁷ Passaremos a utilizar a sigla CRAS para se referir ao Centro de Referência de Assistência Social.

⁵⁸ Passaremos a utilizar a sigla CREAS POP para se referir ao Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua.

Dentre os serviços de atendimento sócio assistencial, em 2009 o Conselho Nacional de Assistência (CNAS) por meio da resolução n.109/2009 estabelece a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, caracterizando o Serviço Especializado à PSR (BRASIL, 2011). O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CREAS POP):

[...] constitui uma unidade de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade, de caráter público estatal, com um papel importante no alcance dos objetivos da Política Nacional a PSR [...] compõem um conjunto de ações públicas de promoção de direitos, que possam conduzir a impactos mais efetivos no fortalecimento da autonomia e potencialidades dessa população, visando à construção de novas trajetórias de vida (BRASIL, 2011, p.10).

O CREAS compõe uma unidade pública que oferta serviço especializado à PSR, que busca construir um espaço de acolhimento e fortalecimento do contexto social em que as PSR estão submetidas.

Para isso o serviço se organiza de acordo com o fluxograma apresentado na FIGURA 14:

FIGURA 14 – Proteção Social Especial – Fluxograma CREAS.



Fonte: BRASIL, 2012a, p. 11.

Em 2009, o município de Ponta Grossa/PR inaugura o CREAS POP, mantido pela Prefeitura Municipal possuindo como público-alvo pessoas em situação e/ou moradores de rua. Entretanto, desde o início, o centro de referência chamado Centro POP, atende toda a população empobrecida que está em seu entorno. Atualmente, o CREAS POP está situado na região chamada Princesa, Vila Coronel Cláudio (FIGURA 15), prestando atendimento também às pessoas em situação vulnerável da referida região.

FIGURA 15 – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CREAS POP) - Ponta Grossa/PR.



Fonte: Foto retirada do site da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa/PR⁵⁹.

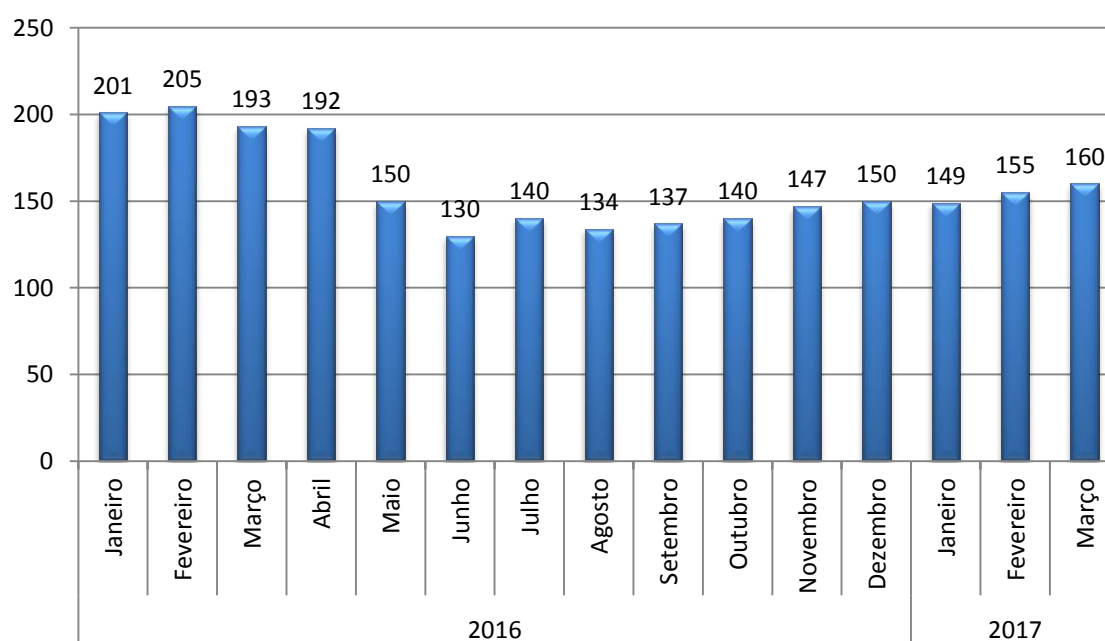
A instituição, de acordo com o documento que dispõe as orientações técnicas ao CREAS POP (2011), previsto pelo Decreto nº 7.053/2009, engloba uma unidade especializada à PSR. O centro de referência “representa espaço de referência para o convívio grupal, social e para o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito” (BRASIL, 2011, p.17). O CREAS POP de acordo com as referidas orientações técnicas (2011) deve contribuir e possibilitar o convívio social, fomentando por meio de ações o

⁵⁹ Endereço de acesso: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/31188>>.

alcance da autonomia, organização, a mobilização e a participação social (BRASIL, 2011).

O Centro POP, no município de Ponta Grossa/PR, atende homens e mulheres em situação de rua e ainda, homens e mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica, mas que não estão em situação de rua. O GRÁFICO 3 representa o número de pessoas que estão em situação de rua e que foram atendidos pelo CREAS no ano de 2016 até o primeiro trimestre de 2017:

GRÁFICO 3 – Atendimentos realizados pelo CREAS POP no ano de 2016 até o 1º trimestre de 2017 – Ponta Grossa/PR.



Fonte: Relatório de controle CREAS POP.
Elaborado pela autora.

Os atendimentos prestados pela referida instituição compõem: o acesso à documentação para identificação, e referenciamento da PSR no município. Também oferta: alimentação (café da manhã, almoço e café da tarde), acesso a higiene pessoal (acesso a banhos e um espaço para lavagem de roupas) e

contribui na articulação da rede⁶⁰ a PSR. O CREAS POP não oferta nenhum tipo de oficina que fomente a reintegração social, demonstrando a frustração da equipe pelo seguinte depoimento:

“Deveria ter grupos, oficinas, mas não tem material, não temos estrutura”.

A citada instituição referenciou oitenta e sete pessoas⁶¹ em situação de rua no município de Ponta Grossa/PR, que recebem o benefício chamado pela equipe “Bolsa Morador de Rua”, que equivale ao mesmo benefício “Bolsa Família”, disponibilizado a famílias empobrecidas pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Conforme o relatório de controle da citada instituição, são sessenta e quatro⁶² pessoas em situação de rua que ainda não recebem o benefício citado, por diversos motivos, entre eles: a falta de documento para o cadastro e o adoecimento psíquico, que não permite o acompanhamento do assistido.

Outras instituições pesquisadas que prestam atendimento à PSR em Ponta Grossa/PR, por iniciativa da sociedade são: *Ministério Melhor Viver e Casa da Acolhida*. Ambas são instituições filantrópicas.

O *Ministério Melhor Viver* inicia suas atividades em 2001, mas se torna uma pessoa jurídica em 2004, se mantendo financeiramente ativa por meio de doações, comercialização de produtos produzidos pela própria instituição e pelo Convênio com a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Seu público-alvo são as PSR, atendendo também a comunidade empobrecida localizada nas margens do bairro Jardim Carvalho.

⁶⁰ Encaminhamento para as instituições pesquisadas neste trabalho: os Centros de Atenção Psicossocial e os hospitais São Camilo e Pronto-Socorro.

⁶¹ Cadastro atualizado no ano de 2016.

⁶² Endereço de Acesso: <<http://www.plantaodacidade.com.br/novo/noticia/13848>>.

FIGURA 16 – MINISTÉRIO MELHOR VIVER – Ponta Grossa/PR.



Fonte: Foto retirada do site Plantão da cidade de Ponta Grossa/PR⁶³.

O principal objetivo da instituição está acerca de *“servir o público atendido da mesma forma que gostaríamos de ser servidos, utilizando um ingrediente especial em todas as nossas ações: o amor”*⁶⁴.

Dessa forma, seus serviços são direcionados ao atendimento *“às necessidades básicas, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e capacitação pessoal e profissional, oportunizando a construção de novos projetos de vida às pessoas em situação de rua, de risco e vulnerabilidade”*⁶⁵. A instituição possui serviço de abrigo, de convivência que abrange alimentação, disponibilidade para realização de higiene pessoal, lavagem de roupas e participação em oficinas.

A instituição no ano de 2016 e no primeiro trimestre de 2017 ofertou os seguintes serviços:

⁶³ Idem ao 62.

⁶⁴ Endereço de acesso: <<http://www.ministeriomelhorviver.com.br/oministerio.html>>.

⁶⁵ Idem ao 64.

TABELA 2 – Atendimento ofertado pela instituição Ministério Melhor Viver, no ano de 2016 até o 1º trimestre de 2017 – Ponta Grossa/PR.

Atendimentos Ministério Melhor Viver, 2016 - 1º Trimestre 2017	
Café da manhã/tarde	9132
<i>Café da manhã</i>	9107
<i>Lanche da tarde</i>	25
Almoço/Jantar	25612
<i>Almoço</i>	25607
<i>Jantar</i>	5
Higienização pessoal	3147
<i>Banho</i>	2374
<i>Corte de barba</i>	541
<i>Corte de cabelo</i>	227
<i>Higienização de roupas</i>	5
Entrevistas Sociais	1535
TOTAL DE ATENDIMENTOS	35166

Fonte: Relatório de controle Ministério Melhor Viver.
Elaborado pela autora.

A instituição *Casa da Acolhida*, outra entidade filantrópica que presta atendimento exclusivo à PSR, está localizada no bairro Cará-Cará e foi fundada em 2001 pelo Conselho Nacional das Igrejas Cristãs (CONIC) da Região de Ponta Grossa, durante a Campanha da Fraternidade Ecumênica em 2000, que teve a seguinte temática: “Um Novo Milênio Sem Exclusões”. A instituição possui sua história ligada ao “*espírito do ecumenismo, da solidariedade e no respeito à dignidade do ser humano, superando a exclusão social a que são submetidas tantas pessoas em nossa sociedade*”⁶⁶, alicerçado à campanha supracitada. A instituição possui abrigo temporário às PSR, disponibilizando leitos para pernoite, serviços assistenciais e realizando encaminhamentos a outros serviços/instituições.

⁶⁶ Endereço de acesso: <www.diocesepontagrossa.com.br>.

FIGURA 17 – CASA DA ACOLHIDA – Ponta Grossa/PR.



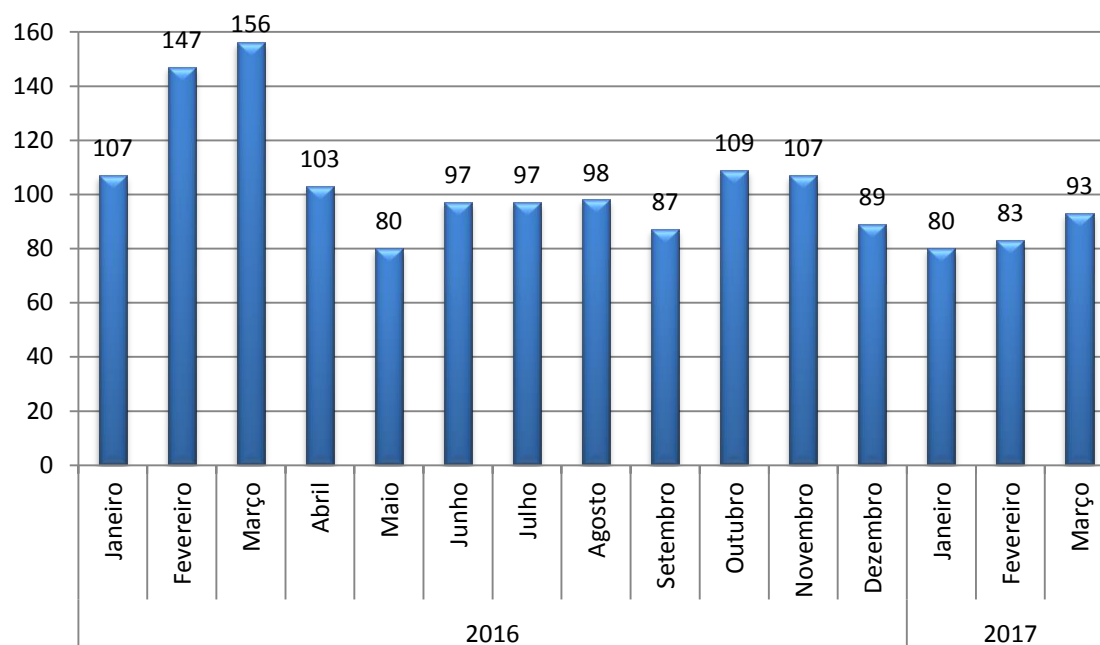
Fonte: Foto retirada do site Rede Assistencial de Ponta Grossa/PR⁶⁷.

No ano de 2016 a Casa da Acolhida abrigava cinquenta pessoas, homens e mulheres, disponibilizando os leitos conforme demanda. Em 2017, a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, limitou o repasse de verba a instituição para quarenta leitos.

Nos seguintes gráficos, o número de pessoas que foram atendidas pela referida instituição, utilizando do serviço de convivência (alimentação, higiene pessoal e higienização de roupas) e o serviço de abrigo no ano de 2016 e no primeiro trimestre de 2017:

⁶⁷ Endereço de Acesso: <<https://redeassocialpg.wordpress.com/2016/04/18/conhecendo-a-rede-casa-da-acolhida/>>.

GRÁFICO 4 – Atendimentos realizados pela Casa da Acolhida no ano de 2016 até o 1º trimestre de 2017 – Ponta Grossa/PR.



Fonte: Relatório de controle da Casa da Acolhida.
Elaborado pela autora.

A instituição Casa da Acolhida disponibiliza às pessoas atendidas a participação em grupos de acolhimento com os seguintes temas: Motivação, prevenção de recaídas em álcool e drogas, conscientização para tratamento de dependência química, roda de conversa, roda de leitura chamado “Roda de Prosa e Contação de histórias” e a participação dos usuários em atividades físicas e de entretenimento. Tais serviços são realizados pelos profissionais lotados na instituição e por voluntários.

As instituições citadas, governamentais e não governamentais, prestam atendimento a PSR, e são orientadas pela tipificação do Serviço Especializado a PSR (Resolução n.109/2009). Entretanto, nos próximos capítulos apresentaremos que tais intervenções não atingem os objetivos regulamentados pela política nacional à PSR, pois apontam para dificuldades que estão além das regulamentadas pelas políticas públicas. Diante da realidade, abordamos nos próximos capítulos a relação entre a condição de pobreza e a situação de rua que por vezes resulta no agravamento do

adoecimento psíquico, expresso pelo discurso institucional dos serviços que prestam atendimento a PSR e os serviços de SM⁶⁸ do município de Ponta Grossa.

⁶⁸ Passaremos a utilizar a sigla SM para se referir a Saúde Mental.

4 PARA ALÉM DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: Saúde Mental, Pobreza e Situação de Rua

Para o entendimento do discurso institucional na relação entre o adoecimento psíquico que por vezes está imerso ao fenômeno de rua, foram selecionadas as sete instituições governamentais e não governamentais do município de Ponta Grossa/PR, que prestam atendimento à população em situação de rua, apresentadas no capítulo anterior. Estas instituições foram inclusas na pesquisa, pois abrangem os serviços psiquiátricos e o atendimento a população em situação de rua no município pesquisado.

As observações assistemáticas moldaram o início desta pesquisa e foram registradas em diários de campo, após o encerramento de cada período de observação. Tais observações contribuíram na compreensão do funcionamento das instituições, bem como familiarizou a pesquisadora com o campo de pesquisa. Em seguida, foram levantados os dados documentais a fim de verificar os serviços ofertados e o número de pessoas atendidas por cada instituição. A partir das observações assistemáticas e da pesquisa documental, foi realizado o convite para uma entrevista semiestruturada com um profissional de cada instituição. Estes profissionais assumem o cargo de gestão em cada uma das instituições pesquisadas. Desse modo, foram entrevistados sete profissionais com diferentes formações, entre elas: serviço social, medicina, teologia, psicanálise e enfermagem, com duração média de sessenta min a oitenta min cada entrevista.

Após as entrevistas, as mesmas foram transcritas, analisadas e deram origem as categorias apresentadas na sequência. Os dados coletados foram analisados e, posteriormente, organizados em categorias a partir das falas de cada entrevistado. Para a construção das categorias, as entrevistas foram agrupadas pelas suas semelhanças e diversidades, levando em consideração seus conteúdos latentes e retornando aos objetivos da pesquisa em questão, para sua decorrente discussão.

As entrevistas semiestruturadas, que deram origem às categorias,

organizadas conforme direciona Bardin (2016) ao afirmar que: na “análise de conteúdo se leva em consideração as significações (conteúdos), eventualmente a sua forma e a distribuição desses conteúdos e formas” (p.49). Desse modo, as entrevistas e posterior análise visaram “conhecer aquilo que esta por trás das palavras sobre as quais se debruça”, isto é, o pesquisador ir além das palavras do entrevistado, debruçando-se nas mesmas (BARDIN, 2016, p.49).

As instituições governamentais e não governamentais do município de Ponta Grossa/PR, foram estudadas no ano de 2016 e 2017, primeiro e segundo semestres. Os dados documentais e observações assistemáticas foram coletados no ano de 2016, bem como o início das entrevistas semiestruturadas, finalizando as entrevistas no ano de 2017.

O *Centro de Atenção Psicossocial de Transtorno Mental (CAPS II)*, *Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)*, o *Hospital Municipal Amadeu Puppi (Pronto Socorro de Ponta Grossa)* e o *Centro Integrado de Saúde São Camilo*, prestam atendimento às pessoas em sofrimento psíquico de forma direta ou indireta no município de Ponta Grossa/PR. O CAPS II direciona seus atendimentos as pessoas com transtornos mentais graves a severos, indicados para municípios que abranjam entre setenta mil habitantes a cento e cinquenta mil habitantes, intitulado CAPS II (BRASIL, 2004). O CAPS AD que presta atendimento a pessoas em sofrimento psíquico resultante do uso e abuso de drogas (BRASIL, 2004). O *Hospital Municipal Amadeu Puppi - Pronto Socorro Municipal de Ponta Grossa*⁶⁹, que visa o atendimento de urgência e emergência a população do município, realizando o encaminhamento dos pacientes conforme seu diagnóstico. Já o *Centro Integrado de Saúde São Camilo* direciona seus atendimentos as pessoas em sofrimento psíquico atuando como hospital de referência ao adoecimento psíquico no município estudado. Tais instituições compõem o cenário governamental que presta atendimento as pessoas

⁶⁹ Passaremos a utilizar a sigla PSM, para se referir ao Pronto Socorro Municipal de Ponta Grossa.

adoecidas psiquicamente e, por vezes, estão em situação de rua.

Outra instituição governamental, o *Centro de Referência Especializado de Assistência Social para população em situação de rua (CREAS POP)*, atende exclusivamente a população em situação de rua no município de Ponta Grossa/PR. Já a *Casa da Acolhida e Ministério Melhor* são instituições não governamentais que também prestam atendimento a população em situação de rua ou risco social.

Os dados coletados nas instituições pesquisadas evidenciam o adoecimento psíquico aliado às vulnerabilidades sociais e econômicas das pessoas que estão em situação de rua no município de Ponta Grossa/PR. Dados que foram alarmados pelos relatos dos gestores das instituições pesquisadas, apresentados na sequência.

4.1 PSR no município de Ponta Grossa/PR

A população em situação de rua, caracterizada pela política nacional para inclusão social da PSR define pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, que fazem das ruas um local para subsistir. A citada política salienta que são “diversos os grupos de pessoas que estão nas ruas: imigrantes, desempregados, egressos dos sistemas penitenciários e psiquiátrico” (BRASIL, 2008, p.08). Desse modo, se caracteriza por pessoas em condição de pobreza, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a margem da sociedade.

A vulnerabilidade acerca das pessoas que estão nas ruas, se faz presente nos relatos das instituições pesquisadas no município de Ponta Grossa/PR, ao traçarem um perfil do público atendido. Na sequência trechos das entrevistas realizadas com profissionais que trabalham com a população em situação de rua no município de Ponta Grossa/PR, lotados nas instituições anteriormente expostas, que evidenciam a realidade da PSR do referido município. As falas delineiam um possível perfil da PSR que são atendidos pelas instituições:

A maioria das pessoas que a gente atende aqui, acolhe, são do sexo masculino, há bastante tempo, a quantidade há mais de homens que estão em situação de rua há mais tempo, não que a gente não atenda mulheres também (Entrevistado D).

São mais na faixa de jovens e a grande maioria homem, mulheres também sim, mas são bem menos, os homens uma grande quantidade (G).

São pessoas que estão... Ou que vieram trabalhar em Ponta Grossa, perderam o emprego, a família já não quer mais, abandonou, ou a pessoas já esta em situação de rua justamente pela questão do álcool e da droga e com o passar do tempo eles vão criando problemas pra si e para terceiros (Entrevistado C).

Então uma grande maioria, são de fora, são muito poucos que são de Ponta Grossa, então eles estão de passagem, itinerantes que são: etilistas crônicos, são usuários de todos os tipos de drogas (G).

Temos uma grande maioria que esta em com risco social (G).

São geralmente pessoas que estão passando por essa vulnerabilidade social bem radical, então é complicado, claro que tem os desempregados, os itinerantes, são inúmeras situações (Entrevistado D).

[...] a gente percebe que o perfil socioeconômico são pessoas de uma classe social baixa, com alta vulnerabilidade social (F).

Escolaridade Baixa, uma escolaridade bem baixa! (Entrevistado B).

As falas expostas apresentam um público predominantemente do sexo masculino, em risco social, por vezes não originários do município estudado. Os dados apresentados vão ao encontro dos dados demonstrados pela pesquisa da Fundação Instituto de Pesquisa Econômicas⁷⁰. A FIPE em parceria com a Prefeitura Municipal de São Paulo, em 2015, realizou uma pesquisa censitária da PSR em SP. A pesquisa se objetivou a caracterizar a condição socioeconômica da PSR, a fim de afunilar as reais necessidades dessa parcela da população. A pesquisa evidencia dados significativos da PSR da cidade de SP, delineando um perfil semelhante ao encontrado no município de Ponta Grossa.

Os dados da FIPE demonstram uma população predominantemente masculina cerca de 88%, e “não-brancos” (BRASIL, 2015, p.17), com taxas

⁷⁰ Passaremos a utilizar a sigla FIPE, para se referir a Fundação Instituto de Pesquisa Econômicas.

elevadas de analfabetismo e em sua maioria migrantes de outras regiões do país, e em número menor, mas presentes, os imigrantes vivendo nas ruas de SP. A pesquisa censitária salienta que cerca de 80% das pessoas que estão nas ruas possuem vínculos familiares interrompidos, mantendo relações com pessoas sem qualquer parentesco que geralmente também estão nas ruas. Esta realidade também foi evidenciada por Silva (2009) ao afirmar que o fenômeno de rua está vinculado a diversas vulnerabilidades socioeconômicas, dentre elas a ausência de emprego, renda, moradia e a ausência de vínculos familiares.

Desse modo, a vulnerabilidade socioeconômica exposta pela pesquisa da FIPE se reitera na realidade das instituições estudadas. Os relatos institucionais apontam para uma PSR marcada pela condição de pobreza que, por vezes, sem emprego ou renda se tornam migrantes em risco social, com pouca ou nenhuma escolaridade, mantendo-se as margens da sociedade. Abaixo, o Entrevistado B aponta para as características da PSR, concluindo que seu trabalho está direcionado a uma população em extrema pobreza:

Nós trabalhamos com os pobres, os mais pobres (Entrevistado B).

Esta realidade nos faz indagar sobre a origem do fenômeno de rua. Sobre isso Silva (2009) salienta que as vulnerabilidades socioeconômicas presentes nas ruas se agravaram no Brasil a partir da institucionalização do capitalismo, com a industrialização brasileira e suas implicações como: a não inclusão de todos no mercado formal. Os trabalhadores sem renda, mais tarde com vínculos familiares fragilizados ou interrompidos, e por vezes adoecidos, encontravam nas ruas uma possibilidade de sobrevivência.

Sobre essa realidade que ainda perdura, as instituições salientaram quais motivos levaram, e ainda, levam, as pessoas a estarem em situação de rua no município de Ponta Grossa. Tais justificativas são explicitadas pelas instituições como variadas:

É um contexto muito amplo, com muitas nuances, muitas dificuldades, cada um passa por situações e situações, cada caso é um caso, cada assistido é um assistido, cada um tem um histórico, uma forma de lutar, de reagir aquela dificuldade que eles estão vivenciando (Entrevistado D).

E que por vezes são pessoas que:

São pessoas que tinham emprego, são pessoas que muitas vezes são formadas, são pessoas que realmente, por algum motivo seja ele econômico, por ser usuário foram para rua porque acham que é o melhor lugar para eles (G).

Essas falas nos demonstram uma realidade em que a vulnerabilidade socioeconômica se agrava no decorrer do tempo. A ausência de emprego ou renda é vista pelas instituições como uma característica fundamental para se estar nas ruas. Aliada a esta ausência, se aglutina a fragilidade dos vínculos familiares até serem completamente interrompidos, agravando-se pela presença do adoecimento psíquico, entre eles a dependência química.

No período que eles ficam aqui a gente percebe várias coisas, alguns estão fugindo da casa, da família, continuam fugindo do tratamento. Muitos vêm porque estão fugindo da polícia. Muitos vêm porque estão fugindo do “patrão” que é o “dono da boca”. Então muitos pacientes ficam aqui, melhoram um pouco e vão embora (Entrevistado C).

[...] eles tinham família, eles tinham esposa, tinham pai, tinham a mãe, quer dizer eles (família) continuam existindo. Mas, a família abandona [...] porque tem famílias que não desistem, mas muitas famílias desistem da pessoa (Entrevistado G).

Eles são muito judiados, feridos nas integridades deles, a gente não tem acesso a todas as janelas lá, internas deles, o que desencadeou, porque eles chegaram a ficar nessa situação, são traumas muito profundos, feridas (Entrevistado D).

A gente vê que essas classes mais empobrecidas, com mais dificuldade econômica, os transtornos mentais, o sofrimento psíquico e a dependência química, elas estão muito mais presentes (Entrevistado F).

[...] sempre tem as comorbidades, a gente percebe muito, principalmente no público morador de rua, comorbidades da dependência química, e do transtorno mental (Entrevistado F).

Esta vulnerável realidade que tende a se agravar pelas demais ausências expostas nos relatos institucionais, também foi exposta pela cartilha “Conhecer para Lutar” (2010). A cartilha destaca que a grave realidade em que as pessoas que estão nas ruas são submetidas, é entendida pela sociedade como uma condição em que as pessoas em situação de rua são responsáveis pela miséria que os cercam. Entretanto, não é mensurado que “muitos

perderam seus empregos e romperam vínculos afetivos [...] outros, pela dependência química, tiveram estas relações agravadas” (BRASIL, 2010, p.07). Desse modo, estar nas ruas é estar imenso a um processo de perdas. Perdas que vão desde o trabalho, a renda, a família, a moradia, até a esperança de viver como evidencia a referida cartilha (BRASIL, 2010).

As instituições pesquisadas afirmam outras vulnerabilidades sociais para além da condição de pobreza ao delinearem o perfil a PSR no município de Ponta Grossa/PR. Nas seguintes falas, os profissionais das instituições evidenciaram pessoas adoecidas psiquicamente, pela presença de algum transtorno psiquiátrico ou pela dependência química:

São indivíduos de 18 a 60 anos, os quais na grande maioria são usuários de drogas e álcool a grande maioria, a grande maioria! E também na sua maioria já perderam os vínculos familiares, já estão na rua há muito tempo, ou em situação ou morando (Entrevistado A).

[...] eles ficam internados pouquíssimos dias, eles não aguentam ficar fechados vamos dizer no hospital, não aqui, porque nos somos a porta de entrada, mas em outros hospitais, porque eles fumam, eles bebem, eles usam outros tipos de drogas, eles não ficam o tempo que deveriam, daí saem e caem na vida de volta (G).

A maioria é de classe baixa, não são todos tem exceção, mas a maioria é de classe baixa, todos com transtorno mental grave que é o foco nosso, então ele tem que ter como doença de base um transtorno mental grave, alguns tem apoio da família outros não, a maioria tem convivência com a família com bastante dificuldade (E).

É bem comum, têm muito paciente que usa droga para aliviar os sintomas do transtorno mental, e tem outros pacientes que com o uso da droga tem um surto psicótico, tem e é bem comum (Entrevistado E).

Dessa forma, dentre as inúmeras consequências, as ruas acarretam graves limitações a necessidades básicas, emergindo outras demandas sociais. Sobre isso, Carvalho e Santana (2016) destacam que as pessoas que estão fazendo das ruas uma possibilidade de morada, apresentam um maior risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, e para o uso abusivo de álcool e outras drogas. As autoras salientam que pela vulnerabilidade que os cerca, o aparecimento de “vários outros problemas físicos e sociais, por exemplo: desnutrição, traumas ortopédicos, desemprego, violência, pobreza

extrema” (CARVALHO; SANTANA, 2016, p.47), incidem na saúde dessas parcelada da população.

Tais demandas sociais atreladas ao adoecimento físico e psíquico que foram explicitados pelas autoras Carvalho e Santana (2016), são retratados pelas instituições nas seguintes falas:

Ah, tem muitos, dentre eles, tem muitos com transtornos mentais, porque a droga a partir de um momento começa afetar o mental, eu tenho vários! (Entrevistado A).

Ele não gosta de cumprir regras, na rua ele é o rei, ele reina, ele criou suas maneiras, artimanhas para sobreviver, entende, quando ele chega aqui, ele não quer tomar banho, ele não quer fazer a barba, ele não quer lavar sua roupa, é resistente em algumas situações (Entrevistado D).

A cultura de rua é viver da rua, viver de pedir, de fazer alguns servicinhos, que tem alguns que ainda fazem, e eles ganham muito dinheiro na rua, isso também prejudica o fato deles saírem, porque eles sabem que na rua tem tudo, infelizmente, eles ganham comida, roupa, dinheiro. Sabe, essa é a cultura de rua... Veja bem, eles não tem disciplina, eles não têm horário, eles podem dormir a hora que quiserem, dormir, acordar, levantar a hora que quiserem, na rua, na mente deles, eles são livres, eles não têm disciplina para seguir (Entrevistado A, grifo nosso).

Maior vulnerabilidade das pessoas apresentarem devido à situação econômica, de vida, de moradia, do contexto familiar, que muitas não tem ou não tiveram, a gente vê que esta bem forte essa questão, não que ter um problema família vai determinar o uso de drogas ou o transtorno mental, mas esta muito associado, a gente vê muitas histórias de vida difíceis (Entrevistado F).

Porque muitas vezes eles não aceitam o tratamento, eles não aceitam que são dependentes, não aceitam regras, eles não têm posição: Para fazer isso, tem que deixar daquilo, então eles preferem viver nas ruas em condições precárias de saúde, de higiene, principalmente de higiene, do que viverem com a família (Entrevistado G).

Veja bem, como eu falei, a grande maioria é usuária de álcool e drogas, drogas em geral, e a gente tenta, dentro do possível, aqueles que querem, colocamos em clínicas, hospitais, para tentar modificar um pouco o rumo da vida deles, mas poucos, muito poucos após esse tipo de intervenção mudam a de vida (Entrevistado A).

Depois que são reintegrados, e às vezes acontecem alguns fatos, que eles perdem alguma referência e recaem, recaem de novo (Entrevistado D).

Imerso à vida nas ruas, os relatos evidenciam a ausência de regras e

compromissos, uma “cultura de rua”⁷¹, o que é entendido pelas instituições como um grave obstáculo para a reintegração social. À vista disso, Carvalho e Santana (2016) acrescentam que a vida nas ruas está vinculada à vivência de “situações sociais precárias” (p.48). As autoras realçam que as pessoas que se encontram nas ruas constantemente estão sob “tensão, insegurança e incerteza” (CARVALHO; SANTANA, 2016, p.48), pois são submetidas a limitações graves, e por vezes expostos a violência.

Desse modo, são pessoas que apresentam determinada resistência à ajuda do outro, de forma recorrente afastando-se das instituições pela dificuldade que encontram em enfrentar seus problemas (CARVALHO; SANTANA, 2016). A partir desse afastamento, de acordo com as autoras Carvalho e Santana (2016), os indivíduos em situação de rua aumentam o consumo de drogas, pois “assim a pessoa pode se esquecer momentaneamente do que esta causando preocupação (p.50).

Quando se vive nas ruas, se está exposto a preocupantes ausências: moradia, alimentação, segurança, adoecimento da saúde física e psíquica, conforme já elencado. A vulnerabilidade das ruas aponta para graves situações: pessoas desprotegidas a doenças, a violência, a desnutrição, estando vulneráveis a todo risco. Tais vulnerabilidades foram relatadas pelos profissionais:

Uma situação que a família estava morando praticamente em cima de um esgoto, em uma casinha bem humilde, e tal, e o barranco estava começando a desmoronar e a defesa civil trouxe a mãe e as 4 crianças para cá, daí uma criança, uma deles, tinha sido mordida no rosto por um rato (Entrevistado D).

[...] a gente tem grandes números de pessoas que vem com sinais de agressão, porque na rua a gente encontra de tudo, e muitas vezes eles (PSR) são agredidos, agride, são agredidos, até por espaço físico para passar a noite ou o dia (G).

São pessoas que não tem nem o 1º grau completo, muitos também nunca tiveram carteira registrada, alguns tem carteira registrada, mas não conseguem ser inseridos no mercado, devido à condição que eles se encontram, quando eles vão procurar emprego tem esse preconceito: Cadê o endereço? Eles perguntam: Onde é que você mora? Daí eles falam onde eles estão, daí eles já perdem o

⁷¹ Termo utilizado pelo Entrevistado A para se referir à vida nas ruas.

emprego... (Entrevistado A).

Dificuldades primárias que eles passam, que é a fome, o frio, tudo, a gente não pode mensurar o que eles já passaram (Entrevistado D).

Eles vem para cá, com fome, então aqui ele tem alimentação, tem chuveiro para ele tomar banho, tudo isso aqui (Entrevistado E).

Pessoas que estão à margem da sociedade, enfrentando diversas e preocupantes vulnerabilidades exemplificam o fenômeno de rua.

A mercê das ruas, um dos casos relatados diz de uma família que foi retirada pelo poder público, por meio da guarda civil de seu “barraco” (sic), pela não possibilidade de continuar em uma precária e insegura moradia, com risco de desmoronamento. A guarda civil os retira do barraco e encaminha a família para instituições que prestam atendimento a população em situação de rua. Contudo, os atendimentos à população em situação de rua ocorrem de forma temporária, não servindo de moradia a uma família, demonstrando a invisibilidade a população empobrecida, pois a família foi retirada de uma única possibilidade de moradia, em risco, sem ser direcionada a outra possibilidade de moradia, fazendo das ruas uma possibilidade de morada, estendendo-se o risco.

O IPEA (2016) ao realizar a estimativa da PSR no Brasil, ressalta que a ausência de pesquisas, dados e informações das pessoas que estão nas ruas, reproduz a invisibilidade social, resultando na invisibilidade de políticas públicas direcionadas a este público. Um exemplo dessa invisibilidade é o caso dessa família, que sem nenhuma proteção social foi retirada de sua morada precária mas, fixa, para um lar temporário, sem expectativas de uma habitação fixa e adequada.

Tal invisibilidade expressa pela falta de informações da PSR, que por vezes não possui nenhum documento de identificação, foi também apontada por Silva (2009) ao afirmar que a ausência de políticas públicas eficazes a PSR, agrava o fenômeno de rua. Desse modo, as pessoas que fazem das ruas uma possibilidade de moradia, vivenciando em seu cotidiano as graves limitações que a condição de rua carrega, encontra por vezes dificuldade em

acessar os serviços públicos, como por exemplo, os serviços de saúde pela falta de documentação.

Diante de tal realidade, no próximo subcapítulo foram expostas as comorbidades oriundas da vida nas ruas, denunciadas pelas instituições estudadas. Tais comorbidades, realçam o agravamento do fenômeno de rua aliado ao maior risco para desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

4.2 A dependência química e o adoecimento psíquico na ordem do dia das instituições

A Organização Mundial da Saúde⁷² conceitua saúde como um estado que esta para além da ausência de doenças. Para OMS desde o seu início, a saúde se trata de um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 2002a, p.30), o que já incorporava o modelo biopsicossocial. Carvalho e Santana (2016) afirmam que o modelo biopsicossocial, elucida a origem dos sintomas e da própria doença a partir da correlação de fatores biológicos (genéticos), psicológicos, sociais e culturais. Desse modo, compreende-se a interação biopsicossocial acerca do ser humano, que possibilita ou não o adoecimento físico e psíquico.

Pensando no adoecimento psíquico, Carvalho e Santana (2016) ao discutirem o conceito do termo transtorno mental, elucidem se tratar de “qualquer quadro experimentado por uma pessoa que afeta suas emoções, pensamentos ou comportamentos, não estando de acordo com suas crenças culturais e de sua personalidade; e que produz um efeito negativo na sua vida e nas das pessoas próximas a elas” (p.43). Desse modo, Carvalho e Santana (2016) abordam o não desenvolvimento de transtornos mentais aliados a uma moradia estável, alimentação digna, segurança, recursos econômicos adequados, vinculados a um ambiente de paz para a garantia de uma boa saúde.

⁷² Passaremos a utilizar a sigla OMS para designar Organização Mundial da Saúde.

Isto posto, ao pensarmos na PSR, conforme anteriormente caracterizado: Como ter uma boa saúde não possuindo uma moradia estável, fixa, nem tão pouco uma alimentação digna ou recursos econômicos adequados? Sobre isso, Carvalho e Santana (2016) alertam o risco elevado de a PSR desenvolver transtornos psiquiátricos, além de outros adoecimentos físicos constantes em decorrência da vulnerabilidade expostos a parcela da população empobrecida.

No município estudado, o adoecimento psíquico foi atrelado pelos entrevistados, à dependência química. O abuso do álcool e de outras drogas acarretam comorbidades psiquiátricas⁷³. Em decorrência de tais comorbidades psiquiátricas advindas do abuso do álcool e de outras drogas, há um agravamento das vulnerabilidades expostas à subsistência nas ruas. Este agravamento as vulnerabilidades das ruas, aliada ao adoecimento psíquico, a dependência química, são explicitados nas falas:

Nós temos o problema com os advindos do álcool e droga, que tem uma quantidade bem grande que nos acolhemos (Entrevistado D).

Faz muito tempo que eles já vem usando (drogas) né, e nos sabemos que a droga é devassadora, ele já apresenta algum tipo de transtorno pela própria agressividade que ele já tem muitas vezes com a gente (Entrevistado G).

Isso pode ir enraizando de um jeito tal que a pessoa começa a viver isso, mesmo sem ter tido o uso da droga, mas ela começa a viver essa loucura entre aspas, e aí a pessoa começa a vivenciar um quadro psicótico (Entrevistado C).

Eles ficam deprimidos por estarem naquela situação, por estarem deprimidos eles vão para algo que alivie aquela depressão, ou é para o álcool ou para outra droga, então isso é complexo (Entrevistado D).

Então é um conjunto de coisas, é aquela história: O que, que vem antes: O ovo ou galinha? Ele bebe porque ele é depressivo? Ou ele se tornou depressivo porque ele bebe? (Entrevistado B).

Porque a gente sabe que o álcool também... tem pessoas que tanto que bebem uma vida inteira, vai apresentar problemas neurológicos, psiquiátricos (Entrevistado A).

⁷³ Termo utilizado pela psiquiatria para se referir ao agravamento de um estado patológico, em decurso da relação de mais de uma doenças/transtorno que ocorre do mesmo indivíduo. Para mais detalhes ver: Câmara e Sougey (2001).

Quase toda a pessoa que é alcoólatra tem problema com depressão. Mas, porque ela foi para o alcoolismo? Para aliviar os sintomas de depressão? Às vezes é... Difícil de identificar isso... Ou ela se tornou deprimido porque entrou, porque entrou pro alcoolismo, perdeu a família, perdeu os amigos, perdeu o emprego, perdeu a dignidade...? É uma situação complicada... (Entrevistado B).

Nossa unidade AD eu diria que é mais de 50% (pessoas em situação de rua). Se a gente for fazer um balanço nós vamos ver que o encaminhamento através do serviço social da prefeitura é grande (Entrevistado C).

O discurso institucional aponta para uma interação entre o corpo, a mente e o social que envolve as pessoas em situação de rua. Pensando nessa interação, Carvalho e Santana (2016) ao discutirem sobre a saúde mental da PSR justificam que a saúde mental esta acerca da subjetividade e do corpo físico. Desse modo, as preocupantes necessidades básicas que envolvem a PSR, dentre outras vulnerabilidades, contribuem para o agravamento do adoecimento psíquico, atrelada a dependência química, que resulta em comorbidades psiquiátricas irreversíveis. Carvalho e Santana (2016) ao discutirem as possíveis comorbidades psiquiátricas que as PSR vivenciam, destaca que são pessoas que estão constantemente sob tensão, inseguras, com medo em decorrência das vulnerabilidades das ruas. Dessa forma, o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos oriundos da vida nas ruas é considerado de alto risco.

A classificação para prevenção de transtornos mentais foi discutida pelas mesmas autoras Carvalho e Santana (2016) por meio dos fatores de risco, classificando-as em níveis. A prevenção Indicada, a classificação que aponta para o de alto risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, abrange especialmente a PSR, grupo de alto risco, em que as estratégias para prevenção de transtornos mentais devem ser constantes (CARVALHO; SANTANA, 2016). Nas seguintes falas, os profissionais entrevistados elucidam possíveis vulnerabilidades que a PSR encontra nas ruas, enfatizando o complexo conjunto de histórias de cada pessoa que esta na rua, moldando o fenômeno de rua.

Começa experimentando, depois se torna recreativo, depois começa a ser o uso abusivo sem grandes problemas, e depois começa a entrar numa dependência, e o pior que não tem uma linha bem clara, definida, que diz que se eu usar até aqui, eu só vou fazer o uso recreativo, sem grandes problemas, e um passo a frente eu passo a linha e eu, não, é um crescendo, que vai vindo, vai vindo, de repente você está dependente, e quando se esta dependente aí que o bicho pega (Entrevistado C).

Nós conhecemos ela há muitos anos atrás, quando ela começou a frequentar a casa aqui, ela não tinha os distúrbios, foram se agravando ao longo do uso das substâncias químicas que ela se transformou (Entrevistada D).

Psiquiátricas, ou sabe né, dele não conseguir se conter, sabe tem uns que vão no emprego durante o dia, daí já chegam e saem de lá para beber (Entrevistado A).

Eles fumam, eles bebem, eles usam outros tipos de drogas, eles não ficam o tempo que deveriam, daí saem e caem na vida de volta (Entrevistado G).

As falas retratadas pelos profissionais das instituições estudadas, demonstram a proximidade da vulnerabilidade socioeconômica e o uso e abuso de álcool e outras drogas, resultando em comorbidades psiquiátricas. Ou, em decorrência do adoecimento psíquico, se faz o uso e abuso de álcool e outras drogas, agravando o quadro psiquiátrico. O IPEA (2016) durante a pesquisa de estimativa a PSR no Brasil destaca o fenômeno de rua como causa de possíveis alterações nos comportamentos das pessoas que tendem a permanecer nas ruas por um tempo longo. O que corrobora com o estudo realizado por Carvalho e Santana (2016) que enfatizam que a “situação de rua em si é um fator de risco para transtornos mentais e para o uso problemático de substâncias psicoativas” (p.58).

Sobre este adoecer frequente na PSR, Carvalho (2016) aponta que a medicina ao tratar de saúde entende ser um estado baseado na interação de diversos fatores individuais e sociais. Tais fatores são divididos em: Fatores Individuais e Fatores Ambientais (CARVALHO, 2016). Carvalho (2016) explicita que os fatores individuais para o desenvolvimento de transtornos mentais, englobam o corpo, e suas condições biológicas, e o psicológico, a subjetividade do sujeito. Abaixo a Figura 18 que explicita os determinantes sociais que influenciam no desenvolvimento de transtornos mentais:

FIGURA 18 – Determinantes Sociais que influenciam no desenvolvimento de transtornos mentais.



Fonte: SUS a Saúde no Brasil⁷⁴.

Carvalho (2016) afirma que os fatores individuais, determinados pelo corpo advêm de condições clínicas, quando o transtorno mental ocorre em decorrência de doenças clínicas. A autora também acrescenta as alterações cerebrais e a hereditariedade. Respectivamente Carvalho (2016) realça que os transtornos mentais podem estar presentes em pessoas que nascem com determinada alteração cerebral, exemplificando o retardo mental, ou desenvolver durante a vida, como a demência. Outra possibilidade para o desenvolvimento de transtornos mentais por fatores individuais é a hereditariedade, não sendo predeterminante, mas de acordo com Carvalho (2016) os transtornos psiquiátricos possuem uma base genética para o seu desenvolvimento.

Os fatores ambientais segundo Carvalho (2016) estão diretamente

⁷⁴ Endereço de Acesso: <<http://www.ccs.saude.gov.br/sus/determinantes.php>>.

vinculados aos determinantes sociais e econômicos que envolvem a pessoa, isto é, como ela vive: o lugar, em que condições sociais, suas experiências, as relações que têm ou teve, recursos econômicos adequados, entre outros. Para a autora, os determinantes sociais e econômicos englobam todas as condições desde o nascimento até o envelhecimento do sujeito. Condições que envolvem: moradia, alimentação, trabalho, relacionamentos, questões ambientais, ou seja, “um conjunto maior de sistemas que moldam as condições do cotidiano” (CARVALHO, 2016, p.65).

Alves e Rodrigues (2010) profissionais adjuntos do Hospital Magalhães Lemos em Portugal, ao discutirem sobre os determinantes sociais e econômicos ligados ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos enfatizam que a saúde mental não está vinculada apenas na ausência de perturbações mentais. Trata-se de um conjunto para além das perturbações mentais e das questões biológicas, que envolvem determinantes sociais e econômicos (ALVES; RODRIGUES, 2010). Dessa forma, os autores relacionam a saúde mental com uma complexa interação entre fatores biológicos, sociais, econômicos e psicológicos.

Entre os determinantes sociais e econômicos para maior risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, Alves e Rodrigues (2010) salientam: o desemprego e a insegurança laboral, baixo nível educacional, ausência de habitação fixa, pobreza referente à falta de bens materiais em decurso da falta de dinheiro e/ou renda. A urbanização, pelos diversos fatores de estresse constantes nos grandes centros urbanos e em seu contraste, o isolamento dos meios rurais. A violência, as experiências precoces no meio familiar como uma gravidez precoce com uso de álcool ou outras drogas, por vezes permeada pela depressão, implicando de forma negativa no filho gerado. Experiências ligadas a catástrofes ambientais, ou a situações conflituosas dentro e fora do núcleo familiar.

E por fim, Alves e Rodrigues (2010) ressaltam como determinante ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos a exclusão social e o estigma. Para os autores estar em uma situação de vulnerabilidade socioeconômica,

sem acesso ou com acesso comprometido aos bens essenciais para a vida humana, bem como com um baixo nível educacional, ou ainda sem vínculos com a família, tomado pela baixa autoestima e pela desesperança é estar em risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

A realidade exposta pelos autores⁷⁵ corroboram com os relatores encontrados no município de Ponta Grossa/PR. Em que as instituições evidenciam a vulnerabilidade socioeconômica vinculada ao uso e abuso do álcool e outra drogas, como um processo de adoecimento psíquico e social resultante das ruas:

O nível de envolvimento das pessoas que estão em situação de rua e que são moradores de rua que seria o pior nível, quer dizer, aquele que mora na praça, na marquise e etc, o envolvimento deles com álcool e drogas, chega muito próximo a 100% (Entrevistado B).

Se você for ver, as pessoas que bebem, bebem, bebem, anos e anos consumindo, destruindo seus neurônios, elas vão poder começar a desenvolver quadros psiquiátricos [...] E aí começa a ter os sintomas dessa destruição, seja por esquecimento, seja por um quadro psicótico que vai acontecendo (Entrevistado C).

[...] primeiro é o preconceito, porque pessoal ainda tem preconceito com o transtorno mental, a sociedade chama “O Louco” né (E).

Com essa rotina, na situação de dormir embaixo de qualquer lugar, de passar frio, passar fome, com certeza têm! Afeta sim! (Entrevistado A).

As condições de vida das pessoas que estão nas ruas, conforme já dito, são perpassadas pelas ausências. Desse modo, a PSR se torna o principal público para desenvolver transtornos psiquiátricos. De acordo com Carvalho (2016) existem adoecimentos que são recorrentes a PSR, como: “as doenças infectocontagiosas (tuberculose, DST), problemas com os pés (machucados, infecções), dentes malcuidados” (p.65). E segundo a mesma autora, estas pessoas possivelmente não teriam tais doenças se não estivessem nas ruas.

Acompanhado das doenças físicas recorrentes a rua, e as ausências sociais e econômicas anteriormente explicitadas⁷⁶, aliadas ao adoecimento

⁷⁵ CARVALHO; SANTANA, 2016; CARVALHO, 2016; ALVES; RODRIGUES, 2010.

⁷⁶ Idem ao 75.

psíquico foram relatadas pelas instituições:

Ele estava deprimido, com um excesso muito forte de assim... desapontamento com tudo que experienciou, porque é terrível você perder tudo, perdeu a dignidade, perdeu tudo (Entrevistado D).

Tudo é uma questão de um conjunto, às vezes é o agravamento da ausência familiar, da ruptura, de algumas perdas, ficar sozinho, sem ninguém para dar aquele suporte. Tudo é uma soma de fatores que vai sendo, infelizmente deixando sequelas quase que irreversíveis, tanto na parte psíquica como na parte física também, aparência, porque o uso da droga vai deformando (Entrevistado D).

Uma coisa puxa a outra, ela ter relação direta com o uso de substância de droga, de álcool e ela tem uma relação direta com o estilo de vida, tudo que você escuta o tempo todo: “Você é um vagabundo, você é um bandido, um traia, saia daqui de perto”, as pessoas atravessam a rua para não passar do seu lado etc. Ouvindo tudo isso, quem não ficaria deprimido? (Entrevistado B).

Desse modo, o discurso institucional evidencia o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos a PSR atendida, vinculada a condição de vida e a história de cada um com as ruas, que por vezes resultam no uso abusivo do álcool e/ou outras drogas. O ciclo vicioso⁷⁷ evidenciado pelo discurso institucional, afirmado por Carvalho e Santana (2016) ao apontarem que a PSR possui um risco elevado para o desenvolvimento de transtornos mentais em decorrência das múltiplas vulnerabilidades presentes nas ruas, agravando-se pelo uso e abuso de substâncias psicoativas.

O risco para desenvolver tais transtornos psiquiátricos já expostos⁷⁸, origina-se de problemas físicos e sociais provenientes da desnutrição, violência, pobreza, traumas, imersos a realidade das ruas.

Frente à grave realidade que permeia o fenômeno de rua e a saúde mental, como já visto anteriormente, perpassa por inúmeros obstáculos, conforme pontuou Amarante (2015) e Silva (2009). Realidade, que em partes se reiterou com as análises feitas por Foucault (2014) e por Castel (1978), e que nos tempos atuais são apontadas pelas pesquisas realizadas pelo IPEA, ou ainda pelas autoras Carvalho e Santana (2016), que evidenciam o maior

⁷⁷ Termo utilizado para se referir a um processo no qual a situação inicial gera consequências que conduzem novamente ao estado inicial, não havendo alterações e desenvolvimento (DICIONÁRIO DE PORTUGUÊS, online).

⁷⁸ Idem ao 75.

risco à PSR no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, pela condição de vida que estão submetidos.

Esta realidade também foi alarmada pelas instituições pesquisadas ao relatarem o envolvimento da PSR do município estudado, com o uso abusivo do álcool e outras drogas, em decorrência da vulnerabilidade socioeconômica que se encontram.

Diante do exposto, como pensar na extensa história de vulnerabilidades em que a PSR esteve e esta submetida? Tal história se reitera nos atuais discursos institucionais encontrados no cenário pesquisado. Discursos, que nos fazem retroceder a história de desigualdades em que a pobreza se enlaça com o adoecimento psíquico. Sobre isso, no próximo subcapítulo foi abordado o obstáculo encontrado nas instituições, que diz de uma nova forma de excluir a PSR, similar a história da loucura relatada por Foucault (2014)⁷⁹.

4.3 Fenômeno de Rua: A Invisibilidade denunciada a partir do discurso institucional

Os mendigos dormindo nas ruas, em pleno dia, e as pessoas que vão às compras ou ao trabalho passando por cima deles ou evitando-os, é uma imagem emblemática. Os prostrados no solo não são vistos como semelhantes, mas como bichos, espécies distintas. Estão sujos, cheiram mal e são feios. Não são homens ou mulheres, embora talvez um dia o tenham sido. Pedacos perdidos da humanidade. Invadem as calçadas, incomodam. Procuram não ver, escondem a irritação, o desagrado. Reclamam a si mesmos, no máximo “desta polícia que não faz nada” ou, os de esquerda, “desta sociedade injusta”. Falam entre si como se no chão, ao lado, não existisse ninguém. Não são homens ou mulheres efetivamente, pois não são assim representados pelos que vão às compras ou ao trabalho.

(Elimar Pinheiro do Nascimento)

A invisibilidade que a PSR esta submetida é explicitada pela autora Nascimento (2003) no livro “No meio da Rua: nômades, excluídos e viradores”, ao descrever uma cena considerada pela autora comum nos centros urbanos.

⁷⁹ Foucault (2014) entende como uma nova forma de excluir a parcela da população empobrecida, ao se deparar com os antigos leprosários utilizados para recluir a minoria da sociedade, ou seja, voltar a reprimir todo aquele que não respondia as exigências sociais da sociedade.

Tal invisibilidade, conforme contextualizado no decorrer do trabalho, faz parte dos resultados de uma sociedade desigual que reproduz o estigma endereçado as pessoas empobrecidas.

Silva (2009) afirma que a PSR no Brasil têm origem a partir do funcionamento do capitalismo, o que integrou uma estrutura da sociedade desigual. Tal desigualdade social, pode acarretar inúmeras vulnerabilidades sociais e econômicas, dentre elas a pobreza (SILVA, 2009; NASCIMENTO, 2003).

Inerentes ao funcionamento do capitalismo estão às crises, que produzem desemprego, em defluência do estoque de mercadorias, com uma única preocupação: exceder a mais valia (SILVA, 2009). Sobre o funcionamento do capitalismo, Silva (2009, p.92) pontua que a necessidade excedente do aumento da mais-valia contribuiu para a exclusão de uma parcela da população. Exclusão, que possibilitou o agravamento do fenômeno de rua no país (SILVA, 2009). Desse modo, a sociedade capitalista caminha em direção à exclusão de um exército de trabalhadores, que não são inclusos no mercado formal, aliado ao agravamento de outras questões sociais. Silva (2009) aborda que a população excedente, a margem do emprego formal, é composta por trabalhadores que ora são inclusos, ora são repelidos pelo mercado. Trabalhadores, forçados a migrarem das zonas rurais para as cidades, em busca de promessas por melhores condições de vida e em decorrência das vulnerabilidades que se instalaram nas zonas rurais (SILVA, 2009).

Sobre esta exclusão social, Nascimento (2003) ressalta que “homens e mulheres que não são vistos como tais por seus semelhantes” (p.56) integram a sociedade brasileira desde os seus primórdios. A autora ao discutir a exclusão social conceitua como “qualquer forma de marginalização, discriminação, desqualificação, estigmatização ou mesmo de pobreza” (p.57). Dessa forma, as pessoas que não se inserem nos padrões ajustados pela sociedade, seja pela falta de emprego formal, renda, pobreza ou ainda, pela presença de um adoecimento psíquico, vivenciam o processo de exclusão

social que se agrava pela industrialização e instituição do sistema econômico desigual.

Pensando na realidade do município de Ponta Grossa/PR, a exclusão social alarmada pelos autores, foi elucidada pelas instituições como resultado de um movimento higienista, endereçado aquele considerado diferente, que ocupa uma posição social menor. As instituições encontram como justificativa da sociedade a higienização social: a condição monetária fragilizada, o adoecimento psíquico, a dependência química que estão acerca da população empobrecida e em situação de rua, que por vezes são ainda interpretados como criminosos. O discurso institucional ao refletir sobre a higienização social, que esta sendo operacionalizada pela invisibilidade, em decorrência da condição de vida da PSR, se depara com a seguinte realidade:

[...] a ideia é que todos que estão aqui são pessoas do crime, são pessoas que roubam (F).

Porque o pessoal em geral vê com maus olhos o morador, a pessoa em situação de rua, assim, para uma grande maioria das pessoas, acham que todos são bandidos, marginal (Entrevistado A).

“O que, que você trouxe esse vagabundo de novo” [...] Esse Vagabundo que eles falam, não é só vagabundo de não fazer nada, é vagabundo de vagabundo mesmo, enfim, mas isso a gente vai encontrar em qualquer lugar e acredito que qualquer serviço que atue com eles tem esse tipo de problema vive preconceito. Que na verdade eu acho que eles queriam que esse tipo de trabalho fosse afastado da convivência com outras pessoas (Entrevistado A).

“Como que você consegue trabalhar nesse tipo de lugar? Eles não são agressivos? Eles não arranham seu carro? Eles não roubam seu carro ali na frente? Você deixa o carro na frente do [...]”, então há um preconceito.

A exclusão social, operacionalizada pela invisibilidade expressa pelas instituições estudadas, nos remete a reflexão de Engels (2010) que ao se deparar com tamanha miséria durante a ascensão da industrialização na Europa, permanece perplexo com a burguesia, com os representantes da aristocracia, os considerados ricos, que ao se depararem com tamanha miséria e pobreza em que viviam a classe operária, não realizavam qualquer intervenção. Mas afinal, em decorrência da miséria de muitos, estavam fundamentados os lucros de poucos. Engels (2010) descreve a miséria dos

trabalhadores empregados e desempregados em 1845, e hoje qual a semelhança com tamanha miséria? Exclusão social?

Sobre isso, Nascimento (2003) acrescenta que a exclusão social esta vinculada a ruptura de vínculos sociais, aproximando-se do conceito de estigma. Para a autora o “excluído não necessita cometer nenhum ato de transgressão, inversamente ao desviante e à semelhança dos que sofrem discriminação pura e simples. A condição de excluído é imputada pelo exterior” (NASCIMENTO, 2003, p.59). Dessa maneira, Nascimento (2003) destaca que aquele que foi excluído não precisa diretamente estar aliado a algum ato ilícito para se tornar o acusado, visto que ele já possui um estigma construído em sociedade, que o mantém na marginalidade.

O estigma direcionado a PSR, abarcados pela exclusão social, pela invisibilidade e pelo preconceito são evidenciados pelos profissionais entrevistados:

Quando retornaram, dizem que não encontraram acolhimento na família e retornaram para aquele ciclo vicioso (Entrevistado D).

Eles acham que fomos culpados deles ficarem no pronto de ônibus, acredita!? Tem um homem que vem sempre aqui me chamar à atenção entre aspas, que eles não podem ficar no ponto de ônibus [...] ele também odeia a gente aqui... (Entrevistada A).

As pessoas tem medo, elas não sabem como lidar, elas têm medo, ela vê a pessoa, por exemplo, sob o efeito do álcool e drogas e tem medo, porque ela não sabe o que pode acontecer nesse encontro com essa pessoa, então elas preferem se trancar dentro dos condomínios, dentro dos carros [...] Se puder matar tudo melhor (Entrevistado B).

Quando acontece algum tumulto, que envolve a doença psiquiátrica, de uso de álcool e droga, as pessoas ou tendem a sair correndo, ou tendem a querer confrontar, e daí dá problemas sérios (Entrevistado C).

Ele é louco e têm que ser visto de longe, as pessoas tem um saudosismo com os hospitais psiquiátricos porque daí colocavam as pessoas lá dentro e fechavam e resolvia o problema, a dependência química ele procurou, “Então se ele quer parar de beber ele não para porque se é tão fácil”, então há esse preconceito nesse sentido que eles são maus vistos por usarem drogas ilícitas, mas ninguém responde as questões de vida e de violência que essas pessoas viveram desde a infância, dos outros transtornos que eles têm associados e que não foram tratados nunca (Entrevistado F).

Foram reclamar com políticos da cidade que aqui aumentou a

criminalidade da região, aumentou o número de assaltos na região (Entrevistado F).

A gente já recebe muitas perguntas assim: “Nossa, mas vocês não tem medo que trabalhem com aquele público?” já perguntaram, já fizeram, até uma época, um abaixo-assinado, logo quando a gente começou a atender pessoas aqui (Entrevistado D).

Dai todo mundo vê ele como o bêbado, aquela pessoa descompensada, descontrolada, e que é só parar de beber, sendo que ele fez isso à vida inteira, então trabalhar essas questões que vem antes, muito antes do consumo da droga é que é nosso desafio né (Entrevistado F).

Eles são hoje, considerados como se fosse umas pessoas invisíveis na sociedade (Entrevistado D).

O excluído conforme pontua Nascimento (2003) “rompe com um vínculo societário” (p.61), desse modo, a pessoa em situação de rua interrompe os vínculos com a família, com aqueles que de algum modo detinha uma relação, para agora partilhar do que a autora chama de “vínculos comunitários” (p.61). Isto é, relações que existem para uma sobrevivência social na subsistência das ruas.

A exclusão social da PSR, aliada ao estigma que os representa perante a sociedade, traz inúmeras consequências, dentre elas o não acesso aos serviços de saúde. Nascimento (2003) afirma que ao ser excluído e desenvolver vínculos comunitários, a autorepresentação do excluído apresenta sinais patológicos e fragmentados.

Os obstáculos encontrados pela PSR na tentativa de acessar os serviços de saúde e ainda, essa possível autorepresentação estabelecida a partir dos estigmas sociais, foram evidenciados pelas instituições:

O preconceito que eles encontram na rua, no hospital é encontrado infelizmente por alguns profissionais da área da saúde, principalmente porque faz 30 dias que não tomam banho, faz séculos que não cortam o cabelo, faz séculos que estão com aquela roupa, na maioria das vezes não vamos dizer todos (Entrevistado G).

Veja bem, se eles forem procurar um serviço de saúde sozinho, eles já sofrem uma exclusão ali na entrada. Muitos não são atendidos, porque eles já vão lá, dai já olham pra eles (PSR) de um jeito, sabe... Fazem pouco caso (Entrevistado A).

O preconceito velado é forte, é forte, e não só da sociedade, às vezes eles mesmos tem, de estar naquela situação (Entrevistado D).

Ele vai buscar um serviço, o pessoal já olha ele diferente, e ele mesmo já percebe e nem fica (Entrevistado A).

Eles sofrem esse preconceito a todo o momento, no álcool e droga muito forte na nossa sociedade, então começou a beber de uma forma doentia ou usar drogas ilícitas, você já se tornou uma pessoa que “não presta, que é vagabundo” e tem todos os termos pejorativos, tem pessoas que nos contam que fazia tempo que não escutavam o próprio nome, porque no bairro ou vila que moram é sempre o bêbado que está passando ou algum apelido, então eles perdem um pouco até da sua identidade, enquanto pessoas, cidadãos e a gente tenta resgatar isso (Entrevistado F).

Invisibilidade expressa na fala dos entrevistados ao denunciarem o movimento higienista que perpassa pela sociedade, no sentido de encobrir a minoria, ao apontar para pessoas que não possuem lugares na sociedade, nem sequer direitos como cidadãos. A realidade relatada pelas instituições pesquisadas vai ao encontro dos relatos de Nascimento (2003). A autora elucida que na contemporaneidade, bem como na história⁸⁰, a exclusão social se direciona a um grupo social em vulnerabilidade. Para Nascimento (2003) o novo-pobre como a autora cita, diz de uma exclusão social que pelo não reconhecimento marginaliza o sujeito. Desse modo, aquele que não é reconhecido pela sociedade, não possui direito como todos os demais cidadãos. Esse processo de exclusão em que o considerado novo-pobre vivencia, de acordo com Nascimento (2003) passa a “não ter direito a ter direitos” (p.62).

Nascimento (2003) conclui que ao não serem reconhecidos como homens e mulheres, cidadãos, o grupo social marginalizado como, por exemplo, a PRS, que tende a exclusão definitiva do meio social. E de forma grave, a autora alarma que estas pessoas excluídas tendem a ser “exterminados” (NASCIMENTO, 2003, p.62). Tal extermínio que Nascimento (2003) afirma, se inicia pelo rompimento dos vínculos familiares, que agrava a condição de vida das pessoas em situação de vulnerabilidade, restando-os as ruas.

⁸⁰ Para mais detalhes ver: Foucault (2014), Engels (2010), Castel (1978).

Às vezes alguma ajuda, resgatar familiares, porque tem pessoas que perderam os vínculos totalmente, outros estão rompidos e a própria família não os quer, a gente já teve casos [...]“Não conheço essa pessoa”, tipo sabe... Você está vendo que é membro da família, mas a família não quer (Entrevistado D).

De certa forma, eu também acredito que no nosso governo, da para perceber que também tem uma higienização social velada, velada né, porque existe muita reclamação em cima do governo, para dar conta. Então veja bem, o que eles querem, é que também tirem da vista, esse é o meu parecer, não posso, é o que a gente pode perceber, na verdade todo mundo quer em suma, tirar eles da vista! (Entrevistado A).

Existem pessoas que se disponibilizam a vim fazer essas palestras noturnas, para ajudam na reinserção, na autoestima, testemunho, grupo AA, mas infelizmente são poucos, na grande maioria, a gente vê, no nosso público por ser considerado alta complexidade, existe um certo preconceito e um certo medo, são pessoas consideradas difíceis, difíceis, que ninguém gostaria de estar próximo (Entrevistado D).

Assim, como aconteceu lá trás na época da escravidão com as pessoas, elas são estigmatizadas (Entrevistado D).

Até uma coisa simples que é ir ao cinema, que ele tem direito de ir ao cinema, porque ele não se vê assim, porque o pessoal olha ele diferente (Entrevistado E).

A invisibilidade e o preconceito concretizado pelo movimento higienista, alinha obstáculos para a reintegração social, dificultando o acesso da PSR nas políticas públicas. A eugenia presente na sociedade higienista elucidada nas falas institucionais expostas, representa demandas sociais que estão para além das políticas públicas instituídas.

Tais demandas sociais reintegram a rede de poderes explicitada por Foucault (2014b) ao determinar que pelo discurso velado, o lugar de menor, destinado ao pobre e louco, delineou as minorias da sociedade. Este discurso de minorias enrijece a posição social dessa parcela da população empobrecida e que foi historicamente marginalizada. A exclusão social pela condição de vida das pessoas pobres e em situação de rua, expressada pelo seguinte relato:

Veja um caso que aconteceu que foi uma experiência que nós tivemos, uma pessoa estava em uma estação rodoviária e foi roubada, perdeu todos os seus pertences, e ela ficou em situação de rua, ela não era um morador de rua, ela ficou em situação de rua, e foi encaminhado para cá até conseguir um emprego. Ela era uma pessoa poliglota, falava vários idiomas, inglês, e não podia pagar nenhum lugar para ficar, não tinha documentos, estava totalmente

vulnerável. Ela saiu procurar emprego, da forma que ela sabe se comunicar, ela conseguiu facilmente em uma escola de idiomas. Então precisava de um comprovante de residência, como mostrar um comprovante de residência de uma instituição [...] Os próprios contratantes ficaram assim “Como assim?”, sabe, “Porque você está nessa condição?” (Entrevistado D).

Então muitos vem procurar aqui como um abrigo para terem maior proteção por causa da violência da rua (Entrevistado G).

Por mais que existam duas pessoas que moram na rua, são questões diferentes, são vulnerabilidades parecidas, mas que para cada ser humano vai ser sentida de uma forma diferente, com um tempo diferente, com as conquistas que a gente consegue fazer com cada um deles, porque não basta tirar ele da rua, colocar em uma instituição, ou colocar... Nem que existisse a possibilidade de dar uma casa pronta para ele, ele não sabe o que fazer com aquilo, precisa construir conceitos, significados com as pessoas (Entrevistado F).

Não basta estar capacitado profissionalmente para conseguir um emprego e uma renda, será preciso adequar-se às demandas da sociedade. Viver na rua é estar submetido à violência, tendo direito a uma representação fragmentada daquilo que viveu. A nova forma de excluir o novo-pobre conforme Nascimento (2003, p.66) salienta, diz de um processo em que se “nasce e cresce excluído” por não ter as condições mínimas, ou como afirma a autora “a renda mínima” para se inserir na sociedade. Para a autora, os grupos sociais excluídos, entre eles a população que se encontra nas ruas, ao serem expulsos do convívio social, e pela mutação que ocorre em sua autorepresentação, molda as restrições para ocuparem espaços públicos e políticos, que possam exercer seu direito como cidadão e requer políticas públicas direcionadas a eles. São notórias as lutas constantes a PSR, que por meio de outros grupos sociais regulamentam direitos a esta parcela da população conforme já explicitado⁸¹. Entretanto, a autorepresentação fragmentada da PSR, que resulta na própria exclusão do convívio social manifesta pelos autores⁸², corresponde aos resultados encontrados pela presente pesquisa.

O discurso social que torna invisível a grave realidade de pessoas pobres, adoecidas e em condição de rua, não busca enclausurar. Mas, torna

⁸¹ Para mais detalhes, ver cap. II.

⁸² NASCIMENTO (2003); GOFFMAN (2015); FOUCAULT (2014).

invisível a realidade de uma parcela da população pobre, que por vezes esta adoecida e em situação de rua. E quais intervenções são realizadas a parcela da população excluída socialmente? Na sequência foi explicitado o discurso institucional estudado, que perpassa pelas possíveis “intervenções”, ou pela ausência delas, que não são realizadas pelo Estado.

4.3.1 O Discurso Institucional e a PSR: Um Estado que negligencia

“A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado”.
(LOAS, 1993)

A Lei Orgânica de Assistência Social define os objetivos das instituições governamentais e não governamentais, que prestam atendimento a população empobrecida que necessita dessas ações sociais. É dever do Estado promover os chamados “mínimos sociais” (BRASIL, 1993, Art.1º). Contudo, o discurso institucional demonstra um Estado que não prevê a promoção das necessidades básicas, tornando invisíveis demandas sociais, ao negligenciar as pessoas vulneráveis pela ausência de intervenções.

A gente leva todos os que procuram aqui que precisam de um atendimento médico, ou internamento, a gente leva, daí eles não tem dificuldade nenhuma, mas sozinhos eles tem certa barreira (Entrevistado A).

Ele é uma pessoa comum que tem direito tanto quanto uma doença igual à diabete, hipertensão, você tem que tratar e seguir a vida (Entrevistado E).

Dificuldades, a gente tem hoje, a maior delas é o repasse, a pessoas em situação de rua, digamos assim, estamos em vias opostas, uma inversão de valores, aumentou a demanda, e diminuiu a verba (Entrevistado D).

O serviço público tem uma morosidade muitas vezes de algumas... de equipar os serviços, de contratar os profissionais, há uma dificuldade (Entrevistado F).

A gente orienta, quando é serviço social, a gente sabe que vai cair na rua, e quando voltar? Quanto tempo demora para conseguir uma consulta psiquiátrica pelo serviço público? Pois é, deve ser um longo tempo. Quanto tempo leva para conseguir uma nova internação? Cai na central de leitos... Enfim, á uma sobrecarga no serviço, é difícil... (Entrevistado C).

É complicado eu te explicar assim, por a gente percebe que a gente

também é meio deixado de lado, uma população que talvez não dá voto, não dá renda...sabe, enfim, de certa forma só da prejuízo (Entrevistado A).

O que falta é eles olharem melhor e ver (Entrevistada A).

Para tais instituições, o Estado de forma velada reproduz a invisibilidade que a sociedade direciona a PSR. Sozinhos, a mercê dos serviços sociais, a PSR enfrenta constantemente dificuldades para acessar serviços de saúde, direitos assegurados a todo brasileiro, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Isto posto, podemos nos indagar como os serviços de saúde ou ainda, políticas públicas de assistência direcionadas a um determinado público, ou seja, serviços endereçados a pessoas adoecidas, em situação de vulnerabilidade socioeconômica possuem dificuldade para acessar os serviços direcionados a eles? Para ponderarmos uma reflexão com relação ao poder exercido pela rede de poderes que exclui, marginaliza o pobre e louco, recorreremos a Foucault (2014c).

Foucault (2014c) durante sua obra “Vigiar e Punir: O nascimento da prisão” analisa as transformações nas formas de punir, desde o suplício até o que o autor chama de “sobriedade punitiva” (p.19). O autor salienta que a procura por “corrigir, reeducar, ‘curar’” aquele considerado criminoso, provocou inúmeras críticas ao que o autor chama de “espetáculo punitivo”, o suplício. (FOUCAULT, 2014c, p.13/15.). Foucault (2014c) afirma que após a derrocada do suplício, o processo penal de forma latente deu lugar a outras formas de punir, dentre elas: “a prisão, a reclusão os trabalhos forçados, a servidão de forçados, a interdição de domicílio, a deportação” (p.16). Estas formas de excluir resguardam o exercício do poder cumprido pelas autoridades, sejam elas quais forem.

Quando pensamos nos dispositivos de controle para o exercício do poder, esbarramos na relação entre o dominador e o dominado. Esta relação também foi elucidada por Freire (2016), que afirma não ser uma cultura imposta pelo dominador. O autor destaca que a relação de dominação aponta para a estrutura social que molda as sociedades.

Sobre isso, Foucault (2014c) salienta que as modificações nos dispositivos punitivos ao oprimido indicam para uma justiça que “não assume publicamente a parte de violência que esta ligada ao seu exercício. O fato dela matar ou ferir já não é mais a glorificação de sua força, mas um elemento intrínseco a ela” (p.13). Isto é, a punição é realizada pela justiça quando não se pode tolerar o ato/comportamento realizado por alguém. Ao passo que a justiça não se glorifica ao punir. Mas, lhe é esperado e imposto à execução de uma punição a fim de corrigir o infrator. Desse modo, todo aquele que não respondesse as regras, leis, regulamentações, normas, enfim, de algum modo escapasse dos padrões sociais exigidos pela sociedade, deveria ser direcionado a punição. Punição repensada, com “menos sofrimento, mais suavidade, mais respeito e humanidade”, mas que de acordo com Foucault (2014c, p.21), replicava a ação punitiva deslocada explicitamente do corpo físico.

Correlacionando o exposto com o cenário pesquisado, nos deparamos com os seguintes relatos, que concerne a Reforma Psiquiátrica no município estudado:

O que, que Estado está vendo? Eles não querem ver o obvio, eles não querem ver, não sei se é porque isso não dá voto, porque isso não dá lucro (Entrevistado C).

O país esta usando uma política pública para o combate e enfrentamento de drogas que não funciona, e isso tem se agravado, nos vemos um aumento da população de rua assim... Impressionante, algo impressionante! (Entrevistado B).

Assim, os dispositivos punitivos que mantém os oprimidos as margens, sofrem modificações. Tais mudanças podem advir para lapidar a relação de poder existente, conforme pontua Foucault (2014c) ao analisar os métodos punitivos. A invisibilidade ressaltada pelas instituições ao evidenciarem a falta de recursos, pode ser entendida como um método punitivo que impede a inserção social dos oprimidos.

Sobre os métodos punitivos, Foucault (2014c) analisa-os ao longo da história, salientando que a suposta suavidade penal se instala na medida em que se transforma o objeto a ser controlado. Isto é, do controle do mero corpo

físico, o opressor passa a controlar e exercer poder sobre a “alma” do oprimido (FOUCAULT, 2014c, p.27). Este método punitivo chamado pelo autor de controle pela alma se transmite de geração para geração, repassando os costumes permitidos e não permitidos, o adequado do não adequado, o normal do anormal, entre outros controles punitivos de fenômenos sociais (FOUCAULT, 2014c).

A análise de Foucault (2014c) sobre as formas de punição e suas transformações ao longo da história, nos permite repensar os métodos punitivos para controle. Controle exercido sobre os corpos inadequados no mundo contemporâneo. Com isso, a rede de poderes visa controlar os chamados “corpos dóceis”, (FOUCAULT, 2014c, p.133) se transfigurando na atualidade, por exemplo, pela rede de medicamentos, que mantém os oprimidos sob controle.

A atualidade, pensada a partir do sistema econômico desigual, que rege em partes a rede de poderes teorizada por Foucault (2014c), vem sendo afirmada por Pochmann (2010) como uma sociedade controlada pelo ter capitalista. O autor afirma que a atual sociedade se constrói pelo ter, se tornando uma sociedade mecânica, isto é: “estamos dizendo todo dia que nós precisamos ter para ser” (POCHMANN, 2010, p.38).

Neste sentido, ao se ter pouco, ou nada, na atual sociedade não se pode ter um lugar. Entre esse nada, composto por vezes pelas ausências financeiras, sociais e de saúde, encontramos a PSR. A parcela da população que não possui recursos mínimos para sobrevivência humana, vivencia a cada dia os métodos punitivos da sociedade, que ora são expressos por atos de violência⁸³ ao não se adequarem a sociedade, e ora expressos pela invisibilidade⁸⁴. Abaixo, determinada instituição relata sobre as pessoas adoecidas psiquicamente que foram e são excluídas do convívio social, mesmo após a legislação de uma política de saúde reintegradora:

Ou já morreram, pelo tempo, ou foram jogados nas ruas porque não

⁸³ Para mais detalhes, ver cap. II.

⁸⁴ Idem ao 83.

tinha onde por, o hospital fechou, e o Estado não assumiu, talvez alguns assumiu, mas não todos, então foram para rua ou voltaram para a família, a família muitas vezes não tem o suporte ou não tem o interesse em manter aquele problema, onde que eles estão hoje? Eles estão em instituições de caridade, ou foram para algum asilo (Entrevistado C).

Com base na discussão foucaultiana exposta e nos relatos institucionais, a exclusão social aponta para um preconceito dirigido a PSR que ganha espaço por meio da higienização social daquele considerado menor, inferior. Foucault (2014c) ainda explicita que os modos de excluir se transformam no decorrer na história, mas permanece com o mesmo objetivo principal, o de efetivar a higienização social. Higienização, que por vezes ganha lugar nos movimentos eugênicos, conforme anteriormente exposto⁸⁵.

Desse modo, podemos correlacionar a invisibilidade exposta pelas instituições ao relatarem os obstáculos encontrados pela PSR para acessar os serviços de saúde entre outros serviços, com a exclusão social que se era efetivada pelo enclausuramento asilar, com o mesmo objetivo de higienização social. A nova forma de excluir a PSR, efetivada pela invisibilidade vem sendo operacionalizada pela grave falta de recursos, pela dificuldade de acesso aos serviços governamentais no município de Ponta Grossa/PR, entre outras dificuldades expostas pelas instituições. As instituições ainda relatam que estes obstáculos também são vivenciados por eles enquanto instituição de tratamento:

Talvez a gente esteja sendo visto igual a eles, fundiu [...] com o pessoal de rua, fundiu, é a mesma pessoa, de certa forma a gente também com certeza sofre preconceito, talvez não da mesma forma que eles, só talvez de um jeito diferente (Entrevistado A).

Nosso lucro são pessoas, vidas transformadas (Entrevistado B).

O hospital fechou, esses dois anos então ficaram um limbo, eu sempre brinco, não é por canetada, não é por uma assinatura seja de quem for, presidente, governador que a doença mental se acaba, não é por aí que as coisas funcionam (Entrevistado C).

Nos não desistimos de ninguém [...] sempre acolhemos novamente, sempre que ele retorna nos acolhemos, e isso se tornou um ponto positivo, porque que sempre que ele retorna eles sabem a onde eles

⁸⁵ Idem ao 83.

sempre podem procurar ajuda, eles sabem (Entrevistado B).

Os relatos institucionais apontam para a relação de poder que existe entre as instituições e as exigências da sociedade. Nesse sentido, podemos considerar que ao direcionar a punição a PSR, pela invisibilidade, pela exclusão social, as instituições que estão acerca dessa grave demanda social são por vezes responsabilizadas pela condição que o público atendido se encontra. Pois, o “corpo social” conforme pontua Foucault (2014c, p.223), ao apontar para as instituições consideradas austeras, quando não controlam e reorganizam o corpo dos homens submetidos a tal controle, também são reprimidas pelos mesmos métodos punitivos.

Contudo, ao direcionarmos nossa reflexão ao município de Ponta Grossa/PR, as instituições pesquisadas não se objetivam a disciplinar o público atendido, buscam a promoção à saúde física, psíquica, social e financeira da população atendida. Diante de tais ponderações, podemos nos indagar que os objetivos institucionais ainda esbarram no preconceito, na exclusão social que de forma histórica mantém a PSR a margem da sociedade. Frente as constantes dificuldades que as instituições encontram, as mesmas ainda evidenciam barreiras na efetiva prática de cuidados regulamentados em políticas públicas que envolvem as pessoas em condição de vulnerabilidade social e econômica. As instituições expressam que:

A reforma psiquiátrica não esta totalmente instituída no município de Ponta Grossa, cadê as Residências Terapêuticas para os pacientes que poderiam estar vivendo com supervisão? Fora de uma instituição psiquiátrica, não tem, cadê o CAPS III em Ponta Grossa? Não tem! Então a reforma ainda não aconteceu. (Entrevistado C).

A rede de saúde mental não esta 100%, porque a reforma psiquiátrica é muito nova ainda, a gente esta formando essa rede, já melhorou muito, mas ainda esta em formação (Entrevistado E).

Não tem material ainda, não tem o pessoal de apoio, sabe na verdade a gente está muito deixado de lado (Entrevistado A).

Precisamos de mais nos equipamentos nos serviços, nos materiais, há uma falta de recurso... (Entrevistado F).

[...] pediu para o município, o Departamento de Compras do município fizesse compras, simplesmente não foram compradas, ficou na burocracia, e simplesmente o dinheiro ficou parado, e a população

de rua precisando das coisas (Entrevistado B).

É um lugar [...] sem estrutura, abandonado, para eles é um lugar que eles sempre podem voltar, ou permanecer, voltar... É isso. (Entrevistado A).

Em resumo, a Reforma Psiquiátrica enquanto teoria é muito boa, mas, na prática, foi uma lastima você pode ler tudo que é trabalho sobre a reforma psiquiátrica, quando você vê trabalho técnico, muitas vezes até ideológico, você vê que é a solução para tudo, mas quando você trabalha que fala da prática, como ficou a questão do paciente com muitos prejuízos, muitos prejuízos, então quem sofreu com isso foi o paciente em si, depois a família (Entrevistado C).

População excluída socialmente, instituições sem recursos para promover reintegração social, com equipes e serviços limitados. Em contrapartida, encontramos políticas nacionais que regulamentam a reintegração social de pessoas em situação de rua, empobrecidas, muitas vezes com adoecimento psíquico, como um dever do Estado.

Diante do exposto, como pensar em possíveis intervenções à PSR, que promovam saúde? Visto que, amarrados à ausência de recursos, serviços, profissionais, compreendemos um discurso que está para além de intervenções/ações à PSR. Um discurso que objetiva-se a excluir aquele que não se adequa às exigências sociais, por meio de uma nova forma de excluir, imposta e aceita pela sociedade que torna invisível as demandas da PSR:

É um pacote: é o transtorno, é a pobreza, tudo isso é um pacote, e que faz ele viver muito preconceito (Entrevistado E).

“Eu passo a me ver como aquilo que dizem que eu sou”, eles deixam bem introspectivo neles: “Eu não sou mesmo merecedor de nada, Eu sou mesmo o vagabundo que todo mundo fala, Eu não tenho muitos direitos” (F).

O que a gente sabe é que a pessoa tem que querer mudar de vida, ela tem que aceitar que esta numa situação “x” e que ela quer ir para o “y”, ela quer mudar, ela quer sair daquilo [...] Não “acende a luzinha” por várias razões: a situação de vida, a rejeição familiar, a situação de não achar um trabalho, a situação de ser mais cômodo muitas vezes ficar pedindo do que trabalhando (Entrevistado C).

Na verdade as dificuldades que a gente possui aqui é de ter mais, de ser mais valorizado o nosso trabalho, ter mais apoio na parte de material (Entrevistado A).

Essa reinserção social que todo mundo fala, que seria o ideal, que é o objetivo e todo o tratamento, é difícil de ser atingida, ela é muito difícil de ser atingida, porque o que é uma reintegração social é só o

sujeito não usar mais a droga? Isso é uma das coisas, têm muitas outras coisas que tem que ser levado em conta, a família, um trabalho, o apoio social em todos os aspectos, o não preconceito aí de um ex-egresso de uma instituição psiquiátrica (Entrevistado C).

A sociedade em si esta cobrando uma reação pública para tirar eles da vista, não estão pensando em dar uma condição, uma reinserção na família ou na sociedade sabe, é isso que a gente percebe... (Entrevistada A).

Assim, nós indagamos se os pacientes psiquiátricos em situação de rua, encontram alguma possibilidade de reintegração social, assegurado pelas políticas citadas? Pelos depoimentos anteriormente vistos, não encontramos esta resposta. Mas, na sequência, as instituições apontam uma possibilidade para esta inclusão social.

4.4 PSR, Dependência Química e Educação: Uma possibilidade de mudança, de Reinserção Social

“Quem, melhor que os oprimidos, está preparado para compreender o terrível significado de uma sociedade opressora? Quem padece os efeitos da opressão mais do que os oprimidos? Quem pode compreender melhor a necessidade da libertação”
(Paulo Freire)

Se aquele bandido tivesse a mãe que você teve, o pai que você teve: Como ele seria? Será que ele estava lá? E se você tivesse a mãe que ele teve ou não teve, se você tivesse o pai que ele teve ou não teve: Quem você seria?

(Entrevistado B)

As epígrafes expostas evidenciam uma relação de opressão, em que respectivamente o autor questiona a relação de poder que existe entre o oprimido e quem oprime, ressaltando que a opressão apenas deve ser reivindicada pelo oprimido por meio de uma própria libertação. Do mesmo modo, que um dos entrevistados da pesquisa indaga uma possível inversão de papéis na estrutura da sociedade, apontando para um meio social que contribui para a opressão.

Pensando nessa relação entre opressor e oprimido, entre o dominador e dominado, entre aquele que é inserido e aquele que é excluído do meio social,

apropriamo-nos da teoria de conscientização de Freire (2016). O autor durante os seus estudos afirma que os oprimidos apenas serão libertos pelos seus opressores quando se libertarem de si mesmos. Para Freire (2016), são as margens⁸⁶ de uma sociedade desigual e opressora, que deve lutar pela promoção humana. As pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica são responsáveis por uma luta que os liberta. Não, tornando-se opressor como o sistema econômico condiciona, mas devem lutar pela libertação dos estereótipos expelidos da classe opressora (FREIRE, 2016). Esta luta pela libertação que Freire (2016) salienta, foi evidenciada pelas instituições pesquisadas, ao apontarem a educação como uma possibilidade de mudança, de reinserção social.

Quando houver uma educação de maneira bem ampla, para todos, talvez a gente perca uma geração, talvez a gente perca duas gerações, para ter um incremento de uma educação que abranja todos de uma maneira muito boa, daí as coisas podem melhorar. É pelo conhecimento, que a pessoa entende que aquilo é o melhor para ela (Entrevistado C).

Escutar de fato o que ele esta precisando nesse momento para que a gente consiga chegar até essa meta de parar de usar drogas, escutar para além da dependência química (Entrevistado F).

Ele esta dentro da escola dizendo para os outros meninos que droga é bom! E não tem ninguém dentro da escola dizendo que droga é ruim, não há esse trabalho sistemático. Quando nos falamos em ecologia, por exemplo, eu sou da fase que todo menino tinha uma cetra no pescoço e um punhado de pedrinha ou bolinha de gude para matar passarinho, eu sou dessa geração, todo menino tinha uma cetra no pescoço, e não era nada de errado matar um passarinho, essa é a minha geração. A geração do meu filho foi sistematicamente informada na escola que não se mata passarinho e meus filhos nunca quiseram uma cetra e nunca mataram um passarinho! Então sistematicamente ele apreendeu na escola a ter cuidados ecológicos, porque que a escola não faz isso sistematicamente com relação à droga? Eu não consigo entender isso... (Entrevistador B).

Uma pessoa dessa (com transtorno psiquiátrico) na rua se faz alguma coisa, é capaz de quererem matar até, porque a pessoa não entende, acha que o cara está tentando fazer isso ou aquilo por maldade, e as vezes é porque a pessoa está totalmente fora de si e não tem o juízo crítico da coisa, e o que falta aí? O conhecimento, o entendimento do que está acontecendo (Entrevistado C).

⁸⁶ No sentido de marginalização, uma rejeição do homem pelo homem, em que o mesmo é mantido fora do sistema social, tornando-se por vezes um objeto de violência (FREIRE, 2016).

Você às vezes vê uma pessoa andando na rua, ou meio pelada, ou arrastando uma corda, ou falando sozinha e o que a gente vê? Então você para no sinaleiro, você vê às vezes a pessoa andando na rua falando sozinha, daí você olha para o lado, e as pessoas do carro ou estão rindo ou balançando a cabeça como que reprovando aquilo, então o que, que é isso? É falta de conhecimento, falta de um entendimento maior do que está acontecendo (Entrevistado C).

As instituições apontam para a educação como uma possibilidade para a reinserção social, enfatizando que pela falta de conhecimento seja ele técnico ou ainda pelas suas histórias de vida, pelo o que aconteceu com as pessoas que estão em situação de vulnerabilidade, sofrem rejeição e são excluídos. Freire (2016) ao repensar sobre a educação enfatiza que deve desenvolver nas pessoas “um juízo crítico das alternativas propostas pelas elites” (p.47) podendo assim ter a “possibilidade de escolher o próprio caminho” (p.47). Desse modo, o autor certifica a educação como possibilidade de conscientização.

Frente ao entendimento, as instituições ainda acrescentam que pela ausência de conhecimento, por não se ter uma educação que promova discussões críticas diante de pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, a sociedade tende a excluir, manter a margem, suprimindo os desejos ou sentimentos do oprimido.

Sempre vai excluir por falta de conhecimento, ou falta de entendimento do que está acontecendo, a sociedade não gosta de nada daquilo que seja um pouco diferente (Entrevistado C).

A sociedade exclui porque tudo que é minoria tem essa característica de ser excluída, e o que falta mesmo são condições de educação para a população entender melhor esse contexto, uma melhor educação para a família entender melhor (Entrevistado C).

É muito sofrido, já pensou você ficar dois, três meses em um hospital, todo mundo te controlando, você não ser dono da sua própria vida, é muito triste isso, então a gente tenta trabalhar com o paciente, para não internar e ele ter uma vida em sociedade, o paciente psiquiátrico como uma pessoa normal também chora fica triste... (Entrevistado E).

Não é porque ele esta chorando, bravo que ele esta em surto, é um sentimento como toda pessoa tem, tem que tirar esse estigma para ele consiga viver em sociedade com o seu sintoma (Entrevistado E).

A educação, por meio do conhecimento, da escola, é vista pelo discurso institucional pesquisado, como uma possibilidade de mudança da sociedade frente à PSR. A sociedade que exclui, que suprime as demandas sociais da PSR ao tornar invisível tais demandas, exerce uma esmagadora relação de opressão a parcela da população empobrecida. Sobre esta relação, Freire (2016) evidencia que a PSR tem consciência de sua opressão. Contudo, a inserção nesta dura e esmagadora realidade, impede que as pessoas em situação de rua, por vezes adoecidas, tenham percepção de si mesmo, sem perpassar como aquele a ser oprimido (FREIRE, 2016).

Tal percepção sobre si mesmo inautêntica, emerge outras demandas sociais a PSR. Pois, conforme pontua Freire (2016) a subjetividade acerca da opressão distorce a luta pela libertação. O autor salienta que a distorção de si mesmo vai além das diretrizes instituídas pelas políticas públicas destinadas ao público em situação de vulnerabilidade, indo ao encontro com as ações das instituições estudadas, que circunda a subjetividade dos envolvidos, enfrentando o fenômeno opressor e a invisibilidade direcionada a PSR.

Essas pessoas não são assim porque elas querem, eu não conseguia ver isso, então se a sociedade tem algum preconceito, é que elas não conseguem ver isso, que aquelas pessoas são frutos de uma cultura, que elas foram criadas para serem assim, elas foram ensinadas a serem assim, a partir daí eu comecei a reparar nas latas de lixo serem fuçadas por crianças, por idosos (Entrevistado B).

Tudo que você escuta o tempo todo: “Você é um vagabundo, você é um bandido, um traia, saia daqui de perto” as pessoas atravessam a rua para não passar do seu lado etc. Ouvindo tudo isso, quem não ficaria deprimido? (Entrevistado D).

Freire (2016) ao pensar na alienação dos oprimidos ressalta que os mesmos desejam se assemelhar ao opressor, ou seja, tornar-se um opressor. O autor ainda salienta, que o desprezo direcionado as pessoas oprimidas provém à interiorização dos estigmas apontados a elas. Desse modo, Freire (2016) afirma que “de tanto ouvirem que não servem para nada, que não sabem nada, nem são capazes de apreender nada, que são doentes, preguiçosos e improdutivos, acabam por se convencer da própria inaptidão” (p.106).

Correlacionando a discussão de Freire (2016) com a discussão proposta

por Foucault (2014c), o autor salienta que o corpo humano após ser reorganizado, readequado, rearticulado em suma, despedido do seu eu para responder aos requisitos impostos pela rede de poderes, transforma-se num corpo dócil. Para se transformar em um corpo dócil, respondendo as exigências impostas pela rede de poderes⁸⁷ serão necessários disciplinares seus comportamentos, viver o que o autor chama de “bom adestramento” (FOUCAULT, 2014c, p.167).

Entretanto, não basta se submeter a tal adestramento social, pois conforme pontua Engels (2010) ao explicitar sobre a estrutura da sociedade capitalista que caminha para a exclusão de um exército de trabalhadores. O autor salienta que a população excedente, a margem do emprego formal, é composta por trabalhadores que ora são inclusos, ora são repelidos pelo mercado, constituído por vezes de trabalhadores que migraram das zonas rurais para as cidades, em busca de promessas por melhores condições de vida. Desse modo, pessoas em condição de pobreza, por vezes adoecidas, não respondem as exigências da sociedade, não se tornando um corpo dócil da sociedade contemporânea, em decorrência de sua vulnerável condição de vida, inerente a parte do funcionamento do sistema econômico capitalista.

Isto posto, a relação que se estabelece entre o oprimido e opressor na sociedade capitalista é indicada por Freire (2016) como parte de um contexto social maior que abrange dominador e dominado, pois ambos durante a relação de poder absorvem “mitos culturais do dominador” (p.110). Esta discussão é pensada pelo autor de forma macro, correlacionando a relação de dependência cultural dos países subdesenvolvidos, dos dominados, entre eles os que compõem a América Latina, com os países desenvolvidos, os dominantes, a Europa, por exemplo.

Diante de tamanha vulnerabilidade, inseridos em uma sociedade desigual, como ponderar as modificações necessárias para a reinserção das

⁸⁷ A rede de poderes está para além de algo que alguém possui, se instala pelo exercício da microfísica do poder, que pode ser operacionalizada, por exemplo, pelo Estado, pelas políticas. Para mais detalhes, ver: FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder.

peessoas que estão em situação de vulnerabilidade, imersas por vezes a pobreza, ao adoecimento psíquico? Sobre isso, as instituições indagam a educação como uma possibilidade de promoção a saúde, reinserção social. Mas, reconhecem os constantes obstáculos:

Então tudo que a gente faz aqui é para a promoção humana deles, melhorar a autoestima, a reinserção social, a busca de resgate da identidade, e documentos, de área de saúde (Entrevistado D).

Você precisa ir além de muitas coisas, você precisa muitas vezes pegar na mão e ir junto, seja lá para pedir um emprego, seja lá para pedir um novo registro da carteira de identidade, tem coisas simples que esse público não consegue se organizar para fazer, e que vai muito além do que o profissional foi ensinado a fazer na faculdade [...] Porque a gente desmancha muito os nossos conceitos e reconstrói novos conceitos para olhar o outro como um ser humano (Entrevistado F).

É um trabalho de formiguinha, difícil, de superação diária (Entrevistado D).

Tais dificuldades são entendidas por Freire (2016) como um processo de alienação entre o oprimido, que não se liberta da opressão por passar a se ver a partir dos estigmas direcionados a eles, e com o opressor, que não pode reconhecer o oprimido pela sua antecendência transgeracional, não conseguindo manter uma relação de confiança com o oprimido. Diante de tamanha demanda social, Freire (2016), bem como Foucault (2014c) afirmam que a estrutura social consolida os marginalizados a margem da sociedade.

Desse modo, ao se pensar numa possibilidade de reinserção social, encontramos inúmeros obstáculos conforme o exposto. Entretanto, os métodos opressivos que seguem a lógica da estrutura social desigual, são desmontados após o processo conscientização⁸⁸ entre opressor e oprimido:

26 pessoas trabalham conosco hoje que estavam em situação de rua (Entrevistado B).

Num período de 5 anos, as que conseguiram ir para o mercado de trabalho, umas 100 pessoas que estavam em situação de rua e foram reinseridas (Entrevistado B).

Tem que falar um pouquinho todo dia, e fazer com que eles acreditem

⁸⁸ “Tomar posse na própria situação, se inserir nela, para transformá-la, pelo menos no projeto e nos esforços que lhe são próprios” (FREIRE, 2016, p.128).

neles mesmos (Entrevistado D).

Nós temos regras, nos temos organização, temos tudo higienizado, limpo, nós temos um cuidado muito maior com eles [...] Aqui eles são valorizados, eles tem uma promoção humana muito grande (Entrevistado D).

A partir do momento que ele já cria um vínculo conosco de confiança, então ele nos conta exatamente como ele está, inclusive esta sujeito a fazer diagnóstico para você descobrir que nível de comprometimento com as drogas (Entrevistado B).

Entre as dificuldades apontadas pelo discurso institucional, o ciclo entre a dependência química e o adoecimento psíquico expresso nas ruas, se destaca quando atrelado à condição de vulnerabilidade socioeconômica. Tal realidade se torna emergente ao demonstrar por meio dos relatos, a condição de vida que as pessoas estão submetidas à sobrevivência das ruas.

Para além da reforma psiquiátrica, da condição de pobreza e da situação de rua, encontramos como uma possibilidade de reintegração social relatada pelo discurso institucional: a educação. Educação direcionada a sociedade opressora, que torna invisível esta vulnerável realidade, mantendo o oprimido a margem, distante. E ainda, educação a parcela da população esmagada historicamente, que deve requerer sua libertação, sua reintegração social. Para que assim, possamos experimentar o que Rogers (2012) ensina, sobre uma aprendizagem que “provoque modificações no comportamento, e que penetrem a pessoa e suas ações” (p.324).

4.5 Recomendações ao município de Ponta Grossa/PR

O discurso institucional estudado denuncia as tentativas por vezes frustradas da sociedade, em marginalizar o serviço. Isto é, tentativas de deslocar geograficamente os serviços prestados a saúde mental e a vulnerabilidade socioeconômica, para locais distantes do considerado centro do município. Ou ainda locais afastados dos bairros considerados nobres.

As instituições relutam contra tal invisibilidade e tentativas de exclusão, lutando para permanecer nas estruturas físicas disponibilizadas pelo município.

Expressando ser um trabalho de “formiguinha”, na tentativa de pronunciar as dificuldades encontradas na reinserção social de uma parcela da população excluída socialmente por longos anos.

Freire (2016) ao refletir sobre os oprimidos ressalta a necessidade de libertação dos mesmos, antes de esforçar-se para libertar os opressores de tais ações. O oprimido deve libertar-se da opressão por meio de ações que visem não torná-los novos opressores, mas, que se objetive a sair da condição de oprimido. Para que assim ocorra a dialética entre os “atos de denunciar e anunciar, os atos de denunciar a estrutura desumanizante e de anunciar a estrutura humanizante” (FREIRE, 2016, p.58). Desse modo, Freire (2016) enfatiza que a conscientização dos oprimidos opera nas transformações que os mesmos assumem, tornando-os anunciadores e denunciadores.

Para a real libertação dos oprimidos, não devemos responsabilizar os mesmos pela sua condição de vida, entendendo de forma leviana as recomendações de Freire (2016). Mas, para que a população oprimida seja responsável pela sua libertação, isto é, possa assumir de forma crítica as ações direcionadas ao seu cotidiano, se faz pertinente que estes, de forma precedente, visualizem sua atual condição de forma crítica. Para isso, a sociedade civil e o Estado podem reunir ações que possibilitem esta reflexão crítica com relação à pobreza, a situação de rua e o adoecimento psíquico, contribuindo para a visibilidade das pessoas que compõem tais demandas sociais.

Pensando nisso, a Prefeitura Municipal de São Paulo/SP organizou o *Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua*⁸⁹, por meio do Decreto nº53.795 de 25 de março de 2013. O CIPMPSR-SP foi formado no ano de 2013 oficialmente, e é composto por representantes da sociedade civil e de órgãos públicos. Os secretários que constituem o referido comitê são:

⁸⁹ Passaremos a utilizar a sigla CIPMPSR-SP para designar Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua.

Representantes da SMDHC; da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (Smads); da Secretaria Municipal da Saúde (SMS); da Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo (SDTE); da Secretaria Municipal de Habitação (Sehab); da Secretaria Municipal de Educação (SME); da Secretaria Municipal de Serviços (SES); da Secretaria Municipal de Coordenação de Subprefeituras (SMSP); e da Secretaria Municipal de Segurança Urbana (SMSU). Também foram convidadas a Secretaria Municipal de Cultura (SMC) e a Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação (Seme) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015, p.5-6).

Desse modo inúmeras secretarias municipais se envolvem na luta para melhores ações direcionadas à PSR. De acordo com o Caderno de Colegiados: Comitê Intersectorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua (2015), a sociedade civil tende a manifestar comportamentos variados a PSR. Segundo o mesmo caderno “ora esses cidadãos são tratados com compaixão, ora com repressão. São tratados com preconceito, desprezo, indiferença, como seres invisíveis e com muita violência” (p.5). Dessa forma, o caderno elaborado pelo CIPMPSR-SP assegura que a sociedade usa de mecanismos para se proteger dessa população vulnerável “refugiando-se entre muros, grades, fortalezas, condomínios fechados e outros” (p.5). Realidade semelhante à descrita pelas instituições no município estudado, ao evidenciarem que a população se tranca em seus condomínios, muros por não saber como agir frente à situação de rua, por vezes acompanhado do adoecimento psíquico.

Diante desta realidade na cidade de São Paulo/SP, compete ao CIPMPSR-SP, conforme artigo 3º do Decreto nº53.795/2013 instituído pela prefeitura ao fundar o citado comitê:

QUADRO 4 – Competências do Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua – São Paulo/SP.

O que compete ao Comitê Pop Rua

Ao Comitê PopRua, compete, conforme artigo 3º do Decreto nº 53.795/2013:

- Elaborar o Plano Municipal da Política para a População em Situação de Rua, especialmente quanto às metas, objetivos, responsabilidades e orçamentos;
- Acompanhar e monitorar a implementação do Plano Municipal da Política para a População em Situação de Rua por meio das secretarias municipais e subprefeituras;
- Realizar o controle social, por meio da fiscalização da movimentação dos recursos financeiros consignados para os programas e políticas para a população em situação de rua oriundos do governo federal, estadual e municipal;
- Assegurar a articulação intersetorial de programas, ações e serviços municipais para atendimento da população em situação de rua;
- Propor formas e mecanismos para a divulgação do Plano Municipal da Política para a População em Situação de Rua;
- Organizar, periodicamente, encontros para avaliar e reformular ações para a consolidação do Plano Municipal da Política para a População em Situação de Rua;
- Assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro da população em situação de rua aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte e lazer, trabalho e renda;
- Garantir, periodicamente, a contagem oficial da população em situação de rua, conforme previsto no artigo 7º da Lei nº 12.316, de 16 de abril de 1997;
- Deliberar sobre a forma de condução das atividades de sua competência;

Fonte: Prefeitura Municipal de São Paulo (2015, p.6).

Organizado pela autora.

Isto posto, o CIPMPSR-SP elaborou no ano de 2013, metas a serem cumpridas até o ano de 2016, expostas no Quadro 5.

QUADRO 5 – Programa de Metas 2013-2016 e população em situação de rua
– São Paulo/SP.

- Promover ações para a inclusão social e econômica da população em situação de rua;
- Implementar as ações do Plano Juventude Viva como estratégia de prevenção à violência, ao racismo e à exclusão da juventude negra e de periferia;
- Criar e implementar a Política Municipal para Migrantes e de Combate à Xenofobia;
- Fortalecer os Conselhos Tutelares, dotando-os de infraestrutura adequada e oferecendo política permanente de formação;
- Desenvolver campanha de conscientização sobre a violência contra a pessoa idosa;
- Criar a Universidade Aberta da Pessoa Idosa do Município;
- Desenvolver ações permanentes de combate à homofobia e respeito à diversidade sexual;
- Implementar a Ouvidoria Municipal de Direitos Humanos;
- Implementar a Educação em Direitos Humanos na rede municipal de ensino;
- Criar a Comissão da Verdade, da Memória e da Justiça no âmbito do executivo municipal;
- Criar o Conselho da Cidade, o Conselho Municipal de Transportes e mais seis novos conselhos temáticos;
- Realizar 44 conferências municipais temáticas;
- Fortalecer os órgãos colegiados municipais, dotando-os de infraestrutura e gestão adequadas para a realização das atribuições previstas em lei.

Fonte: Prefeitura Municipal de São Paulo (2015, p.7).

Organizado pela autora.

As metas propostas de acordo com o Caderno do Colegiado (2013) foram atingidas, alguns casos superados, e ainda existem projetos que estão em andamento. As reuniões do comitê acontecem uma (1) vez por mês e são abertas ao público.

As intervenções realizadas pelo CIPMPSR-SP proporcionam reflexões críticas a PSR por meio de políticas públicas pensadas e repensadas pela sociedade civil, Estado e a própria PSR. Desse modo, pela reflexão crítica do fenômeno de rua e aliado a intervenções de políticas públicas, por vezes elaboradas pelo comitê, inclui a PSR, contribuindo para a efetiva e real libertação dos opressores pelas ações dos oprimidos.

Em Ponta Grossa/PR, a Prefeitura Municipal no ano de 2010, institui pela Lei Orgânica do município o Decreto Federal nº 7.179, de 20 de maio de 2010. O citado decreto estabelece o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, aliado ao o Decreto nº 7.637/2011, que regulamenta o programa “Crack é Possível Vencer”.

O comitê regulamentado em 2010 foi constituído com as seguintes

secretarias: Secretaria Municipal de Cidadania e Segurança Pública (SMCSP); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS); Secretaria Municipal de Educação (SME). Também, foram convidados para participar das reuniões membros da sociedade civil e de outras entidades públicas. O objetivo central do comitê é o enfrentamento ao uso do crack no município, acompanhando outras ações que possibilitem intervenção ao uso da referida droga.

Entretanto, de acordo com os dados desta pesquisa, o uso e abuso do crack, bem como de outras drogas, agrava-se pela condição de rua. As instituições alertam que o uso de substâncias químicas ilícitas é uma das principais consequências da vida nas ruas. Desse modo, o uso e abuso de drogas foi explicitado pelas instituições como algo que acontece ao longo da permanência nas ruas. Isto é, quanto mais tempo a pessoa permanece nas ruas, maior a probabilidade dela realizar o uso de alguma droga.

Pensando nessa realidade, em que a droga, entre elas o crack, faz parte da vida nas ruas, desenvolvendo outras comorbidades psiquiátricas para além do uso/abuso de droga⁹⁰, atrelado às intervenções realizadas na cidade de São Paulo, podemos nos indagar: Será abrangente o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” instituído em 2010? Como realizar intervenções ao uso e abuso de drogas, em especial o crack, sem primeiramente realizar intervenções ao fenômeno de rua? Como pensar no uso do crack, sem ponderar as consequências da vida nas ruas? Como implantar intervenções abrangentes as demandas das ruas, entre elas o uso e abuso de drogas?

Diante do exposto, como recomendações ao município, devemos refletir sobre a invisibilidade ainda vivenciada pela PSR em Ponta Grossa/PR, respondendo ao cenário nacional. Invisibilidade evidenciada pela ausência de recursos, de materiais, de profissionais e de políticas públicas que envolvam de forma ampla o fenômeno de rua no município e a saúde mental acerca desta

⁹⁰ Dados da presente pesquisa.

demanda social. Intervenções que englobem a saúde mental, a assistência social, o desenvolvimento do trabalho e renda, do cooperativismo, a habitação, educação, a cultura, entre outras aqui não listadas.

Diante dessa exclusão estrutural da sociedade brasileira, explicitamos um exemplo de cooperativismo originário do município de Fortaleza, capital do Ceará. Em 1997, diante das instabilidades do mercado capitalista, uma comunidade chamada Palmas, de acordo com o IPEA (2009), organizou um banco de crédito comunitário.

O Banco Palmas partiu das ações de uma associação de moradores do Conjunto Palmeira, que procurou fomentar o desenvolvimento da comunidade buscando a geração de emprego e renda, priorizando o coletivo (BRASIL, 2009). Desse modo, o banco tornou-se um sistema integrado de crédito aos moradores, de produção, de comércio e consumo, direcionado comunidade. O banco comunitário está baseado em iniciativas de economia popular, tendo como base os princípios da economia solidária. Esta ação coletiva de uma associação de moradores partiu da seguinte indagação: “Por que nós somos pobres?”, e ao priorizar o coletivo implantou ações para o desenvolvimento socioeconômico local (BRASIL, 2009). Estas ações reorganizaram a economia e a vida dos moradores do município.

Ao nos aproximarmos dessas histórias, visualizamos uma possibilidade de rompimento com o fenômeno pobreza e com o seu ciclo vicioso. Ir para além no cenário nacional, estar para além das políticas já regulamentadas que possuem latentes lacunas, estar aliado às instituições de saúde e assistência social, aventurar-se em novas possibilidades de intervenções interdisciplinares que irão além do fenômeno de rua, para descobrir humanos libertos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É difícil escapar à impressão de que em geral as pessoas usam medidas falsas, de que buscam poder, sucesso e riqueza para si mesmas e admiram aqueles que os têm, subestimando os autênticos valores da vida. E no entanto corremos o risco, num julgamento assim genérico, de esquecer a variedade do mundo humano e de sua vida psíquica.

(Sigmund Freud)

Como pensar na organização social de uma sociedade sem estar constantemente amordaçado pela busca do poder, pelo sucesso, pela riqueza? Como pensar em uma sociedade mais justa e igualitária, quando estamos submetidos a um sistema econômico desigual? Como pensar no outro ser humano, quando se está saturado de estigmas sociais? Com esses questionamentos plausíveis Freud (2011, p.7) inicia sua obra “O mal estar da civilização”. O autor indaga como homens que são “venerados” pelas possíveis grandezas realizadas, podem simplesmente ignorar as demandas e desejos de uma “multidão” (FREUD, 2011, p.7).

Como podem excluir e continuar excluindo essa multidão? Freud (2011) ainda acrescenta que nada diz tanto de cada ser humano, que ele mesmo. E que este eu, com aparência “enganosa”, superficial ao contato com o outro, vem sofrendo constantemente preconceito desse outro, da sociedade, resultando em consequências na instituição psíquica, ditas por Freud (2011) “sem fronteiras nítidas” (p.9). Isto é, tudo aquilo que é apontado pelo outro, seja de caráter positivo ou negativo moldam a instituição psíquica de uma forma considerada sem fronteiras.

Assim, as minorias ainda são minorias, com políticas públicas latentes, submetidas à pobreza, ao adoecimento psíquico, por vezes a situação de rua agravando-se a cada movimento, a cada ação higienista da sociedade como um todo. E quais os resultados dessa constante exclusão? Como afirma Freud (2011) “distinguir entre o que é interior – pertencente ao Eu – e o que é exterior – oriundo do mundo externo, diz do princípio de realidade” (p.11). Realidade que não é vista com empatia, mas sim carregada de estigmas, que contribuem

para a naturalização da condição de vida dessas consideradas minorias na sociedade. Entre essas minorias, encontramos a PSR, em condição de pobreza e por vezes adoecidas.

Retomando o objetivo principal da presente dissertação de compreender a partir do discurso institucional, qual a relação tríade entre o agravamento do adoecimento psíquico, a condição de pobreza, e a situação de rua de pessoas que são atendidas pelas instituições governamentais e não governamentais no município de Ponta Grossa/PR, encontramos a invisibilidade e a exclusão social desta parcela da população. O discurso institucional apontou para ações e movimentos ainda voltados para uma possível higienização social:

“O pessoal olha ele diferente”; “Não conheço essa pessoa”, tipo sabe... Você está vendo que é membro da família, mas a família não quer; “O nosso governo dá para perceber que também tem uma higienização social velada, velada né, porque existe muita reclamação em cima do governo, para dar conta. Então veja bem, o que eles querem, é que também tirem da vista” (Entrevistados da pesquisa).

Estar na rua, estar em condição de pobreza ou adoecido física e/ou psiquicamente é ser excluído do convívio social? Durante a pesquisa, ao me aproximar do cenário pesquisado me deparei com esta realidade. Uma realidade alarmada pelo discurso institucional na cidade de Ponta Grossa/PR, que afirma um alto número de pessoas em situação de rua e que estão adoecidas psiquicamente. Adoecimento oriundo da grave condição das ruas, como: ausência de alimentação, sono irregular, falta de habitação, vínculos familiares rompidos, dependência química, depressão entre outras graves comorbidades, respondendo ao cenário nacional. Isto é, replicando os resultados encontrados e explicitados nas pesquisas nacionais⁹¹.

O município estudado possui uma população que está e mantêm-se nas ruas pelos mesmos motivos apontados pela estudiosa Silva em 2009 e pela pesquisa do IPEA em 2016. A falta de renda, em decorrência do desemprego, da migração e o rompimento dos vínculos familiares ainda moldam o fenômeno de rua.

⁹¹ Pesquisas nacionais que foram elucidadas no decorrer deste trabalho.

Como parte das consequências de se permanecer nas ruas, encontramos o uso e abuso do álcool e outras drogas. Estar em situação de rua é se encontrar “hospedado” ao lado das drogas, aproximando-se da dependência química, em decorrência da vulnerabilidade social e econômica inerente ao fenômeno de rua, agravando-se pela exclusão social.

É evidente que com a regulamentação de políticas públicas direcionadas a PSR e políticas de reinserção social de pessoas adoecidas psiquicamente, iniciaram as primeiras transformações com relação à inclusão social de uma parcela da população excluída do convívio social por longos anos. Entretanto, tal inclusão social esbarra em constantes dificuldades, conforme aponta os resultados da pesquisa, como: a falta de recurso, de equipe, muitas vezes de alimentação, incentivo para a reinserção social da PSR por vezes adoecida psiquicamente, entre outros obstáculos alarmados pelas instituições.

No início desta reflexão, recorreremos aos escritos de Foucault (2014), Castel (1978), Goffmann (2015), e nos apropriamos de uma história de exclusão social efetivada pelo enclausuramento vitalício dos considerados loucos e pobres. No decorrer do trabalho, compreendemos com Engels (2010), Iglésias (1994), Galeano (1989), Silva (2009), Alves (2007) e demais autores já elencados no transcorrer o texto, que inerente à condição de rua esta a condição de pobreza, agravando-se a partir da institucionalização do sistema econômico desigual capitalista, acompanhado da industrialização e suas implicações.

Diante do entendimento de tais categorias teóricas, e a partir do cenário social estudado, foi possível mapear e caracterizar as instituições que prestam atendimento a PSR e ao adoecimento psíquico de forma direta ou indireta. Estas instituições relatam as lacunas presentes nas políticas regulamentadas atualmente a PSR e ao adoecimento psíquico, evidenciando uma nova forma de excluir, conforme já pontuava Foucault (2014)⁹², não pela reclusão por longos anos, mas agora pela invisibilidade das demandas sociais que emergem

⁹² Para mais detalhes ver: Foucault (2014), Engels (2010), Castel (1978).

dessa parcela da população.

Invisibilidade presente nas ações que estão para além das instituições. Estão presentes no Estado, na sociedade, em determinadas instituições enfim, conforme evidenciado pelo discurso há uma única preocupação endereçada a PSR, que esta parcela da população não exista, “tirem daqui”. Desse modo, o discurso que perpassa a PSR os mantém a margem da sociedade, submetidos às vulnerabilidades encontradas nas ruas. Com um alto risco para o desenvolvimento do uso abusivo de álcool e outras drogas, resultando em comorbidades psiquiátricas e sociais irreversíveis. Mas, quais são essas comorbidades? Quais são as consequências psiquiátricas e sociais da ausência de renda, trabalho, de não estar inserido no mercado formal, ou em outra possibilidade de organização social? Como guiar esta discussão de rua para além da satisfação de necessidades essenciais para a vida humana?

Conforme anteriormente exposto, o município estudado corresponde ao cenário nacional, a outros estados e cidades do Brasil, a questão da exclusão social das pessoas com condição de pobreza, vivendo nas ruas a extrema miséria, acompanhado por vezes a quadros psiquiátricos graves. Sendo notória a importância do trabalho realizado pelas instituições estudadas ao município, pois, mesmo sem recursos, equipes, aperfeiçoamentos e com todas as outras dificuldades que acompanham a invisibilidade da PSR, as instituições trabalham para além das políticas regulamentadas.

[...] Mas na verdade não é, não é bem assim, tem que ver o que levou eles a serem bandido, marginal, sejam lá o que eles sejam na parte criminal, ninguém escolhe ser bandido, ninguém escolhe morar na rua, alguma coisa levou, daí veja bem a gente sofre o preconceito junto com eles (Entrevistado A).

Há presença de empatia nas ações institucionais direcionadas às pessoas que são atendidas pelas instituições. Instituições que encontram preconceito endereçado também as equipes que trabalham com este público. Desse modo: Quais são as consequências da exclusão social, pensando no excluído e na equipe que presta atendimento a este excluído? Quais são as comorbidades psiquiátricas e sociais da PSR, das pessoas que vivenciam a pobreza extrema, o adoecimento psíquico e a constante exclusão social pela

invisibilidade? Perguntas que me encontraram no decorrer da pesquisa e que serão aprofundados em outro trabalho porvindouro.

Por fim, o discurso institucional nos aponta para ações que se assemelham ao trabalho desenvolvido por Nise da Silveira retratado pelo Centro Cultural da Saúde (CCS), vinculado ao Ministério da Saúde, durante a organização de um acervo de filmes referentes à luta antimaniconial (BRASIL, 2005a). Importante psiquiatra brasileira, durante os atendimentos institucionais asilares, pode-se espantar, pode-se indignar-se com tamanha crueldade direcionada a pessoas com adoecimentos psíquicos graves, por vezes com quadros psiquiátricos cronificados. Isto é, pacientes sem perspectiva para melhora, contagiando-se desta vulnerável realidade, a tal ponto que foi possível caminhar para a transformação, para a reforma psiquiátrica desta realidade. Mas, não basta apenas à reforma psiquiátrica, se faz necessário compreender quais demandas sociais esta acerca desta população. A pobreza, a invisibilidade, a situação de rua, e tantas outras necessidades que envolvem o adoecimento psíquico, bem como todas as demandas que estão acerca do fenômeno de rua.

Isto posto, o enlace entre a pobreza, o adoecimento psíquico e o fenômeno de rua, devem estar para além dessa nova forma de excluir. Deve estar na possibilidade de se contagiar de tamanha demanda, e assim recorrer a ações efetivas de inclusão social, para que possamos transcorrer uma nova história a partir de programas sociais voltados ao oprimido e por eles construídos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. **Dimensões da Reestruturação Produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2ed. Londrina: Praxis, 2007.

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Rev. Saúde Pública**, 2010, v.2, n.28, p.127-131. Disponível em: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/determinantessociais-e-economicos-da-saude-mental-S0870902510700031>>. Acessado em 23 de Janeiro de 2018.

AMARANTE, Paulo. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: M. Kalil, (Org^a). **Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Editora Hucite c/ Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fio e Cruz, 2007.

_____. **Loucos pela Vida**. 7 ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEZARRA, Benilton JR. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis**. v.17, n.2. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002>. Acessado em 26 de Janeiro de 2017.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres et. al. Pesquisa Exploratória: Concepções e Percursos Metodológico. In: BOURGUIGNON, Jussara Ayres; OLIVEIRA JUNIOR, Constantino Ribeiro de (Org.). **Pesquisa em Ciências Sociais**: Interfaces, Debates e Metodologias. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2012. p. 195-210.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate á fome. **Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS**. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acessado em 05 de Julho de 2017.

_____. Presidência da República. **Lei Federal nº10.216, de 6 de Abril de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acessado no dia 09 de abril de 2016.

_____. Assistência a Saúde. **Portaria nº 189 de 20 de Março de 2002**.

Disponível em:
https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0ahUKEwj43aGFzIbUAhUEZCYKHVfJD8MQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mp.go.gov.br%2Fportalweb%2Fhp%2F2%2Fdocs%2F189.pdf&usg=AFQjCNGdbSyFEhYvY-eAf0uW8s5ohTRWpA&sig2=25vBLjUB1viUKPp-z_YTsA&cad=rja. Acessado em 22 de Maio de 2017.

_____. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança.** Tradução Gabinete de Tradução Climepsi Editores, 2002a. 1ed. Lisboa: World Health Organization, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/>.>. Acessado dia 10 de Janeiro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, 2004. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiRlfnUooTUAhUTl5AKHd_dCasQFggkMAE&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2F120.pdf&usg=AFQjCNGKTI45rBd_h5Nbj4ct16lrkUEVhA&sig2=rIEbY4xoMCt_N7KGSDGYxA>. Acessado no dia 09 de abril de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/cuidar2.html>>. Acessado em 04 de abril de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Centro Cultural de Saúde. **Nise da Silveira: Vida e Obra.** Brasília: Editora MS, 2005a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acessado dia 04 de Outubro de 2017.

_____. IPEA. **Banco Palmas: a serviço da comunidade - O real é a moeda oficial do Brasil.** Brasília, 2009. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=1454:catid=28&Itemid=23>. Acessado dia 04 de Outubro de 2017.

_____. Presidência da República. **Política Nacional a Inclusão Social da População em Situação de Rua.** Brasília, 2008. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf>. Acessado em 27 de Setembro de 2016.

_____. Presidência da República. **Decreto Nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009**: Política Nacional para a População em Situação de Rua. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acessado em 27 de Setembro de 2016.

_____. Movimento Nacional da População de Rua. **Conhecer para Lutar**. São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://polis.org.br/publicacoes/conhecer-para-lutar/> >. Acessado dia 29 de Setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Saúde Mental do município de Piracicaba/SP**. Piracicaba: 2011. Disponível em: <<http://slideplayer.com.br/slide/1826284/>>. Acessado dia 16 de Outubro de 2017.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf >. Acessado dia 10 de Outubro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011**. Brasília: 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acessado dia 16 de Outubro de 2017.

_____. Secretaria de Saúde. **Saúde Mental no Paraná**. Estado do Paraná: 2012. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ApresentacaoSMnoParana.pdf>>. Acessado dia 16 de Outubro de 2017.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Social. **Fluxo de Atendimento CRAS e CREAS**. Brasília: Capacita SUS, 2012a. Disponível em: <<https://www.sigas.pe.gov.br/files/10182016015955-apresentacao.fluxo.de.atendimento.lgbt.no.estado.de.pe.28.09.pdf>>. Acessado dia 16 de Outubro de 2017.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa**: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH, 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/binopaz/publicacao-dialogos-sobre-a-populacao-em-situacao-de-rua-no-brasil-e-na-europa>>. Acessado em 10 de Outubro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da População em Situação de Rua**. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2014. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1>>

&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEWju4KWQ0obMAhUHk5AKHY86B4wQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fsaude_populacao_situacao_rua.pdf&usg=AFQjCNFI6qGn_bL8rANR71jSuzAvZnBR Cw&sig2=LHCptlgsLQIEh7o3lbYsoA>. Acesso dia 9 de abril de 2016.

_____. IPEA. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Brasília, 2016. Disponível em: <
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819>. Acessado dia 04 de Novembro de 2017.

BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antônio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Rev Psiq Clín**, n.36, v.4, 2009. p.175-178.

BURSZTYN, Marcel. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: BURSZTYN, Marcel (Org.). **No meio da Rua**: nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

CALIMAN, Geraldo. **Paradigma da Exclusão Social**. Brasília: Editora Universa, 2008. p. 95-109.

CARVALHO, Luciana. As Causas dos Transtornos Mentais. In: SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de; ROSA, Anderson da Silva (Orgs.). **Saúde Mental das Pessoas em Situação de Rua**: Conceitos práticos para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidauros Medicina e Arte, 2016. p.63-69.

CARVALHO, Luciana; SANTANA, Carmen. Promoção da Saúde Mental e prevenção de transtornos mentais. In: SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de; ROSA, Anderson da Silva (Orgs.). **Saúde Mental das Pessoas em Situação de Rua**: Conceitos práticos para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidauros Medicina e Arte, 2016. p.47-63.

CARVALHO, Luciana; SANTANA, Carmen. Cultura e transtornos mentais: a importância da competência cultural. In: SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de; ROSA, Anderson da Silva (Orgs.). **Saúde Mental das Pessoas em Situação de Rua**: Conceitos práticos para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidauros Medicina e Arte, 2016. p.69-89.

CASTEL, Robet. **A Ordem psiquiatria**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p.27-33.

_____. A Dinâmica dos Processos de Marginalização: Da Vulnerabilidade a “Desfiliação”. **Caderno CRH**, n.26/27, 1997. p.19-40.

CASTRO, Edgardo. **Introdução a Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA MINAS GERAIS. **A psicologia e a população em situação de rua**: novas propostas, velhos desafios. Belo Horizonte: CRP-04, 2015. p.13-24.

CONGLIAN, Lucimar Aparecida Garcia. **Além da remissão dos sintomas?** Reforma Psiquiátrica e CAPS na região dos Campos Gerais-PR. 2011, 170f. (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas). Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2011.

CORTÉS, Fernando Ribot. Etnia e Relações de Poder: O caráter político das "minorias étnicas" desde uma perspectiva Sul-Sul. Estudos de Sociologia. **Rev. do Progr. de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**. v.15, n.2, p.93 – 105, 2014. Disponível em:

<<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/151>>.

Acessado em 22 de Dezembro de 2016.

DIAS, André Luiz Freitas et. al. Mulheres em Situação de rua: Trajetórias de Invisibilidade e Exclusão na Construção de Identidades. **Unep**, Minas Gerais, nº7, p. 1-15, 2015. Disponível

em:<<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj56-qMnIfMAhXMGPgAKHY9TCCAQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uneb.br%2Fenlacandosexualidades%2Ffiles%2F2015%2F07%2Fenl31.pdf&usg=AFQjCNFjzDTB2SISkBD4u2F2xqXSWVizjQ&sig2=1HkUiEVs6ndvaLkaZXm6-A&bvm=bv.119028448,d.Y2I>>. Acessado dia 09 de abril de 2016.

DIAZ, Fernando Sobhie. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica**: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil. 2008, 341f. (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

DICIONÁRIO DE PORTUGUÊS. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/>>. Acessado em 23 de Janeiro de 2018.

ENGELS, Friedrich. Tradução B.A. Schumann. **A situação da classe operária Inglesa**. São Paulo: Boitempo, 2010.

FERNANDES. Cleudemar Alves. **Discurso e Sujeito em Michel Foucault**. São Paulo: Intermeios, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da Loucura**. 10ªed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

_____. **A arqueologia do saber**. 8º ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014a.

_____. **A Ordem do Discurso**. 24ªed. São Paulo: Edições Loyola, 2014b.

_____. **Vigiar e Punir: O nascimento da prisão**. 42ªed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014c.

_____. **Nascimento da Clínica**. 7ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. São Paulo: Cortez, 2016.

FREUD, Sigmund. **O mal estar da civilização**. São Paulo: Penguin Classis Companhia das Letras, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002. p.35.

GIOPPO, Christiane. Eugenia: a higiene como estratégia de segregação. **Revista Educar**. Curitiba, n.12, 1996, p.167-180.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 9ªed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

IGLÉSIAS, Francisco. **A Industrialização Brasileira**. 6ªed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

JANZ, Dones Cláudio Jr. O valor da Eugenia: Eugenia e Higienismo no discurso médico Curitibano no início do século XX. **Cordis: História, Corpo e Saúde**. n.7, 2011, p.87-120. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/cordis/article/view/10380/7727>>. Acesso dia 05 de Julho de 2017.

LIMA, Telma C. Sasso de; MIOTO, Regina C. Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál**, Florianópolis, v.10, 2007. p. 37-45.

POCHMANN, Márcio. A atualidade da categoria trabalho na sociedade da reestruturação produtiva. In: LEONARDI, André Isnard (Org.). **Psicologia crítica do trabalho na sociedade contemporânea**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010. P.29-41.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2011.

MAY, Tim. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.145-169.

MELLO NETO, Cândido et al. **Histórias da Medicina em Ponta Grossa**. Ponta Grossa: Planeta Ltda, 1995.

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro do. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: BURSZTYN, Marcel (Org.). **No meio da Rua**: nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

PAUGAM, Serge. O Enfraquecimento e a Ruptura dos Vínculos sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, Bader (Org.). **As Artimanhas da Exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 67-86.

_____. **Desqualificação Social**: Ensaio sobre a Nova Pobreza. São Paulo: Editora Cortez, 2003. p.13-64.

PREFEITURA DE PONTA GROSSA. Notícia: **Prefeitura inaugura CAPS para atender pacientes com transtorno mental**. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/1327>>. Acessado em 23 de Maio de 2017.

_____. Decreto Federal nº 7.179, de 20 de maio de 2010. “**Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**”. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/p/ponta-grossa/decreto/2013/694/6937/decreto-n-6937-2013-constitui-o-comite-gestor-municipal-para-planejar-implementar-monitorar-e-divulgar-as-acoes-relacionadas-ao-programa-crack-e-possivel-vencer-conforme-especifica>>. Acessado em 28 de Janeiro de 2018.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Caderno de Colegiados**: Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua. 2015. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/347970517/Cadernos-Colegiados-Comite-Pop-Rua>>. Acessado em 28 de Janeiro de 2018.

_____. **A história da cidade de Ponta Grossa**. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/cidade#historia>>. Acessados em 28 de Janeiro de 2018.

REIS, José Roberto Franco. **Higiene Mental e Eugenia**: O Projeto de “Regeneração Nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30). 1994. 373fls. Mestrado em História e Ciências Humanas. Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

REY, Fernando González. **Pesquisa Qualitativa e subjetividade**: Os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

ROGERS, Carl R. **Tornar-se Pessoa**. 6ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

SAWAIA, Bader. Exclusão ou Inclusão perversa?. In: SAWAIA, Bader (Org). **As Artimanhas da Exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 07-16.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 11º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p. 99-119.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Trabalho e População em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

STEPAN, Nancy Leys. **Eugenia no Brasil (1917-1940)**. Disponível em: < https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiW7TwmdDYAhXCDZAKHXv1AZcQFgg_MAM&url=http%3A%2F%2Fbooks.scielo.org%2Fid%2F7bzx4%2Fpdf%2Fhochman-9788575413111-11.pdf&usg=AOvVaw3dXySovRbfPbFAhsXylgIY>. Acesso dia 08 de Janeiro de 2018.

STOER, Stephen et. al. **Os Lugares da Exclusão Social**: Um dispositivo de diferenciação pedagógica. São Paulo: Editora Cortez, 2004. p. 25-27.

TRIVINOS, Augusto N. Silva. **Bases Teórico-Metodológicos da Pesquisa Qualitativa em Ciência Sociais**. Porto Alegre: Ritter dos reis, 2001. p. 73-91.

TRENTINI, Fabiana Vosgerau. **Representações Sociais sobre o Sofrimento Mental e os Modelos de Tratamento Psiquiátrico**: O Olhar dos Familiares-Cuidadores e dos Trabalhadores em Saúde Mental e Ponta Grossa-PR. 2011, 186f. (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas). Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2011.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serv.Soc.Soc.**, São Paulo, nº110, p.288-322, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282012000200005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso dia 09 de abril de 2016.

YASUI, Sílvia. Entre o Cárcere e a Liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar. In: BRASIL. **Ações Programáticas Estratégicas Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p.13-23.

_____. **Rupturas e Encontros**: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão social. In: SAWAIA, Bader (Org). **As Artimanhas da Exclusão**: Análise

psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 16-27.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você _____, está sendo convidado a participar da pesquisa **“SAÚDE MENTAL, SITUAÇÃO DE RUA E CONDIÇÃO DE POBREZA: O agravamento do adoecimento psíquico das pessoas em situação de rua no município de Ponta Grossa/PR, a partir da perspectiva institucional no ano de 2017”**, realizada pela mestrandia Fernanda Pimentel Santos, sob orientação da Profa. Dra. Edina Schimanski, do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa. O objetivo da pesquisa é analisar a relação tríade entre o agravamento do adoecimento psíquico, a situação de rua e a condição de pobreza das pessoas em situação de rua, a partir do relato de profissionais de instituições governamentais e não governamentais no município de Ponta Grossa/PR, no ano de 2017.

A sua participação no estudo será por meio de uma entrevista que o(a) senhor(a) deverá responder de forma oral, podendo se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento. Asseguramos que sua identidade permanecerá em sigilo, através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Os dados obtidos através da pesquisa serão utilizados para fins acadêmicos, quer seja na dissertação de mestrado ou em publicações relacionadas. Após as análises serão divulgados os resultados desta pesquisa da qual participa.

Sua participação é voluntária, portanto não receberá recompensa ou gratificação, nem pagara para participar. Será garantido o livre acesso a todas as informações e retirada as dúvidas sobre o estudo, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da participação na pesquisa. Você poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem apresentar justificativas e, também, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, tendo também todas as dúvidas esclarecidas sobre a sua participação neste trabalho. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com qualquer um dos membros da pesquisa ou com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG:

Pesquisadora: Fernanda Pimentel Santos

Rua: Afonso Celso, 4444, Torre12, Apartamento 404 – Ponta Grossa/PR, Telefone:(42)988256808.

Orientadora: Edina Schimanski

Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas. UEPG, Sala LP 109 do Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Pós-graduação – CIPP
Avenida Carlos Cavalcanti, 4748, Ponta Grossa/PR Telefone:(42)322013153.

Comitê de Ética em Pesquisa

UEPG Campus Uvaranas, Bloco M, sala100, Ponta Grossa/PR, Telefone:(42)322013108.

Assinatura do(a) convidado(a) para a pesquisa

Assinatura pesquisadora

Ponta Grossa/PR, _____ de _____ de 2017.

**APÊNDICE B – CESSÃO GRATUÍTA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL
E
COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

**CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL E
COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE**

Pelo presente documento, eu Entrevistado(a):

_____,
RG: _____ emitido pelo

(a): _____, domiciliado/residente em
(Av./Rua/nº./complemento/Cidade/Estado/CEP): _____

declaro ceder à Pesquisadora: Fernanda Pimentel Santos, CPF: 077.018.069-89, RG: 9.488.147-1, emitido pelo SESP/PR, residente na Rua Afonso Celso, nº4444, Conjunto Vittace, Torre 12, Apartamento 404. **Sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter histórico e documental que prestei à pesquisadora aqui referida**, na cidade de Ponta Grossa, Estado do Paraná, no ano de 2017, **como subsídio à construção da Dissertação para a pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa**. A pesquisadora acima citada fica consequentemente autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e culturais, o mencionado depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, com a ressalva de garantia, por parte dos referidos terceiros, da integridade do seu conteúdo. **A pesquisadora se compromete a preservar meu depoimento no anonimato, identificando as falas com nome fictício ou símbolo não relacionados à verdadeira identidade.**

Local e Data:

Ponta Grossa/PR, ____ de ____ de 2017.

(assinatura do entrevistado/depoente)

(Adaptado do CEDIC-Centro de Documentação e Informação Científica "Professor Casemiro dos Reis Filho" - PUC/SP)

**APÊNDICE C – CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS PARA USO DE
IMAGENS**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS PARA USO DE IMAGENS

Pelo presente documento, **Eu:** _____,
Coordenador (a) da Instituição _____ RG: _____ emitido
pelo (a): _____, localizado no seguinte endereço
(Av./Rua/nº./complemento/Cidade/Estado/CEP): _____

_____,
declaro ceder à Pesquisadora: Fernanda Pimentel Santos, CPF: 077.018.069-89,
RG: 9.488.147-1, emitido pelo SESP/PR, residente na Rua Afonso Celso, nº4444,
Conjunto Vittace, Torre 12, Apartamento 404. **Sem quaisquer restrições quanto aos
seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena propriedade e os direitos
autorais para uso da imagem da instituição em questão**, localizada na cidade de
Ponta Grossa, Estado do Paraná, no ano de 2017, **para compor à construção da
Dissertação para a pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa.** A
pesquisadora acima citada fica conseqüentemente autorizada a utilizar e divulgar, para
fins acadêmicos e culturais, a mencionada imagem/foto, bem como permitir a terceiros
o acesso ao mesmo para fins idênticos, com a ressalva de garantia, por parte dos
referidos terceiros, da integridade do seu conteúdo.

Local e Data:

Ponta Grossa/PR, ____ de ____ de 2017.

(Coordenador (a) da Instituição)

APÊNDICE D - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1.1 Dados sobre a Estrutura da Instituição

- Nome da Instituição: - Ano de Fundação:
- Mantenedora:
- Público-Alvo: - Equipe:
- Funcionamento da instituição:
- Itinerário da instituição:
- Horário de abertura:
- Horário de fechamento:
- Finais de semana:

1.2 Dados sobre a Cultura e as Pessoas

- Principal objetivo da instituição:

1.3 Dados sobre os Produtos e Serviços

Como essas pessoas chegam até a instituição?

() Ambulância () Por encaminhamento de outra instituição () Acompanhada de alguém, familiar ou não.

() Por si própria

Dentre as pessoas que a instituição oferta atendimento, predomina

() Homens () Mulheres

Qual faixa etária predomina as pessoas em situação de rua atendidas pela instituição

() Entre 13 a 17 anos

() Entre 18 a 39 anos

() Entre 40 anos a 59 anos

() Idosos, acima de 60 anos

Na instituição em que trabalha, ou em outros momentos, já ocorreu alguma situação que você percebesse preconceito:

() Sim () Não

Encaminhamentos a outras instituições.

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Instituição:

Função/Cargo:

Formação:

Tempo de trabalho na instituição:

- 1) Pensando no público que a instituição oferta atendimento, e direcionando nossa reflexão as pessoas em situação de rua, você consegue me contar sobre a condição de vida dessas pessoas? Talvez traçando o perfil.
- 2) Quando as pessoas em situação de rua chegam para o atendimento, você percebe algum tipo de adoecimento psíquico?
- 3) Quais sintomas você consegue elencar.
- 4) Como você pensa a questão do adoecimento psíquico, com a condição de vida das pessoas em situação de rua?
- 5) Na instituição em que trabalha, ou em outros momentos, já ocorreu alguma situação que você percebesse preconceito?
- 6) É possível relacionar a condição de vida das pessoas em situação de rua com a exclusão social?
- 7) Você acredita que seja possível esta reinserção social?
- 8) Você percebe alguma dificuldade nos serviços prestados pela instituição, durante o atendimento as pessoas em situação de rua?
- 9) Conversamos um pouco sobre a condição de vida e quem são as pessoas em situação de rua em Ponta Grossa/PR, que muitas vezes adoecidas percorrem as ruas de nossa cidade. Como você percebe a reação da sociedade e da instituição em que trabalha, frente à tamanha vulnerabilidade que estas pessoas estão inseridas?
- 10) Tem algum assunto, alguma coisa que não perguntei e que você gostaria de dizer?

**APÊNDICE F - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA - PLATAFORMA
BRASIL**

Cadastros

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA



DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL, SITUAÇÃO DE RUA E CONDIÇÃO DE POBREZA: O agravamento do adoecimento psíquico das pessoas em situação de rua no município de Ponta Grossa/PR, a partir da perspectiva institucional no ano de 2017.
Pesquisador Responsável: FERNANDA PIMENTEL SANTOS
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 64997617.5.0000.5689
Submetido em: 16/02/2017
Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa
Situação da Versão do Projeto: **Aprovado**
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_865232

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1

Projeto Original (PO) - Versão 1

Documentos do Projeto

Comprovante de Recepção - Submissão

Folha de Rosto - Submissão 1

Informações Básicas do Projeto - Submissão

Projeto Detalhado / Brochura Investigação

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa

Apreciação 1 - Faculdades Ponta Grossa/PR

Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

LISTA DE CENTROS PARTICIPANTES E COPARTICIPANTES

Apreciação	CAAE	Pesquisador Responsável	Comitê de Ética	Instituição	Situação	Tipo	R.C

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	23/02/2017 19:08:54	Parecer liberado	1	Coordenador	Faculdades Ponta Grossa/PR	PESQUISADOR	
PO	23/02/2017 17:25:38	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	Faculdades Ponta Grossa/PR	Faculdades Ponta Grossa/PR	
PO	23/02/2017 14:14:30	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	Faculdades Ponta Grossa/PR	Faculdades Ponta Grossa/PR	
PO	23/02/2017 14:04:31	Aceitação de Elaboração de Relatoria	1	Membro do CEP	Faculdades Ponta Grossa/PR	Faculdades Ponta Grossa/PR	
PO	21/02/2017 09:00:33	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Faculdades Ponta Grossa/PR	Faculdades Ponta Grossa/PR	
PO	21/02/2017 08:52:17	Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Faculdades Ponta Grossa/PR	Faculdades Ponta Grossa/PR	
PO	21/02/2017 08:51:59	Aceitação do PP	1	Coordenador	Faculdades Ponta Grossa/PR	Faculdades Ponta Grossa/PR	
PO	17/02/2017 09:39:34	Submetido pela CONEP para avaliação do CEP	1	Assessor	CONEP	Faculdades Ponta Grossa/PR	
PO	16/02/2017 18:55:12	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	CONEP	

LEGENDA:**(*) Apreciação**

PO = Projeto Original de Centro Coordenador

POp = Projeto Original de Centro Participante

POc = Projeto Original de Centro Coparticipante

E = Emenda de Centro Coordenador

Ep = Emenda de Centro Participante

Ec = Emenda de Centro Coparticipante

N = Notificação de Centro Coordenador

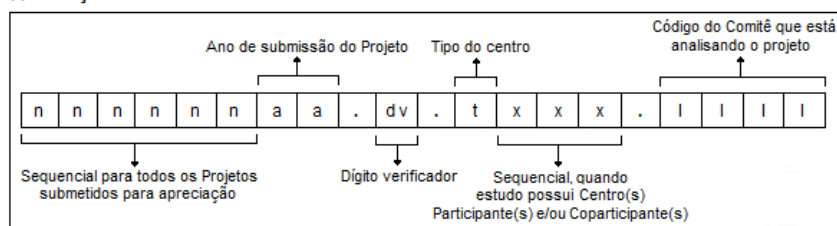
Np = Notificação de Centro Participante

(*) Tipo

P = Projeto de Centro Coordenador

Pp = Projeto de Centro Participante

Pc = Projeto de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE[Voltar](#)[Enviar Notificação](#)[Submeter Emenda](#)[Gerar Interface Rebec](#)

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),
ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).