

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

**Milena Silva Lisboa**

**Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do  
cuidado no território e a armadilha da institucionalização**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2013



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM  
PSICOLOGIA SOCIAL

**Milena Silva Lisboa**

**Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do  
cuidado no território e a armadilha da institucionalização**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mary Jane Paris Spink**

SÃO PAULO

2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

**Milena Silva Lisboa**

**Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do  
cuidado no território e a armadilha da institucionalização**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Tese apresentada à Banca Examinadora  
como exigência parcial para obtenção do  
título de DOUTOR em Psicologia Social  
pela Pontifícia Universidade Católica de  
São Paulo, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>  
Mary Jane Paris Spink.

O presente trabalho foi realizado com o apoio do Conselho Nacional de  
Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – Brasil.

SÃO PAULO

2013

Banca Examinadora

---

---

---

---

---

Lisboa, M. S. (2013). **Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização.** Tese de Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Orientadora:** Mary Jane Paris Spink.

**Linha de Pesquisa:** Aportes da Psicologia Social à compreensão de problemas sociais.

## Resumo

Essa pesquisa tem como proposta a investigação dos relacionamentos entre pessoas em situação de rua (e em especial, quando experimentam sofrimento mental) e os serviços de saúde, atentando para os modos como são estabelecidas redes de sustentação, incluindo recursos sociais, familiares e institucionais. A pergunta central da investigação se dirige à como se configuram as redes de cuidado (especialmente em saúde mental) acionadas por pessoas em situação de rua acompanhadas por uma equipe do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio e quais são os efeitos deste cuidado (sustentação do sofrimento no território, produção de saúde mental ou institucionalização e higienização social). Foi realizada uma etnografia durante um ano das relações de cuidado estabelecidas entre uma equipe do PSF-SD e pessoas em situação de rua, especialmente acompanhando dez casos de sofrimento psicossocial considerado como doença mental. Refletimos sobre a potência do dispositivo do PSF-SD, que se sustenta fundamentalmente nos vínculos produzidos entre a equipe e seus pacientes, no acolhimento e no cuidado exercido no cotidiano das ruas da cidade, mas que, por si mesmos, não dão conta das necessidades referentes à *saúde mental* das pessoas em situação de rua. Apontamos, então, a desarticulação da *rede* de assistência em geral, e em especial, da saúde mental e a pouca sustentação do sofrimento psíquico intenso no território, o que mantém o louco de rua como depositário do antigo tratamento social fundamentado na exclusão e disciplinamento da loucura. Sua virtual periculosidade e sua anormalidade encenada em domínio público constituem a base para a desassistência dos serviços substitutivos, que acabam criando um circuito de cronificação, produzido pelas constantes recusas de atendimento da rede. Este circuito funciona como vetor, centrípeto, que aponta para a segregação deste resíduo institucional (o louco de rua, perigoso e anormal) em hospital psiquiátrico. Concluímos que o PSF-SD é um dispositivo que poderia romper com a armadilha de institucionalização do louco de rua, na medida em que, atuando como extituição, poderia articular a rede em saúde mental e sustentar relações de cuidado e responsabilização no território e no espaço intersticial que se estabelece “entre” instituições.

**Palavras-chave:** Pessoas em situação de rua; Loucos de rua; Programa de Saúde da Família Sem Domicílio; Institucionalização; Rede de Saúde Mental.

Lisboa, M. S. (2013). **The mental health network for homeless people with mental health problems**. PhD Thesis. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Tutor:** Mary Jane Paris Spink.

**Line of Research:** Approaches used in Social Psychology for comprehending social problems.

### **Abstract**

This research proposes the investigation of the relationships between homeless (in particular, when they experience mental distress) and health services, focus on the ways they establish support networks, including social, family and institutional resources. The central question of this research addresses how health care networks are setup (especially mental health networks), triggered by homeless cared by a team from the Family Health Program for Homeless (PSF-SD), and what are the effects of this care (support the suffering in the territory and production of mental health or institutionalization and social cleaning). During one year, we conducted an ethnography to understand the care relationships established between a team of PSF-SD and homeless, especially following ten cases of psychosocial suffering considered as mental illness. We reflect on the power of the device's PSF-SD, which relies primarily on the ties generated between staff and patients and the care performed in the daily life at the city streets, but that, by themselves, do not account for the needs regarding the mental health of homeless. Our findings revealed the disconnection of the mental health network and the fragile sustenance of the mental suffering in the territory, which keeps the homeless with severe mental distress as depository of the ancient treatment of madness based on social exclusion and disciplining. Their virtual dangerousness and their abnormality performed in the public domain constitute the basis for the lack of assistance of substitute services, which end up creating a circuit of chronicity, produced by constant denials of care network. This circuit works as a vector, centripetal, pointing to the segregation of this institutional residue (the dangerous and abnormal "mad homeless") in a psychiatric hospital. We conclude that the PSF-SD is a device that could break the trap of institutionalization of homeless with severe mental distress, in that, acting as extitution, could articulate the network and sustain mental health care relationships and accountability within and in the interstitial space established "between" institutions.

**Key-words:** Homeless with severe mental distress; Family Health Program for Homeless; Institutionalization; Mental Health Network.

## **Agradecimentos**

Esta tese é produto de inúmeras contribuições, materializadas após um longo percurso, que começa desde a minha graduação na Universidade Federal da Bahia. Como seria impossível resgatar todos os atores que participaram ativamente da minha formação, agradeço aqui a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram em minha trajetória como pesquisadora, psicóloga social e militante da saúde mental, e expressamente registro um agradecimento especial àqueles que estiveram diretamente ligados a este projeto:

À equipe do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio, que me acolheu em seu cotidiano, dividindo comigo seu processo de trabalho, e me permitindo participar de todas as atividades realizadas pela equipe. Obrigada por me mostrar que é possível realizar um trabalho ético e extremamente sensível no campo da saúde, fundado no cuidado e na dedicação à população em situação de rua, tão desinvestida e abandonada pela sociedade.

Às pessoas em situação de rua que participaram desta investigação, pela abertura à pesquisa e por dividirem comigo suas histórias e um pouco do dia-a-dia nas ruas.

À Mary Jane Spink, professora e orientadora, que acompanha minha formação desde o mestrado e que cotidianamente vem me gestando como pesquisadora. Não há palavras para explicar o quanto esta tese e eu mesma fomos sendo construídas a partir de sua orientação. Obrigada!

À Lupicínio Iñiguez, por me orientar em Barcelona (em todos os sentidos!) e pela indicação de leituras tão importantes para essa tese.

À Juan Pujol e Marisela Montenegro, por serem meus orientadores no Grupo Fractalidades en Investigación Crítica, na Universidad Autónoma de Barcelona, e por terem contribuído com a leitura crítica do texto.

Aos Professores(as) Maria Cristina Vicentin, Peter Spink, Regina Giffoni e Mônica Lima, pelas contribuições fundamentais para a reescrita da tese realizadas no exame de qualificação e por terem aceitado participar deste momento tão importante, a banca de defesa.

Aos professores do Programa de Psicologia Social e da PUC-SP, pela formação crítica e pela atmosfera de engajamento teórico e político que pude participar.

À Marlene, secretária e anjo, que me salvou a vida acadêmica muitas vezes! Obrigada, obrigada, obrigada! Não haveria a viagem de Barcelona sem sua ajuda e nem minha licença maternidade!

Aos colegas do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, pelas orientações coletivas e discussões animadas durante esses anos, especialmente Juliane Brasilino e George de Luiz (pela amizade).

À Lúcia Lima, amiga do fundo do coração, que tanto sinto saudade hoje. Obrigada pelas conversas sobre a tese, desabafos e pela injeção de ânimo periódica!

À minha mãe, Fátima, minha irmã, Camila, meu irmão, Danilo, e minha cunhada (duas vezes) Nádia, por formarem uma família deliciosa e por me apoiarem nesta trajetória de estudo interminável! A Vovika – saudade, minha vó!

À Fernando, amor de minha vida, por ser companheiro para tudo e por topou embarcar comigo nos projetos mais doidos (doutorado, Barcelona, Salvador, filhos...). Contigo ao meu lado, sinto felicidade todos os dias.

À Luísa, por ser a filhotinha mais gostosa do mundo! E por me ter deixado terminar a tese (de madrugada!), sem muitos choros e manhas. Pelas risadinhas e denginhos que me faziam ganhar meu dia, mesmo tendo virado a noite escrevendo...

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico [CNPq], pelo investimento em minha carreira como pesquisadora.

## Sumário

Lista de siglas.....	1
Lista de gráficos e figuras.....	3
Apresentação.....	4
1. Sobre o desejo de estudar pessoas em situação de rua e minha implicação como pesquisadora.....	5
2. Breve apresentação da estrutura da tese.....	7
Parte I: Como investigar vidas nas ruas?.....	14
Capítulo I: A pesquisa na rua: a investigação etnográfica como recurso metodológico.....	17
1. Objetivos da pesquisa.....	19
2. Participantes e procedimentos.....	20
3. Aspectos éticos.....	25
4. O cotidiano da pesquisa.....	26
Capítulo II: Argumentos construcionistas para uma compreensão do desabrigo: implicações entre ciência e política.....	31
1. Argumentos ontológicos construcionistas.....	31
2. Argumentos epistemológicos.....	38
3. Argumentos ético-políticos.....	40
4. O sujeito e suas práticas de liberdade.....	41
5. Por uma leitura construcionista do desabrigo e das pessoas em situação de rua consideradas loucas de rua.....	44
Parte II: Quem vive nas ruas?.....	49
Capítulo III: O que significa ser pobre e viver nas ruas em nossa sociedade?.....	57
1. Otávio: “sem trabalho, sem nada, na rua” (Desfiliação como efeito da exclusão do trabalho e dos direitos e proteções trabalhistas).....	68
1.1 O Liberalismo e o aumento da desigualdade social – uma equação linear?.....	72

1.2 O Neoliberalismo e o desemprego estrutural: aprofundamento do empobrecimento e informalização da economia.....	74
2. D. Catarina: quando o tráfico de drogas e a violência fragilizam (Desfiliação como efeito da violência e da dependência de drogas).....	75
3. D. Cristina na intersecção: pobre, mestiça, migrante e mulher (Desfiliação por fragilização dos laços familiares e por migração).....	82
3.1 Breve história da indigência no Brasil.....	85
3.2 Políticas sociais destinadas à pobreza a partir dos anos 2000.....	95
 Capítulo IV - Como medir a pobreza e contar pessoas em situação de rua? A emergência da população em situação de rua.....	102
1. Os censos e a emergência da noção de população em situação de rua no Brasil.....	106
2. Os principais resultados dos censos e seu impacto na construção da noção de população em situação de rua.....	112
 Parte III: Como é viver nas ruas?.....	119
 Capítulo V – Como governar o espaço público? A violência e insegurança das ruas e o governo das pessoas que nela habitam.....	121
1. As políticas de segregação e a violência quase institucionalizada direcionadas à pobreza urbana.....	121
2. A cracolândia no alvo das políticas de higienização social do centro de São Paulo.....	125
3. A arte de governar o espaço público.....	133
3.1 Breve história da rua: florescimento da vida privada e esvaziamento da esfera pública....	136
 Parte IV – Quem cuida da saúde das pessoas que vivem nas ruas?.....	150
 Capítulo VI – Qual é a rede de cuidado destinada às pessoas em situação de rua?.....	153
1. O Programa de Saúde da Família Sem Domicílio e seus antecedentes no SUS.....	154
2. As políticas públicas voltadas à população em situação de rua.....	161
3. Como se articula a rede de instituições?.....	168
3.1 A organização das Redes Integradas de Serviços de Saúde: a regulação de fluxos e o sistema de referência e contra-referência.....	178

Capítulo VII – Como vem sendo realizado o cuidado em saúde mental às pessoas que vivem nas ruas?.....	187
1. A reorientação do cuidado e os desafios da desinstitucionalização.....	201
1.1 Desinstitucionalizar ou desospitalizar? Uma reflexão crítica acerca da psiquiatria comunitária.....	202
1.2 Desinstitucionalizar ou desassistir? O papel estratégico do louco de rua.....	210
1.3 Desinstitucionalizar ou desconstruir? O desafio da Reforma na elaboração de um novo paradigma do cuidado territorial.....	232
Considerações Finais: O Programa de Saúde da Família Sem Domicílio como extituição.....	249
Referências bibliográficas.....	267
Anexo 1: Termo de Consentimento Informado.....	280

## Lista de Siglas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACSR	Agentes Comunitários de Saúde de Rua
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPE	Central de Atendimento Permanente e de Emergência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CRATOD	Centro de Referência de Álcool Tabaco e Outras Drogas
CSEBF-AV	Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GCM	Guarda Civil Metropolitana
HSPM	Hospital do Servidor Público Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Índice de Exclusão Social
IML	Instituto Médico Legal
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAS	Plano de Assistência à Saúde
PCC	Primeiro Comando da Capital
PEC	Programas de Extensão de Cobertura
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PM	Polícia Militar
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNDH-3	Programa Nacional de Direitos Humanos
PPC	Paridade de Poder de Compra
PSF	Programa Saúde da Família

PSF-SD	Programa de Saúde da Família Sem Domicílio
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDH/PR	Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República
SEFRAS	Serviço Franciscano de Solidariedade
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TO	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica da Saúde
VD	Visitas Domiciliares

## Lista de Gráficos e Figuras

Gráfico 1: População em situação de rua segundo histórico de internação em instituições, 2007-8 (%).	116
Figura 1: Diagrama do processo de desfiliação social	67
Figura 2: Foto da crackolândia	128
Figura 3: Foto de usuários de crack na crackolândia	128
Figura 4: Abordagem de policiais a pessoas em situação de rua	130
Figura 5: Cidade morta, aqui jaz o respeito.	147
Figura 6: Esquema de visualização da rede de serviços ofertada a pessoas em situação de rua no centro de São Paulo	170
Figura 7: A rede-trama	228
Figura 8: A rede-armadilha	228
Figura 9: Organização de uma Linha de Produção de Cuidados	255

## Apresentação

Como escrever o relato de uma tese, e assim produzir conhecimento e compartilhá-lo publicamente? Quatro anos escritos em um texto – reflexões, pensamentos e interpretações a serem narrados, e que só se constroem e se concretizam no momento mesmo em que vão sendo costurados em argumentos neste relato... Partindo da premissa que este texto ora escrito deve ter a função de compartilhar estas interpretações, com o intuito de que possa, pouco a pouco, dialogar com outras reflexões e pensamentos a serem realizados pelos seus interlocutores, ainda imaginários nesse momento de escrita, decido começar de um modo dialógico, convocando uma leitura que parte de uma reflexão sobre o processo mesmo de realização desta pesquisa.

Indo direto ao ponto, essa pesquisa tem por foco o estudo dos relacionamentos entre pessoas em situação de rua que apresentam experiências de sofrimento psíquico e as rede de atenção e cuidado estabelecidas pela Assistência Social e em especial pela Saúde, voltando-se em particular para as estratégias de enfrentamento elaboradas pelas políticas públicas brasileiras em Saúde destinadas a esta população.

Como sabemos, o tema do viver nas ruas tem sido trabalhado por meio de análises acerca das complexidades envolvidas no surgimento e aumento paulatino das pessoas em situação de rua, tratando-as a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas. A Psicologia Social tangencia as discussões sobre tal fenômeno, geralmente por meio de reflexões de caráter abstrato, distantes da realidade em que vivem essas pessoas e relacionadas à temática da doença mental e muito raramente em discussões sobre a pobreza ou as condições de desigualdade social. Sua tradição crítica em relação às questões sociais associada ao ideal de transformação social pode oferecer contribuições que tenham como princípio ético-político a construção de conhecimento científico voltada para a defesa da justiça social (Spink, P., 2005).

Mas antes de apresentar a estrutura dos capítulos que virão, acredito que uma breve análise de minha implicação com essa temática, com este campo de atuação e de problematização, possa trazer ao leitor maior dialogicidade com o texto ora apresentado. A intenção aqui não é justificar a pesquisa, nem explicar e expor os motivos que incitaram a sua realização, mas começar o texto conversando sobre a minha história de envolvimento com este mundo, com essas pessoas, com as questões por ele suscitadas, com as intervenções experienciadas, com a violência, a privação, o descaso e

negligência cotidianos, que pouco a pouco, foram conformando em meu corpo uma atitude que guiou a presente pesquisa. A ideia é tentar construir discursivamente um relato dessas experiências que de algum modo informam certa atitude “investigativa” que atravessa todo o processo de produção de conhecimento a que me propus, desde as leituras escolhidas, discussões realizadas, práticas e intervenções propostas.

## **1. Sobre o desejo de estudar pessoas em situação de rua e minha implicação como pesquisadora**

Meu envolvimento com a temática da vida nas ruas começou quando ainda estava na graduação em psicologia, na Universidade Federal da Bahia. Na segunda metade do curso, era preciso escolher os estágios, que então indicariam qual a trajetória de disciplinas que a partir dali poderiam tornar-se mais relevantes para a formação. Nesse contexto, não havia na época nenhum estágio em Psicologia Social, ou mesmo qualquer abordagem que estivesse voltada para intervenções destinadas a comunidades ou mesmo a grupos, a partir de perspectiva crítica – na verdade, só havia opções de estágio em clínica individual (segundo diversas perspectivas teóricas) ou em Psicologia Organizacional.

Sendo assim, um grupo de estudantes (em que estava envolvida) resolveu solicitar ao Departamento de Psicologia a criação de um novo estágio na área de Saúde Mental, voltado para a população pobre de Salvador, e que desenvolvesse intervenções de caráter comunitário e territorial, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Com este intuito, um professor do Departamento, Marcus Vinícius de Oliveira Silva fez uma proposta que atendeu exatamente nossas expectativas, em articulação com um CAPS que atendia um distrito pobre da cidade e com o curso de Terapia Ocupacional da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública.

E assim começamos a desenvolver uma nova tecnologia de cuidado interdisciplinar em saúde mental, o Programa de Intensificação de Cuidados, voltado para pessoas de camada pobre da população que já tivessem sido internadas em hospitais psiquiátricos, com o objetivo maior de criar ou fortalecer uma rede de sustentação e vínculo que garantisse o cuidado territorial e comunitário frente a suas dificuldades e sofrimento mental, e evitasse ou mesmo interrompesse o circuito de internação psiquiátrico em que constantemente estavam inseridos.

Nesse Programa, pudemos desenvolver praticamente tecnologias de cuidado que se dirigiam às comunidades e famílias dos usuários (como o acompanhamento terapêutico, a realização de grupos terapêuticos, visitas à cidade – ampliação de seus territórios existenciais –, assessoria à cidadania, etc.) e que nos pôs em contato com uma realidade muito diferente daquela estudada na universidade, nos fazendo pensar em dispositivos de intervenção que levassem em consideração efetivamente as condições de desigualdade social em que nossas sociedades estão estruturadas.

E foi neste contexto que entrei em contato e conheci mais profundamente a realidade da vida nas ruas, ou a ameaça de “cair na rua” que muitas dessas pessoas em sofrimento mental viviam cotidianamente. Um usuário de nosso Programa em especial, a que chamarei Paulo, me ensinou muito sobre o abandono, a violência, o estigma e o desrespeito frente à loucura e à pobreza vividos por ele cotidianamente, que se concretizavam em sua vida em todas as suas relações sociais, desde os laços familiares, às amizades, aos trabalhos temporários (bicos) e aos momentos de bebedeira e revolta.

Frente a tanto sofrimento e privação encarnados no corpo de Paulo, e a todas as implicações sociais que transcendiam imensamente a sua situação concreta e que faziam muitas outras pessoas passarem pelo mesmo sofrimento, a sensação de impotência predominava em mim. Em minha cabeça, não era possível que a Psicologia não conseguisse produzir efeitos que dependessem menos de uma mudança de atitude individual de Paulo frente à sua vida, e se destinassem a transformações efetivas no modo com a sociedade pensa e reproduz as relações de dominação e desigualdade social. Como fazer para que as comunidades se implicassem com essas questões sociais? Como garantir direitos sociais mínimos? Como interromper a clivagem histórica entre normais e anormais, loucos e sãos, pobres e ricos?

Diante desses questionamentos, resolvi aprofundar mais tais reflexões e no Mestrado me dediquei ao estudo de como o estigma se constrói e é reproduzido discursivamente na família e nas comunidades de pessoas consideradas doentes mentais. Neste momento, estava interessada em desenvolver uma abordagem que partisse de uma análise discursiva das conversações cotidianas, para compreender como em nosso dia-a-dia, sustentamos relações de dominação, que reproduzem estigmas e preconceitos de tempo longo em nossas práticas interacionais.

Após quase três anos, relativamente afastada das discussões sobre o viver na rua, resolvemos, eu e um grupo de amigos, constituir um Grupo de Trabalho com o objetivo de mapear, discutir e propor políticas públicas em saúde e assistência social voltadas a

essa população, em um coletivo que agregava quaisquer pessoas interessadas na temática. O GT aconteceu por quatro meses e contou com a participação de mais de trezentas pessoas de diversas categorias profissionais de alguma forma relacionadas às pessoas em situação de rua (principalmente do campo da saúde), mas efetivamente não tivemos contribuições de pessoas que, naquela época, estivessem vivendo suas vidas nas ruas. Contudo, a maior parte das pessoas que participou do GT confundiu com um grupo de estudos ou com um seminário técnico e estavam buscando informações sobre a temática que as auxiliasse em seu trabalho com essa população. O coletivo formado efetivamente em torno da proposta (cerca de quinze pessoas) não conseguiu ter força suficiente para, além de mapear e discutir as políticas públicas, se articular com outros movimentos sociais de pessoas em situação de rua ou mesmo de profissionais que trabalham nessa área, e muito menos contribuir às políticas públicas existentes. De qualquer modo, o interesse pelo tema e o desejo de conhecer mais sobre políticas públicas e sobre o próprio fenômeno do viver na rua falam de certa sensibilidade profissional; o cuidado dessas pessoas cada dia mais vem sendo tarefa de todos, e é preciso entender um pouco mais para saber como atuar.

A escolha desse campo-tema de pesquisa, portanto, não foi acidental e está carregada de expectativas e intenções. Este Doutorado vem, nesse sentido, agregar um desejo de comprometer-me com esse problema social e poder contribuir nas reflexões de âmbito mais sociológico sobre a temática e, principalmente, no aprimoramento de nossas intervenções.<sup>1</sup>

## **2. Breve apresentação da estrutura da tese**

Para adentrar no universo da vida nas ruas e no sofrimento envolvido com as vulnerabilidades que lhe é própria, organizamos esta tese em quatro partes, cada uma orientada por uma pergunta principal: como investigar a vida nas ruas? (Parte I); quem vive nas ruas? (Parte II); como é viver nas ruas? (Parte III); e quem cuida da saúde das pessoas em situação de rua? (Parte IV). São perguntas aparentemente simples, mas que

---

<sup>1</sup> Como as reflexões realizadas na tese não são fruto de reflexão pessoal, mas sim são produto de uma série de articulações e pensamentos coletivos (realizados em especial com minha orientadora, Mary Jane Spink, mas também com colegas do Núcleo de Produção de Sentidos e com os profissionais de UBS e algumas vezes com as pessoas em situação de rua), será utilizada a 3ª pessoa (nós) para enfatizar esse caráter coletivo da produção de conhecimento. O uso da 1ª pessoa (eu) somente ocorrerá para relatar situações do campo vividas pessoalmente.

exigiram uma abertura para diversos campos de reflexão acerca das peculiaridades históricas e atuais das relações estabelecidas entre pessoas em situação de rua e a cidade à sua volta. Tal mergulho neste universo novo e complexo nos apresentou novos modos de enxergar essa “realidade” social, suscitando reflexões que atravessaram diversos campos de saber, entre os quais destacamos a sociologia, a assistência social, a medicina e a psicologia.

A Parte I (Como investigar a vida nas ruas?) destina-se a apresentar os modos como a pesquisa foi realizada, que direções tomou, que perspectivas teóricas a alimentaram, tudo isso para apostar na dialogicidade do texto, na explicitação dos passos de interpretação (Spink e Frezza, 2000). Para realizar uma análise das relações de cuidado entre profissionais de saúde e pessoas em situação de rua em aproximações etnográficas, partimos da reflexão acerca da própria investigação, apresentando os motivos e métodos adotados no processo de construção de conhecimento que nos propomos. Desse modo, começamos o texto com o capítulo metodológico, expondo as perguntas de pesquisa que propomos refletir, os objetivos, os procedimentos adotados, os participantes, as reflexões éticas e o cotidiano da pesquisa. Neste capítulo, é possível compreender como pudemos chegar às proposições aqui relatadas e quais as pretensões que orientam esta investigação.

No Capítulo II, como forma de expor a partir de que perspectiva abordamos e nos envolvemos com a temática do desabrigo, nos posicionamos teórica, epistemológica e politicamente, adotando a perspectiva do construcionismo social. Expomos, nesse momento, uma reflexão teórica acerca dos pressupostos ontológicos que orientam essa tese, informando o modo como compreendemos a “realidade” do desabrigo e da loucura encenada em praça pública. Partimos, em seguida, para uma reflexão acerca dos pressupostos epistemológicos, que versam sobre a produção de conhecimento, a partir da perspectiva construcionista, para então expor os pressupostos ético-políticos que sustentam nosso posicionamento frente ao nosso papel como pesquisadoras em Psicologia Social diante dos problemas sociais (aqui, o desabrigo e o sofrimento psíquico envolvidos com as vulnerabilidades da vida nas ruas). A ideia aqui é enfatizar nosso posicionamento frente à produção de conhecimentos e refletir sobre o papel da ciência (especialmente psicológica) em relação às desigualdades e injustiças sociais e às relações de dominação. Nesta reflexão, cabe também uma apresentação acerca da concepção de ser humano adotada, baseada no pensamento foucaultiano, e sobre as

práticas de liberdade que podem ser exercidas no campo de atravessamentos sociais em que este sujeito está inserido.

A Parte II (Quem vive nas ruas?) destina-se à apresentação de um dos nossos objetos de pesquisa, as pessoas em situação de rua, expondo o discurso que historicamente constrói a imagem do vagabundo, do pobre, do louco, do migrante, da população em situação de rua. No Capítulo III, partimos do questionamento sobre o que significa ser pobre e viver em nossa sociedade ocidental, apresentando os estudos de diversas correntes e tradições teóricas que se debruçaram sobre o desabrigo e a pobreza extrema, partindo dos estudos etnográficos brasileiros, à tradição interacionista americana, para, por fim, apresentar os estudos franceses acerca da desfiliação social, da desigualdade social e das vulnerabilidades relacionadas com a fragilização dos laços familiares e das proteções do emprego. Neste capítulo, integradas às análises teóricas realizadas, apresentamos três casos acompanhados etnograficamente que dialogam com os conceitos e reflexões acerca do desabrigo. A partir das discussões suscitadas pelos casos, discutimos as implicações do Liberalismo para o aprofundamento das desigualdades sociais e da pobreza trabalhadora, apontando tal contexto como importante antecedente para a compreensão do aumento da quantidade de pessoas em situação de rua nas grandes cidades de todo o mundo e concomitante visibilização deste problema como uma questão social. Seguimos, então, a linha histórica que nos leva à reflexão sobre o Neoliberalismo e apresentamos a análise das estratégias de governo próprias do sistema neoliberal, como forma de propor uma reflexão sobre as características da nova pobreza mundial, principalmente com relação ao enfraquecimento dos sistemas de proteção social devido à precarização das relações trabalhistas e certo debilitamento da família como instituição. Como forma de adensar a reflexão acerca do nosso contexto social brasileiro, apresentamos, por fim, a história do tratamento social forjado para o povo pobre brasileiro, partindo de reflexões que articulam as peculiaridades de nosso contexto social e político com os efeitos de exclusão de índios, escravos e trabalhadores rurais e seus descendentes, herdeiros da vida nas ruas. Com este intuito, discutimos as raízes históricas da exclusão brasileira, para enfim refletir sobre as bases da política social atual elaborada para a pobreza extrema.

No Capítulo IV, apresentamos as implicações entre as políticas públicas elaboradas no Brasil para pessoas em situação de rua (especialmente as políticas em saúde) e a abordagem dessas pessoas por meio de um novo dispositivo: a noção de

*população* em situação de rua. O objetivo aqui é refletir sobre como certo perfil geral da população de rua sustenta determinadas políticas públicas no Brasil; e para isso partimos da análise de pesquisas censitárias que elegeram determinadas características de pessoas no afã de delimitar essa população. São discutidos os desafios metodológicos para a realização de pesquisas censitárias desse porte, assim como são apresentados os principais resultados dos censos e suas implicações para a construção da noção de *população* em situação de rua – noção esta fundamental para uma nova abordagem, biopolítica, a este problema social.

A Parte III destina-se a pensar sobre como é viver nas ruas, especialmente atentando para a violência, institucionalizada em políticas públicas ou exercida de modo desordenado, direcionada às pessoas em situação de rua. Para tanto, no Capítulo V, tratamos de certo movimento de higienização social dos centros das grandes metrópoles (que revelam uma política não oficial direcionada aos pobres urbanos) e a violência quase institucionalizada sofrida pelas pessoas em situação de rua cotidianamente, apresentando o caso da cracolândia. A partir desse caso, refletimos acerca das transformações nos modos de governar o espaço público, atentando para os distintos modos como historicamente habitamos a cidade. Nesta reflexão, tratamos do processo paulatino de florescimento da esfera privada e o concomitante esvaziamento da esfera pública, e seguimos tratando do processo paulatino no qual estratégias de governo distintas passaram a ter a rua e as pessoas que nela habitam como alvo de políticas, no sentido de compreender a clivagem histórica entre dois modos de governo específicos das pessoas em situação de rua: a assistência social destinada aos pobres inválidos (que não conseguem trabalhar por conta de uma incapacidade física ou mental) e a política penal e repressiva elaborada para mendigos válidos (aqueles que tem condições físicas e psicológicas para trabalhar, mas que permanecem como pedintes e mendigos nas ruas). Desde aí, seguimos construindo uma breve história do governo dos pobres, cujas raízes encontramos na Europa, em tentativa de compreender os fundamentos atuais da política penal e assistencial elaborada para a pobreza.

Na Parte IV, nos propomos a tratar de quem cuida da saúde das pessoas em situação de rua, partindo da discussão acerca da rede de cuidado elaborada especificamente para essa população. Iniciamos a discussão apresentando as raízes da elaboração do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio [PSF-SD] e seus antecedentes no SUS, partindo do contexto de elaboração e expansão do Programa de Saúde da Família e o desenvolvimento do projeto “A Gente na Rua”. Tal programa,

contudo, faz parte de um conjunto de ações previstos pelas políticas públicas elaboradas para a população em situação de rua, em especial pela Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Após discutir os bastidores do processo de elaboração de tal política (a partir de relatos dos informantes-chave Nina Laurindo e Anderson Lopes), refletimos criticamente sobre seus princípios e o contexto geral, e discutimos as ações estratégicas definidas como agenda mínima necessária em seu processo de implementação, tratando mais especificamente de três áreas: Trabalho e Emprego, Assistência Social e Saúde. Por fim, apresentamos a rede de serviços ofertada a pessoas em situação de rua no centro de São Paulo que pudemos entrar em contato por meio da etnografia realizada, e aprofundamos as reflexões acerca dos desafios do trabalho em redes regionalizadas de saúde, de acordo com as diretrizes elaboradas pelo sistema de regulação de fluxo de atendimento em saúde.

No Capítulo VII, propomos partirmos do questionamento: como vem sendo realizado o cuidado em saúde mental às pessoas em situação de rua? Essa pergunta dispara a necessidade de refletirmos sobre a personagem do louco de rua, sobre os modos como ela vem sendo considerada pela literatura científica e sobre as relações estabelecidas entre ela, a sua loucura e a cidade que a abriga. A loucura encenada nas ruas das cidades, em domínio público, ganha complexidade em termos de análise por conta da intersecção com as muitas vulnerabilidades (afetivas, relacionais, econômicas, etc.) experimentadas por quem vive ou está em situação de rua. O objetivo do capítulo, entretanto, sustenta-se na reflexão acerca do cuidado em saúde mental estabelecido pela rede de saúde pública a partir da articulação interinstitucional acionada pelo Programa de Saúde da Família Sem Domicílio. Para apresentar a problemática da saúde mental e as intervenções delineadas pelas estratégias de cuidado para as pessoas em situação de rua, discutimos três diferentes casos de pessoas em situação de rua em sofrimento psíquico acentuado acompanhados pela equipe do PSF-SD, especialmente discutindo como a rede de saúde mental se portou frente às necessidades de cada um. Cada caso nos permite discutir um modo distinto de pensar e tratar o projeto de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira: como desospitalização, como desassistência e como desconstrução. Cada sentido atribuído ao projeto de desinstitucionalização aponta para distintos desafios enfrentados a partir da reorientação do cuidado em saúde mental proposta pela Reforma – a psiquiatrização das comunidades, e o papel estratégico dos loucos de rua para a crítica da desassistência. Entre a desarticulação da rede de saúde mental e a pouca sustentação do sofrimento

psíquico intenso no território, o louco de rua ainda aparece como depositário do antigo tratamento social destinado à exclusão e disciplinamento da loucura, sua virtual periculosidade e sua anormalidade encenada em domínio público constituem a base para a desassistência dos serviços substitutivos. Trabalhamos, então, com a ideia de um circuito de cronificação (do sofrimento e das relações institucionais de cuidado), produzido pelas constantes recusas de atendimento da rede. Este circuito funciona como vetor, centrípeto, que aponta para a segregação deste resíduo institucional (o louco de rua, perigoso e anormal) em hospital psiquiátrico. E ninguém melhor para assumir a figura do anormal perigoso do que o louco de rua, este que insiste em desafiar os dispositivos de regulação populacionais e disciplinamento, que escapa aos projetos de institucionalização e que permanece expondo sua diferença fundamental bem na cara de todos, na rua, onde não é possível esconjurá-lo ou escondê-lo. Discutimos, nesse momento, o projeto de saúde mental designado aos loucos de rua e a armadilha de institucionalização, que parece responder ao objetivo de administração deste resíduo, ainda segundo os imperativos psiquiátricos que se sustentam segundo a lógica da periculosidade.

Por fim, nas considerações finais, realizamos uma leitura da Estratégia de Saúde da Família Sem Domicílio como extituição (Tirado & Mora, 2004; Tirado & Domènech, 2001; López & Domènech, 2008), ou seja, como uma nova forma social que emerge em nossa atualidade e que rompe com a dualidade dentro-fora dos espaços institucionais e que se assenta em novos tipos de materialidades e sociabilidades para atuar no território e à distância. Desse modo, pretendemos apostar tanto nos vínculos produzidos entre a equipe e seus pacientes, quanto no cuidado exercido no cotidiano nas ruas da cidade como potentes ferramentas de intervenção (inclusive em saúde mental), mas que não dão conta por si mesmas das necessidades referentes à saúde mental das pessoas em situação de rua. Por configurar-se como extituição, o Programa de Saúde da Família Sem Domicílio atua como fluxo de informação e ferramenta de articulação de redes entre diversas instituições, quando estas estão abertas à construção de projetos terapêuticos singulares e à corresponsabilização. Com suas tecnologias leves (acolhimento, vínculo e responsabilização), o PSF-SD pode sustentar a atenção em saúde e saúde mental às pessoas em situação de rua em sofrimento psíquico como uma linha de cuidado *sui generis*, transversal às outras linhas de cuidado (Saúde Materna, Saúde do Idoso, etc.), que permita diversas articulações possíveis entre as instituições de saúde regionalizadas que compõem o cenário da atenção em saúde no território.

Frente aos efeitos de desassistência da rede substitutiva em saúde mental, e aos processos de institucionalização em hospital psiquiátrico que podemos presenciar, retomamos a discussão sobre as estratégias de governamentalidade que orientam as políticas públicas direcionadas às pessoas em situação de rua, atentando especialmente para os interesses políticos que as atravessam. Uma vez que a rede de atenção e cuidado não se articula para atender pessoas em situação de rua com sofrimento psíquico grave ou agudo (ainda orientada pelos dispositivos disciplinares e de segurança frente à periculosidade do louco de rua), discutimos as estratégias de governamentalidade que são aí operadas, incluindo os mecanismos de regulação da população e de segurança, a gestão do espaço e do tempo, a imposição de inscrições mais duradouras e até mesmo de (re)institucionalização (Foucault, 2008a, 2008b). Frente a tal cenário, pretendemos defender o PSF-SD como dispositivo que pode romper com a armadilha de institucionalização do louco de rua, na medida em que, atuando como extituição, pode articular a rede em saúde mental e sustentar relações de cuidado e responsabilização no território e no espaço intersticial que se estabelece “entre” instituições.

## Parte I – Como investigar vidas nas ruas?

### Interlúdio I

*No caminho da UBS, logo após sair do metrô, desci a praça um pouco antes das 08h00 da manhã. Já dentro do metrô a movimentação estava bem grande, e na praça havia gente para todo o lado, lixeiros varrendo a rua, um caminhão pipa com uma mangueira bem grande lavando a praça. Havia outra praça, justo ao lado, que já estava com o chão molhado. Imagino que tenha sido lavada ainda antes – me disseram que eles sempre passam entre 06h00 e 07h00 da manhã e que todos devem pegar suas coisas e sair bem rapidinho se não quiserem tomar um banho gelado de manhãzinha.*

*Hoje especialmente havia muitas pessoas em situação de rua despertadas com seus sacos plásticos – imagino que o caminhão fez bem seu papel. Perto dali, uma fila grande de pessoas em situação de rua me chamou a atenção – cheguei mais perto e vi que havia uma distribuição de pão e café com leite. Além de muitas pessoas apressadas, passando para todos os lados, principalmente perto da saída do metrô, policiais da Guarda Civil Metropolitana andavam calmamente no meio dessa confusão e vários homens entregavam papéis de propaganda e ofereciam serviços de fotografia e atestado médico para quem precisasse tirar documentos em um serviço da Prefeitura próximo.*

*Cheguei à UBS e encontrei com os ACSs já na entrada. Combinei de acompanhar Regina à praça. Lá na UBS, vi que ela não estava se sentindo bem, estava com a pressão um pouco baixa e tinha um pouco de dor de cabeça. Ela preferiu ir à praça acompanhada por Tatiana, a técnica de enfermagem e Pedro, ACS, que iriam fazer o curativo de Pezão.*

*Subimos para a praça devagarzinho, e logo encontramos Dona Luzinete, uma senhora muito bem arrumada, com muitas pulseiras e colares, sentada em um canteiro de uma árvore, junto ao seu carrinho cheio de roupas e pertences próprios. Em volta dela, havia muitas outras pessoas em situação de rua, sentadas nos bancos da praça ou nos batentes das calçadas, com seus grandes sacos, tomando seus cafezinhos.*

*Após uma breve conversa com Dona Luzinete, apareceu atrás de nós Luísa, nervosa e com um andar meio acelerado. Comentou, entre respirações fortes, que a Morena estava morta no banheiro feminino do metrô, o que deixou todos muito chocados e estupefatos. Ninguém sabia o*

*que havia acontecido, se ela havia sido morta por alguém ou tinha passado mal e morrido. Luísa disse que provavelmente tinha sido a “cana” que a matou, já que estava constantemente embriagada. Pedro e Regina passaram bastante tempo tentando lembrar quem ela era, mas não conseguiam, mesmo com as descrições físicas de Luísa. Ninguém sabia seu nome. Uma movimentação em busca de Leonardo, companheiro da Morena, começou imediatamente na praça, alguns homens corriam para um lado e para o outro, aparentemente perdidos. Muitas pessoas passavam em nossa volta, com passos apressados em direção ao metrô. Luísa foi ao posto policial que fica na praça informar sobre o que havia acontecido, mas, segundo Luísa, eles disseram: “graças a deus que ela morreu no metrô, eles resolvem isso por lá”. Luísa voltou revoltada com o total descaso da polícia.*

*Pedro e Regina resolveram ir em direção ao metrô, tentar averiguar o que aconteceu e ver se a Morena era uma paciente da UBS – mesmo a contragosto de Tatiana, que não gosta de ver gente morta. Vimos uma Kombi parada na saída do metrô e pensamos que era o IML, mas estávamos enganados. Quando chegamos à entrada dos banheiros, havia uma movimentação muito grande de gente. Os seguranças do metrô avisavam às pessoas que o banheiro feminino estava interditado, mas os homens entravam normalmente passando pela porta do feminino. Não deixaram Pedro ou Regina entrarem para ver a Morena, mesmo eles comentando que eram ACSs daquela região e mostrando seus jalecos azuis. Os seguranças perguntaram se Tatiana (que estava de jaleco branco) poderia ajudar na reanimação – havia uma equipe do metrô tentando reanimá-la. Ao que parece, ela estava bebendo cachaça desde cedo e começou a sentir-se mal. Foi ao banheiro encher sua garrafinha de água e acabou desmaiando no banheiro. Eles tentavam reanimá-la, sem sucesso. Tatiana disse que não sabia fazer isso e que era apenas auxiliar de enfermagem. Eles não a deixaram entrar, mas ela não conseguiria de qualquer forma – já estava quase passando mal.*

*Na porta do banheiro, encontramos D. Lorena, outra paciente da equipe, que só queria mesmo saber se o resultado de seus exames havia saído. Após algum tempo, chegaram Leonardo e um companheiro de rua, muito abalados. Leonardo estava chorando e parecia estar muito alcoolizado. Pedro conversou um pouco com ele, mas o deixou para que conversasse com os seguranças do metrô que tentavam reanimá-la. Pouco tempo depois, Leonardo saiu meio apressado e nós também, já que a possibilidade de intervenção ao nosso alcance havia se esgotado. Pedro e Regina acharam que ela já estava morta. Voltamos em direção à UBS,*

*com um clima muito pesado, abalados com tudo aquilo. Eles disseram que iriam tentar descobrir quem era ela e, se tivesse sobrevivido, onde a levaram (Trecho de diário de campo, 16/02/2011).*

## **Capítulo I – A pesquisa na rua:**

### **A investigação etnográfica como recurso metodológico**

Começamos o texto com o relato de um dia atípico (para mim e também para a equipe) – não é sempre que eles entram em contato com a morte de uma de seus pacientes. Mas por quê começar com um dia atípico? Escolhemos este relato de campo porque neste dia uma articulação *sui generis* configurou-se entre os muitos atores sociais que contracenavam nas ruas: neste relato, salta aos olhos os diversos relacionamentos emergentes que parecem “naturalmente” se estabelecer nas ruas, nos fazendo pensar sobre os modos distintos de lidar com os acontecimentos que a rua oferece. Os diversos personagens que aí aparecem relacionam-se com esse espaço público do modo que lhes convêm, segundo os papéis que lhes são esperados. Suas performances atendem às expectativas sociais: os lixeiros trabalhando, os trabalhadores da prefeitura lavando o chão das praças, os homens que entregam folhetos, aqueles que fazem propaganda, os pedestres apressados, os policiais em sua ronda, as pessoas em situação de rua tentando sobreviver em filas de doação de comida. A própria situação de haver um caminhão pipa gastando muitos litros de água todos os dias para “lavar a praça” e com isso expulsar as pessoas que ali dormem não parece ser um evento que por si só faça as pessoas interagirem no espaço público de modo a questionar tal situação, extremamente perversa. As políticas públicas que informam e dirigem tal intervenção nem mesmo preocupam-se em disfarçar a lógica da higiene social. Não parecem ser prováveis questionamentos de âmbito coletivo frente a essa questão – as pessoas que ali circulam, suas velocidades e o ritmo de suas necessidades individuais controlam seus comportamentos; elas já não se importam com aquela situação vivida todos os dias. As pessoas em situação de rua parecem silenciadas pela necessidade de sobreviver e pela invisibilidade que ganharam no espaço público – as outras pessoas que passam por ali muitas vezes nem se quer notam sua presença, a não ser quando incomodam ou quando representam uma ameaça.

E neste aparente cotidiano repetitivo de mais uma praça de uma grande cidade do Brasil, mesmo diante de um acontecimento que irrompe e quebra a mesmice dos dias ordinários – como a morte de uma pessoa no metrô –, muitas pessoas continuam suas

trajetórias sem deixarem-se envolver, enquanto outras se abrem, afetadas por essa nova situação. Os profissionais da equipe de saúde, em atitude que contrasta enormemente com o posicionamento da polícia, envolvem-se com o acontecido e adaptam sua agenda às novas demandas levantadas por aquelas pessoas. As cores dos jalecos não importam quando o vínculo é mais importante. Essa é uma clínica do singular, e que se deixa envolver, participa e sente no corpo os efeitos de estar em contato com esse caos que a rua os apresenta. Os profissionais de saúde, especialmente aqueles do Programa de Saúde da Família que conhecem seus pacientes e que mantêm com eles vínculos de cuidado e afeto, aparecem nesta cena de modo diferente. Esta investigação propõe justamente compreender esta relação, que se dá na fronteira entre o espaço público coletivo e os modos singulares em que seus pacientes o habitam e o experienciam em seu cotidiano<sup>2</sup>.

Essa pesquisa tem como proposta a investigação dos relacionamentos entre pessoas em situação de rua (e em especial, quando experimentam sofrimento mental) e os serviços de saúde, atentando para os modos como são estabelecidas redes de sustentação, incluindo recursos sociais, familiares e institucionais. As perguntas que movem a pesquisa são as seguintes:

- Como se configuram as redes de cuidado (especialmente em saúde mental) que emergem das necessidades trazidas por pessoas em situação de rua acompanhadas pela equipe de Saúde da Família Sem Domicílio?
- Quais são as outras redes de apoio que se configuram a partir das necessidades de pessoas em situação de rua (de saúde, de trabalho, relacionais, etc.), especialmente quando apresentam sofrimento considerado como transtorno mental?
- Como é oferecido o cuidado em saúde mental realizado pela equipe de Saúde da Família Sem Domicílio e seus usuários?
- Quais são os efeitos deste cuidado? O sofrimento mental das pessoas em situação de rua é sustentado no território ou é institucionalizado no velho recurso do hospital psiquiátrico?

Partimos da hipótese de que o campo da Saúde, e em especial da Saúde Mental, não tem sistematicamente elaborado tecnologias de cuidado que coadunem com as reflexões relativas à pobreza/pauperização (Telles, 1994) e aos processos de desfiliação

---

<sup>2</sup> A discussão sobre o Programa de Saúde da Família, seus vínculos relacionais com as pessoas em situação de rua e os efeitos do cuidado proporcionado será realizada de modo aprofundado no Capítulo VI.

(Castel, 1993, 2008) (a serem desenvolvidas nos capítulos seguintes). Entretanto, vale ressaltar que experimentações quanto a novas intervenções estão surgindo isoladamente em todo o país, o que indica certa mudança nos processos de trabalho dos serviços de Saúde e Saúde Mental que atendem essa população. Vale a pena citar os Consultórios de Rua, por exemplo, que surgiram na esteira dessas inovações<sup>3</sup>. Porém, a Reforma Psiquiátrica não se voltou mais especificamente para essa parcela da população, e não elaborou um projeto sistemático que apontasse diretrizes de atuação, dispositivos práticos, equipamentos e tecnologias singulares destinadas a uma população que requer cuidados específicos a serem realizados por profissionais que reflitam sobre suas práticas e suas concepções sobre as pessoas em situação de rua, suas necessidades, seus sofrimentos.

## **1. Objetivos da pesquisa**

Propomos-nos a investigar como se configura a rede de atenção e cuidado destinada às pessoas em situação de rua em sofrimento mental pelas políticas públicas, atentando, portanto, para os relacionamentos entre essas pessoas e os profissionais e instituições de saúde. Além disso, a pesquisa tem como objetivo investigar como se articulam as intervenções em Saúde para pessoas em situação de rua, em especial, ao experienciarem sofrimento considerado como sendo da ordem da doença mental. Acompanhar, a partir de situações-problema, como são acionadas redes de cuidado e sobrevivência frente às necessidades de saúde de pessoas em situação de rua, incluindo os recursos familiares, sociais e institucionais acionados, nos permitiu aproximarmos desse fenômeno tão complexo, convocando reflexões acerca dos projetos de normalização e institucionalização que podem perpassar nossas intervenções no campo da saúde, assim como compreender a potência das relações de cuidado, que estão configuradas dentro da esfera da ética, que têm por objetivo potencializar liberdades e empoderar sujeitos.

---

3 Os Consultórios de Rua serão melhor descritos nos Capítulo VI.

## 2. Participantes e procedimentos

Por se constituir como um fenômeno complexo – que admite distintas e por vezes contrastantes versões –, sempre mutável e extremamente relacionado com as nuances da sociedade em que está inserido, tomar o viver nas ruas como foco de estudo oferece desafios ao pesquisador, resistências e transformações que se impõem cotidianamente. Como estudar um campo de transformações e resistências?

Frente a esse desafio, decidimos adotar uma estratégia de pesquisa também móvel, maleável, que permitisse certa adaptação paulatina entre mim, enquanto pesquisadora, os sujeitos da pesquisa (os profissionais da rede de atenção e as pessoas em situação de rua) e o contexto da rua (que por si só exige certa aproximação paulatina e certo respeito aos hábitos e pactos de circulação e de informação). Nesse sentido, decidimos acompanhar durante um ano uma equipe do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio em suas aproximações e relações de cuidado com pessoas em situação de rua, especialmente acompanhando casos de sofrimento psicossocial considerados do âmbito da doença mental.

Assim, além da equipe de Saúde da Família, essa pesquisa contou com a colaboração de pessoas em situação de rua que estavam configurando relacionamentos com redes heterogêneas de cuidado e vínculo no âmbito das políticas públicas voltadas para essa população e que estavam sendo atendidas por serviços de saúde por conta de queixas (próprias ou de terceiros) a respeito de sua saúde mental.

Para compreender as redes de relacionamentos institucionais, sociais e pessoais acionadas por pessoas em situação de rua foram realizadas aproximações de caráter etnográfico como forma de acompanhar o cotidiano dessas pessoas e suas aproximações paulatinas dos serviços de Saúde/Saúde Mental. O método ou desenho de tipo etnográfico foi privilegiado por permitir, segundo Caprara e Landin (2008), o diálogo entre as construções interpretativas do(a) pesquisador(a) e das pessoas estudadas de modo coconstruído, o que coaduna com a orientação construcionista da pesquisa. Para Clifford e Marcus (1986), a etnografia tem como premissa o modelo dialógico, o que permite abandonar qualquer ideal de “pura objetividade”, pressuposto pela autoridade etnográfica, em direção ao desenvolvimento de um modelo polifônico, baseado no diálogo entre o etnógrafo e os participantes de pesquisa, fundamentado em negociações constantes dos significados das experiências das pessoas em interação no campo.

Para Caprara e Landim (2008), é necessário atentar para os posicionamentos envolvidos na relação etnográfica entre pesquisador(a) e pesquisado(a), o que aponta para as diferentes experiências de suas vidas, suas teorias e modos de compreender o mundo, que passam a dialogar no encontro como uma escrita polifônica. Essa atitude exigiu um reposicionamento dos atores ao longo da pesquisa, à medida que o encontro de horizontes permitisse a construção de verdades conjuntas e novas. Desse modo, as interpretações aqui realizadas foram muitas vezes apresentadas e negociadas com os participantes da pesquisa, tanto com a equipe de Saúde da Família, quanto com as pessoas em situação de rua, quando possível<sup>4</sup>. Na escrita do diário de campo, tais versões foram postas em diálogo – o discurso que tenta narrar os acontecimentos vividos está atravessado e atravessa essas versões.

A etnografia é um recurso que permite a aproximação com o *ethos* da rua, com os relacionamentos, as socialidades e as materialidades que compõem esse personagem do mundo moderno (Latour, 1994). Foi preciso seguir, portanto, os modos como os acontecimentos experienciados, em que materialidades e socialidades estão envolvidas, são articulados em conexões de sentido que permitem a emergência cotidiana de pessoas em situação de rua como doentes mentais. Estas situações foram registradas em diário de campo.

Essa aproximação paulatina com um mundo ao mesmo tempo estranho e familiar fundamenta-se muito mais em uma *postura* de investigação (que conta com a interpretação ativa que mescla diferentes perspectivas) do que em técnicas específicas. Segundo Magnani (2002),

o método etnográfico não se confunde nem se reduz a uma técnica; pode usar ou servir-se de várias, conforme as circunstâncias de cada pesquisa; ele é antes um modo de acercamento e apreensão do que um conjunto de procedimentos. Ademais, não é a obsessão pelos detalhes que caracteriza a etnografia, mas a atenção que se lhes dá: em algum momento, os fragmentos podem arranjar-se num todo que oferece a pista para um novo entendimento.

Em suma: a natureza da explicação pela via etnográfica tem como base um *insight* que permite reorganizar dados percebidos como

---

4 A dinâmica da rua nem sempre permitiu que a pesquisadora e a equipe de saúde encontrassem cotidianamente as pessoas em situação de rua nos locais onde costumam dormir. Por estarem sempre se movimentando ou mesmo mudando de localidade, nossas compreensões sobre alguns casos não conseguiram ser compartilhadas com as pessoas em situação de rua. De qualquer modo, todos os casos foram discutidos com a equipe de Saúde da Família.

fragmentários, informações ainda dispersas, indícios soltos, num novo arranjo que não é mais o arranjo nativo (mas que parte dele, leva-o em conta, foi suscitado por ele) nem aquele com o qual o pesquisador iniciou a pesquisa. Este novo arranjo carrega as marcas de ambos: mais geral do que a explicação nativa, presa às particularidades de seu contexto, pode ser aplicado a outras ocorrências; no entanto, é mais denso que o esquema teórico inicial do pesquisador, pois tem agora como referente o “concreto vivido” (Magnani, 2002, p.17).

Este “concreto vivido” pelo(a) pesquisador(a) etnógrafo(a) deve orientar-se, segundo o autor, por uma imersão na cidade (ou no “pedaço” da cidade que lhe cabe) e sobre sua dinâmica, de modo a tentar compreender *de perto* e *de dentro* como seus habitantes se organizam e vivem cotidianamente:

Esta estratégia supõe um investimento em ambos os pólos da relação: de um lado, sobre os atores sociais, o grupo e a prática que estão sendo estudados e, de outro, a paisagem em que essa prática se desenvolve, entendida não como mero cenário, mas parte constitutiva do recorte de análise (Magnani, 2002, p. 18).

Adentramos, portanto, nas práticas cotidianas, concebendo que também no mundo da vida as pessoas utilizam de estratégias em rede para sustentar práticas sociais. Seguir a trilha destas estratégias cotidianas, emaranhadas nos territórios concretos e existenciais vividos pelos habitantes das ruas do centro de São Paulo, nos permitiu acompanhar este fenômeno social (relacionado às pessoas em situação de rua consideradas loucas de rua ou doentes mentais). Seguir *de perto* e *de dentro* (Magnani, 2002) tais movimentos nos permitiu acompanhar os efeitos concretos de políticas públicas, que cotidianamente são engendradas institucionalmente em relação às pessoas que se encontram em situação de precariedade e desfiliação social, vivendo nas ruas.

Quanto ao nosso posicionamento frente às pessoas em situação de rua e aos trabalhadores da equipe de saúde da família que acompanhamos, nos inspiramos na discussão realizada na investigação levada a cabo por Snow e Anderson (1998), sobre a posição de “pesquisador-camarada”. De acordo com os autores, uma aproximação com o universo das pessoas em situação de rua exige certa adaptação e uso de linguagem que facilitem a comunicação e identificação. Assim, no campo me posicionei como camarada, me diferenciando dos profissionais da equipe e oferecendo uma escuta curiosa e atenta à quaisquer conversas que pudessem vir à tona, mesmo que estas à princípio não fossem de interesse direto da investigação ou tivessem a ver com o

questo saúde. De certo modo, posso dizer que atrasei um pouco o trabalho dos agentes comunitários, já que as visitas eram muito mais demoradas quando eu estava presente.

Além disso, a aproximação de pessoas em sofrimento psíquico exige certa abertura à compreensão de mundos e interpretações por vezes difíceis de serem compartilhadas. Somada à vida nas ruas, a experiência do sofrimento psíquico representa um verdadeiro desafio de compreensão e interpretação ao pesquisador(a). Também neste caso, a atitude etnográfica representa uma postura mais dialógica: de acordo com Dalmolin e Vasconcelos (2008), a abordagem etnográfica de pessoas em sofrimento psíquico permite a aproximação com a perspectiva dos sujeitos que vivem esta experiência “a fim de ampliar a compreensão do sofrimento psíquico e estabelecer as próprias relações interpessoais como guia de percurso. A abordagem etnográfica seria útil pela sua tradição em estudos que privilegiam a compreensão dos padrões culturais.” (p. 50).

Acompanhamos, portanto, as íntimas relações entre uma equipe de saúde e pessoas em situação de rua consideradas doentes mentais, vivendo uma parte de seu cotidiano junto com eles. Vale ressaltar que, antes de tudo, foi necessária uma negociação de meu papel como pesquisadora com a equipe. Em uma reunião de equipe, após apresentar o projeto de pesquisa e a proposta da investigação, fui recebida como pesquisadora e assim posicionada. Com a equipe, pude ser introduzida aos seus relacionamentos com os usuários da UBS e também participar dos modos como eles se relacionavam com o mundo das pessoas em situação de rua. Assim, também com elas, pude me posicionar como pesquisadora – meus relacionamentos com elas foram marcados por este posicionamento necessariamente diferente.

Como o universo da rua tem suas regras de convivência, seus pactos e territorialidades, acompanhei no campo a equipe da Saúde da Família somente onde acharam prudente a minha presença, cuidando para que todos se preservassem. À noite, portanto, a pesquisa não foi realizada, mesmo sabendo que o universo das ruas adquire novas características e pactos, exigindo estratégias de sobrevivência bem diferentes das diurnas. Conversas sobre os acontecimentos das noites foram realizadas para que tais situações não fossem negligenciadas.

Esse percurso de pesquisa, experienciado em situações diversas, será apresentado através da discussão de cenas analisadoras e casos acompanhados mais proximamente. Nesse sentido, vale ressaltar que a análise do material discursivamente narrado nos diários de campo através destas cenas e casos fundamenta-se na interpretação – ou seja,

em uma postura que assume que a própria escrita do diário de campo encarna e atualiza os relacionamentos entre os acontecimentos experienciados, a visão de mundo e as leituras político-ontológicas da pesquisadora e dos outros atores sociais presentes. Desse modo, a interpretação não está somente no momento de análise do diário de campo, mas antes mesmo – na própria escrita do diário. Esta primeira escrita, já necessariamente interpretativa, dialogava muito mais com os acontecimentos vividos e com as perspectivas dos participantes. Esta tese nada mais é do que uma segunda interpretação, uma volta a essa primeira narrativa, realizada dessa vez em diálogo mais profundo e mais explícito com o pensamento social, organizada em um argumento que pretende defender dialogicamente, segundo as regras e convenções da academia, algumas reflexões sobre o desabrigo e o sofrimento mental – ou se quisermos ser provocativos, algumas verdades em que aposto.

Durante esse ano de imersão neste campo de saberes e práticas, de regras e hábitos, pudemos acompanhar diversas cenas do relacionamento entre pessoas em situação de rua e instituições voltadas para elas que falam dos modos como estratégias de governo<sup>5</sup> estão sendo conformadas em nossa contemporaneidade. Além disso, pudemos acompanhar de modo mais aprofundado dez pessoas em situação de rua que, por conta de dificuldades e sofrimentos considerados como sendo expressões de doenças mentais, estabeleceram relacionamentos diversos com as redes de saúde e saúde mental. Tivemos acesso também aos prontuários familiares desses dez casos, onde pudemos entrar em contato com diversas perspectivas profissionais e intervenções registradas nesses documentos.

Serão apresentados, desse modo, trechos do diário de campo, onde as nossas interpretações, necessariamente subjetivas, contextuais e relacionais, são pensadas como narrativas de um percurso, de uma trajetória, de uma aproximação com um mundo cujas regras, hábitos e modos de relacionamento foram experienciadas a partir de estranhamentos e familiaridades singulares. Além disso, os trechos de prontuários dos dez casos acompanhados serão convocados para a conversa, pensados como um registro condensado de intervenções e compreensões materializado pelos profissionais que cuidaram de cada caso.

---

<sup>5</sup> A discussão sobre estratégias de governamentalidade será desenvolvida nos próximos capítulos.

Essas cenas e casos estarão integrados, portanto, às análises de cunho contextual e teórico e serão apresentados mesclados ao longo de todos os capítulos<sup>6</sup>. Serão trazidos também para esta conversa trechos de jornais e notícias relacionados ao tema, poemas e fotos – outros discursos que me ajudaram a pensar os modos como são consideradas as pessoas em situação de rua em nossa sociedade.

Nossa pesquisa buscou durante um ano acompanhar o relacionamento entre uma equipe do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio e algumas pessoas em situação de rua, tentando compreender as estratégias exercidas em cada ponto nodal para a construção de versões acerca das pessoas em situação de rua em sofrimento mental, que vão além das versões voltadas à personagem louco de rua quase folclórica de nossa história urbana. Aqui, tentaremos seguir a trilha da atenção fundada nas políticas públicas, assim como buscaremos identificar quais são os outros recursos institucionais, sociais e pessoais acionados como modos alternativos de sustentação.

### **3. Aspectos éticos**

O projeto desta pesquisa foi encaminhado para os comitês de ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde, segundo dispõem as diretrizes do Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196, de 10/10/1996 – “Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”. A submissão do projeto de pesquisa à gestão dos serviços de Saúde para avaliação ética se fez necessária por conta da imprevisibilidade das instituições de atenção a serem acessadas pelas pessoas em situação de rua e da heterogeneidade de gestores que é encontrada na rede de atenção às pessoas em situação de rua. O projeto foi aprovado após avaliação de ambos os comitês de ética e seus pareceres favoreceram a pesquisa nessas instituições da atenção (as quais tomamos conhecimento somente quando passamos a acompanhar os participantes da pesquisa), tendo em vista o cenário diverso composto pela gestão pública municipal e estadual do SUS e seus parceiros de gestão público-privada do Terceiro Setor, entre eles diversas Organizações Sociais de Saúde [OSS] e Organizações da Sociedade Civil de Interesse

---

<sup>6</sup> Usaremos os textos em itálico para facilitar a identificação das análises do campo realizadas.

Privado [OSCIP] geridas por Organizações Não-Governamentais [ONG]<sup>7</sup>, além das instituições geridas pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social [SMADS]<sup>8</sup>.

No campo, tentei, sempre que possível, apresentar a pesquisa a todos os participantes, seus objetivos e procedimentos, a partir do Termo de Consentimento Informado. Infelizmente, os acontecimentos da rua, sua fugacidade e seu caráter imprevisível não me permitiram seguir tais imperativos categoricamente. Nos momentos em que pude me relacionar com eles a ponto de identificar-me como pesquisadora, além de apresentar a pesquisa, foi também oferecido direito de não-resposta, garantia de anonimato e de desistência em qualquer momento da pesquisa, assim como foi solicitada autorização para registro das situações em diário de campo, tudo como de acordo com as normas éticas de pesquisa. Este acordo está registrado em um termo escrito<sup>9</sup>, no qual está explanado o compromisso ético da pesquisa, assinado<sup>10</sup> por todos os participantes da pesquisa, inclusive a pesquisadora. Vale ressaltar que em todas as situações em que isso não pôde ser realizado, um posicionamento ético guiava a minha orientação e postura como pesquisadora, comprometida com a preservação da autonomia e anonimato e com os direitos das pessoas que comigo compunham uma situação social ou um relacionamento no âmbito público. Também na seara da ética em pesquisa, a vida nas ruas nos impõe desafios e é preciso ser sensível a eles, para além de toda burocracia acadêmica.

#### **4. O cotidiano da pesquisa**

Em maio de 2009, após a aprovação nos dois comitês de ética, apresentei o projeto de pesquisa a uma Unidade Básica da Saúde [UBS] da região central de São Paulo e fui muito bem recebida. Para preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, decidimos não divulgar o distrito sanitário em que está localizada. Uma das

---

<sup>7</sup> Esse procedimento garantiu, portanto, que a pesquisa seja acompanhada eticamente pela PUC-SP e SMS, facilitando o acesso da pesquisadora às instituições de saúde geridas por OS ou OSCIP, sem que a pesquisa necessitasse tramitar nos comitês de ética de cada parceiro do terceiro setor, dada a imprevisibilidade das instituições a serem contatadas.

<sup>8</sup> Não há comitê da ética na SMADS.

<sup>9</sup> O Termo de Consentimento Informado encontra-se no Anexo 1.

<sup>10</sup> Algumas pessoas em situação de rua não sabiam ler e escrever. Nestes casos, li o termo para eles e pedi para que fizessem uma marca qualquer como assinatura. Esse inconveniente sempre criava uma situação embaraçosa, uma vez que as pessoas em situação de rua ficavam envergonhadas por não saberem ler e escrever, o que algumas vezes se concretizou em um afastamento inicial.

duas equipes de Saúde da Família Sem Domicílio da UBS aceitou a minha participação cotidiana em seu processo de trabalho e abriu as portas para qualquer solicitação que eu pudesse precisar.

Como forma de contextualizar o trabalho realizado pela equipe e introduzir o cotidiano da pesquisa, penso ser importante apresentar alguns dados relativos à sua organização e forma de trabalho. A equipe de Saúde da Família segue um modelo de composição recomendado pela SMS: uma enfermeira (chefe da equipe), uma médica generalista (clínica geral), duas auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Nesta UBS, que funciona organizada somente por equipes de PSF (e não como ambulatório), existem oito equipes, sendo que duas delas fazem parte do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio, além de um consultório odontológico. Por estar localizada em uma região central da cidade, a demanda de pessoas em situação de rua é tão grande que exige da SMS que diversas UBSs da região destinem parte de seus profissionais para atender somente a esta população.

Como toda equipe de PSF, eles organizam seu processo de trabalho referenciados no território de abrangência de cuidado da UBS, acompanhando os pacientes que residem nesta área. As visitas domiciliares [VD] são o principal instrumento de aproximação da equipe com seus pacientes. Elas geralmente são realizadas pelos agentes comunitários de saúde [ACSs], que todos os dias circulam em suas áreas de abrangência. Cada ACS é responsável pelo cadastramento e acompanhamento de pacientes, que ficam organizados em prontuários familiares. Desse modo, todas as demandas levantadas nas VD são levadas em consideração a partir de uma leitura que não foca somente no indivíduo, mas em sua família. Tais demandas são levadas à equipe, e passam a integrar um projeto terapêutico.

Cada ACS desta equipe atualmente acompanha cerca de 100 a 120 pacientes, o que totaliza cerca de 400 a 480 pessoas acompanhadas pela equipe<sup>11</sup>. Para acompanhar tanta gente, a UBS abre suas portas para demandas espontâneas e marcação de consultas em sua sede, mas também faz rondas periódicas pela região, visitando os domicílios como forma de compreender as necessidades em saúde da população da região.

AS VD podem ser também realizadas pelos ACSs acompanhados por quaisquer outros profissionais da equipe e às vezes até mesmo por profissionais do Núcleo de

---

<sup>11</sup> Esse número varia muito a cada mês, já que constantemente pacientes são descadastrados quando somem, se mudam ou passam a residir em residências, enquanto novos pacientes são cadastrados a medida que passam a se relacionar com os ACS.

Apoio à Estratégia Saúde da Família [NASF]. Este serviço, criado em 2008, tem como função apoiar todas as equipes de PSF da região (incluindo todas as UBSs da Subprefeitura) e conta com profissionais de diversas especialidades, entre eles um(a) assistente social, um(a) psicólogo(a), um(a) psiquiatra, um(a) fisioterapeuta, um(a) terapeuta ocupacional, entre outros. Oficialmente os profissionais do NASF deveriam ser solicitados para discutir com as equipes casos que tragam dificuldade de manejo e cuidado e não se configuram como equipamentos que lidam diretamente com os pacientes. Na prática, muitas vezes tais profissionais acabam por realizar consultas e atendimentos, quando as equipes não conseguem por si mesmas dar conta das complexidades envolvidas em cada caso.

As VD, portanto, são realizadas sempre pelos ACSs, mas podem também contar com outros profissionais. Assim, estes outros profissionais organizam sua agenda entre atendimentos na sala do consultório na sede da UBS e VDs, quando são realizadas buscas ativas de tuberculose (através de exames de escarro), HIV (através de testes rápidos de sangue), hipertensão, etc. Alguns procedimentos, como limpeza de feridas e curativos, também podem ser realizados nas casas das pessoas ou nas ruas, em mocós e invasões, em caso de pessoas em situação de rua.

Para as equipes que trabalham com pessoas sem domicílio fixo, a dinâmica das ruas exige outros modos de trabalho. Os ACSs precisam criar vínculos muito fortes com seus pacientes cadastrados para que possam se aproximar de suas questões, seus problemas, seus hábitos e dificuldades de saúde. A vida nas ruas funciona em um tempo diferente, exige movimentações e deslocamentos constantes, requer outras habilidades relacionais para que as pessoas sobrevivam às violências e necessidades que enfrentam. Como é durante as noites que a maior parte das negociações entre as pessoas em situação de rua acontecem (geralmente relacionadas às drogas, moradias, comércios e sexo), durante o dia geralmente ficam sentados, descansando ou tomando cachaça. E já que as equipes trabalham das 8 às 17h, precisam aproveitar o tempo que têm junto a eles. Por isso, a equipe acaba chegando às 7h na UBS e logo cedo tentam encontrar as pessoas para ainda encontrá-las sóbrias. Quando não os encontram na região onde geralmente ficam, perguntam nas redondezas para outras pessoas em situação de rua ou trabalhadores que os conhecem sobre seu paradeiro e seguem à sua procura. À tarde, a abordagem fica muito mais complicada por conta dessa peculiaridade relacionada principalmente ao uso de álcool.

Além disso, as rivalidades nas ruas, a existência de organizações criminosas que gerem o comércio de drogas e a circulação nos espaços (por exemplo, o PCC – Primeiro Comando da Capital, uma facção criminosa que controla o tráfico de drogas na região metropolitana de São Paulo) e a entrada em regiões que não são permitidas para todos também exigem um “jogo de cintura” por parte dos ACSs, que, como negociadores, precisam lidar cotidianamente com isso. Não é à toa que o Programa de Saúde da Família Sem Domicílio dá preferência à contratação de ex-moradores de rua para serem seus ACSs, justamente para valorizar essa experiência tão distante das pessoas que não convivem com esse universo, cujas regras e hábitos são bem particulares. No caso da equipe acompanhada, apenas um ACS viveu por mais de 20 anos nas ruas (a maior parte do tempo na mesma região onde hoje trabalha) e justamente por isso têm o respeito da equipe e das pessoas em situação de rua da região por possuir outros saberes, fundamentais para esse tipo de trabalho. Os outros três ACSs residiam também na região na época em que foram selecionados, e esse é um dos critérios para ser contratado, já que o conhecimento das ruas e da dinâmica local também agrega conhecimento para suas atuações.

É nesse contexto de trabalho que a pesquisa está inserida. Começamos a acompanhar cotidianamente a equipe, e adotamos uma estratégia para me aproximar das pessoas em situação de rua, a saber, seguir os relacionamentos entre os agentes comunitários de saúde e seus pacientes. Assim, de duas a três vezes por semana durante um ano, chegava à UBS às 7 ou 8h da manhã (a depender do combinado com os ACSs e profissionais da equipe realizado geralmente no dia anterior) e saía às ruas acompanhando um ou dois ACSs. Neste processo, conhecemos muitas pessoas em situação de rua vivendo suas vidas de modos muito diferentes, com necessidades distintas com relação à sua saúde e a outros problemas também abordados pelas políticas públicas (de assistência social, por exemplo).

Os casos relativos à saúde/ doença mental foram mais investidos e acompanhados mais proximamente. Por vezes, consegui acompanhá-los nos encaminhamentos a outras instituições de saúde, quando estava presente nas intervenções realizadas pela equipe. Outras vezes, entretanto, quando não estava presente com aquele ACS e os outros profissionais responsáveis pelas intervenções mais complexas, não consegui acompanhá-los, dada a imprevisibilidade de suas crises públicas e a necessidade por vezes urgente de intervenção. Às quintas-feiras também participei ocasionalmente da reunião semanal da equipe, quando os profissionais

organizam suas agendas, distribuem aos ACSs os resultados de exames a serem entregues aos seus pacientes cadastrados e discutem os casos que lhes trazem maiores dificuldades (geralmente os de saúde/ doença mental ou relativos ao uso de álcool e drogas). O acompanhamento destas reuniões foi fundamental para compreender o planejamento de ações realizado pela equipe e principalmente para vislumbrar como a rede de serviços da saúde, assistência social e segurança pública são acionadas (refletindo junto com a equipe sobre os fluxos previstos pelas suas secretarias e sobre o jogo de negociações que efetivamente acontece quando a rede precisa ser acionada a partir de necessidades peculiares).

Todas essas reflexões foram anotadas em diário de campo e compõem nosso corpo de dados a ser apresentado nos próximos capítulos em cenas e casos experienciados e vividos junto com esta equipe e com algumas pessoas que estão em situação de rua da região central de São Paulo.

## **Capítulo II – Argumentos construcionistas para uma compreensão do desabrigo: implicações entre ciência e política**

A opção de começar o texto apresentando o método de pesquisa está orientada pelo desejo de produzir nos capítulos seguintes um relato que integre as reflexões realizadas a partir das situações concretas experimentadas durante este ano nas ruas do centro de São Paulo com as reflexões realizadas a partir das leituras e análises de autores que se debruçam sobre os diversos aspectos que atravessam nossas discussões. Contudo, antes de iniciarmos essas considerações, acreditamos ser importante refletir sobre nosso papel enquanto investigadoras do campo social e deixar explícitas as concepções metateóricas assumidas (pessoalmente, como membro do Núcleo de Estudos Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mary Jane Spink, orientadora desta tese). Seguindo suas orientações, já não podemos deixar de lado as implicações políticas dos interesses que partem do campo científico, como se estivéssemos alijados do mundo social em que esta mesma ciência está inserida e é dependente para sobreviver. Cabe aqui, portanto, uma explanação dos pressupostos científicos que embasam essa pesquisa, no sentido de expor desde já a perspectiva que informa o tratamento oferecido à problemática estudada nesta tese. Neste intento, descreveremos os argumentos ontológicos, epistemológicos e ético-políticos adotados, que seguem as reflexões construcionistas, assim como nossa concepção de sujeito, de base foucaultiana, para então apresentar como tais pressupostos orientam nossas concepções acerca de um de nossos objetos de estudo: as pessoas em situação de rua consideradas doentes mentais.

### **1. Argumentos ontológicos construcionistas**

Em uma época em que essência e verdade caminhavam de braços dados, a filosofia tinha como tarefa aprimorar os modos como o conhecimento pode re(a)presentar o mundo de modo realista (como tradução ou adequação). Neste contexto e quase um século antes das reflexões realizadas pelo movimento do giro linguístico, Nietzsche semeava reflexões sobre a natureza da linguagem, repensando seu papel

constitutivo sobre a realidade e refletindo acerca de nosso relacionamento com o mundo. Nietzsche propunha que a origem da linguagem é a chave para a compreensão dos modos como construímos conhecimento – para ele, uma série de traduções e metáforas marcam os modos como nos relacionamos com isso a que chamamos realidade exterior.

Em uma análise acerca da linguagem realizada no ensaio “*Sobre verdade e mentira no sentido extramoral*” (1873/1999), Nietzsche propôs que a *palavra*, a princípio, nada mais é do que a “representação sonora de uma excitação nervosa” transformada em imagem e som (representação esta realizada de modo artisticamente criador e arbitrário). Criada para exprimir sensações corporais (ou seja, o relacionamento homem-mundo), a *palavra* não corresponde termo a termo a nada no mundo exterior. Não há, portanto, adequação possível entre as “palavras” e as “coisas”.

A postura construcionista, de base crítica, aguçada a partir destes mesmos pensamentos e a partir das reflexões de autores da filosofia que estavam repensando a linguagem, não se resume, contudo, a considerar que o mundo é uma construção social realizada pelas palavras. Essa seria uma posição simplista, enfaticamente criticada pelos principais autores deste movimento (Hacking, 2001). As condições de existência a que estamos submetidos (entre elas, condições biológicas, sociais, históricas, etc.) nos permitem estabelecer tipos de relação com o mundo que acabam por constituírem-se em práticas que sistematicamente participam dos modos como a realidade é conformada (Ibañez, 2005). Isso significa que as práticas de relacionamento com o mundo (entre elas práticas que incluem a nossa linguagem cotidiana) efetivamente atuam nos modos como a realidade existe para nós, o que não significa dizer que são essas práticas que produzem o mundo a partir de um tipo de relação causal ser humano-mundo ou linguagem-mundo. As palavras de Ibañez são contundentes:

É certo que nosso sistema sensorial e nossos conceitos condicionam o que vemos. Mas, se não tivesse nada susceptível de ser visto, não veríamos nada. Isto é, somente conseguimos alcançar o que é descrito por meio de uma descrição, mas, para poder descrever, tem que haver algo, aí fora, que pode ser descrito (2005, p. 75).

Isso significa dizer que a realidade não pode ser considerada como uma coisa-em-si, extralinguística; nossas práticas cotidianas e linguísticas fazem parte da complexidade com que a realidade se reveste diante de nós (Mol, 1999). Dizer isso não significa considerar que a realidade possui *natureza* linguística, mas apenas que é

impossível prescindir da linguagem. Considerar isso implica em assumir que nem as pessoas, nem o mundo possuem uma natureza determinada; ambos constituem-se em interação através de processos relacionais específicos (Iñiguez, 2003).

Disto resulta uma postura antiessencialista fundamental: em uma perspectiva construcionista, não há como “descer” a qualquer realidade última, em busca de fundamentos que permitam a defesa de determinada verdade, elaborada objetivamente por correspondência ao mundo exterior – não há como tentar compreender a loucura, a doença mental ou a vida nas ruas consideradas como exteriores às nossas significações. A proposta aqui é de abandonarmos a tarefa de compreender qual é o fenômeno por trás de todas as realidades envolvidas no viver na rua, em busca de algo essencial, único e imutável (tarefa geralmente tomada pelas ciências biomédicas a partir de compreensões que tentarão explicar o viver nas ruas a partir de anormalidades bioquímicas a nível cerebral ou genéticas, a nível hereditário).

Em uma perspectiva construcionista, o mundo não possui propriedades intrínsecas, não relacionais; o mundo é responsável por oferecer estímulos aos nossos órgãos sensoriais, e não tem a capacidade de impor o que seria um conhecimento verdadeiro ou falso. Para Ibañez (2005, p. 79), “se o mundo não tem a capacidade de determinar nossas crenças sobre o mundo, ainda menos tem a capacidade de determinar quais dessas crenças são corretas e quais não são”.

São as nossas práticas sociais e linguísticas que permitem que o mundo experimentado por nosso aparato biológico ganhe sentido. A própria noção de corporeidade ganha novo status, uma vez que este corpo, marcado pela biologia e pela cultura, é responsável por relações diferenciadas com o mundo a nossa volta. É somente porque estamos com nossos corpos imersos em comunidades linguísticas que podemos conceber a realidade de modo a compartilhar sentidos coletivos (Iñiguez, 2003). Ibañez (2005), comentando argumentos do relativismo conceitual de Searle, afirma

Só podemos representar e só podemos descrever o que estamos equipados para poder representar ou para poder descrever. Isso significa que nossas representações dependem do sistema conceitual que se encontra a nossa disposição e que nossas descrições dependem do vocabulário, ou da linguagem que manejamos (p. 75).

Além disso, é importante acrescentar que nossa linguagem foi desenvolvida ao longo dos séculos amparada nas nossas condições biológicas e suas relações com o mundo. Desse modo, é em vão a tentativa de conhecer a realidade pré-conceitualizada,

ou, como diria Foucault, ir em busca de referentes pré-discursivos (como a loucura, por exemplo), porque não há experiência humana que consiga despir-se da linguagem e das práticas sociais e históricas em que está imersa.

Voltando ao pensamento de Nietzsche, a vida em sociedade, e os horrores envolvidos nela (a luta pela sobrevivência a que nós, como seres vulneráveis, sem chifres ou presas, estamos constantemente submetidos), acabam por exigir convenções e conceitos comuns, para que a vida em rebanho tenha sucesso. A crença na tradução do mundo em linguagem (em metáforas que a filosofia e as ciências petrificaram sob o nome de verdades) passa então a ser necessária, assim como o esquecimento da dimensão poético-criadora envolvida em cada ato enunciativo.

Nesse processo, as mediações inventivas da linguagem são apagadas e transpostas em regras de conhecimento supostamente rigorosas e descoladas dos corpos em que são produzidas e das relações de poder aí envolvidas, em tentativa de aproximação dos referentes a que supostamente pertencem, fundamentando a busca obstinada pela verdade, ainda hoje perseguida. A verdade, assim, apresenta função protetora à vida em sociedade, e foi estratégica ao longo do processo civilizatório que tinha como imperativo a gregariedade por meio de adestramentos culturais. Desse modo, Nietzsche salienta, antes de tudo, a falta de sentido histórico da filosofia em seu esquecimento do caráter inventivo da relação homem-mundo (através da linguagem). Em nossa busca pela origem, esquecemos que a verdade das coisas está ligada irremediavelmente à verdade discursiva.

Nietzsche considera, portanto, que a verdade é mais um valor moral de nossa sociedade, que serve, acima de tudo, à vida de rebanho, ao laço social, e que não deve jamais ser dissociada da linguagem. A verdade, assim, está sempre ancorada em pactos linguísticos e convenções sociais, que dizem menos das coisas em si, do que da relação homem-mundo (Marton, 2007).

Entretanto, a crítica nietzschiana à dicotomia essência-aparência e à noção de verdade como resultado da aproximação fiel ao mundo exterior não tinha como objetivo postular mais uma teoria ontológica sobre a natureza da realidade ou mesmo defender uma posição epistemologicamente relativista frente à construção de conhecimentos e verdades. Nietzsche propunha um questionamento profundo sobre nossa fascinação frente ao ordenamento do mundo e à racionalidade que acreditamos apurar progressivamente, deslocando o sujeito do conhecimento em direção à criação estética

do mundo e de si, em tentativa de controverter nosso modo de vida em sociedade e a vontade de verdade que rege a todos.

Os deslocamentos que propõe envolvem uma análise apurada dos modos como viemos a ser o que somos, problematizando a hierarquia de valores instituída historicamente pela moral e afastando-nos da busca pelas essências. Sua genealogia da moral não tem como objetivo, neste contexto, ir em busca de qualquer origem, mas sim, daquilo que historicamente foi escondido, esconjurado, de tudo que foi transformado em desprezível e que, portanto, foi excluído dos acontecimentos históricos descritos tradicionalmente. Sua genealogia está à procura das relações de poder que estão envolvidas no processo de constituição dos valores (do bem, da verdade em contraposição ao mal, à mentira ou ilusão) – em análise das íntimas relações da ciência com a sociedade.

Segundo Foucault (1996), a vontade de verdade do ocidente, ou seja a vontade de opor o verdadeiro ao falso que obstinadamente vem sendo perseguida desde a filosofia socrático-platônica, e de maneira mais acelerada a partir do Renascimento, essa busca incessante pela verdade tem implicações sobre o modo de conceber a construção de conhecimento e o próprio edifício do saber estratificado pelas ciências. No interior da ordem de discurso que se centra na noção de verdade como adequação à essência, ocorreu, ao longo do tempo, a nítida separação entre a verdade e o poder (de quem fala), entre o saber e o desejo (de conhecer), tornando artificiais e deletérias quaisquer aproximações da verdade e do saber com o poder e o desejo. Foucault (1996) acredita que essa separação até os dias atuais nos faz ignorar a vontade de verdade que nos motiva a buscar conhecimentos essenciais, neutros e isentos e formatá-los em regimes de verdade com regras quase religiosas. Assim, para ele, é preciso questionar sempre a vontade de verdade que permeia as construções discursivas, as práticas de poder e os regimes de veridicidade, questionando de partida o discurso que afirma que

nem tudo é verdade; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar (Foucault, 1979, p. 113).

Para afastar-se deste projeto moderno em torno da verdade, Foucault propõe seguir *acontecimentos*, ou seja, seguir as cristalizações de séries históricas complexas que aí aparecem (e estar disposto a encontrá-la nos espaços mesmos onde residem). Frente à afirmação de que singularidades não necessárias irrompem em solos históricos específicos, Foucault volta-se para a *verdade-acontecimento* na tentativa de romper com tradições essencialistas, generalizações que buscam metanarrativas da história. Propõe, portanto, um giro no posicionamento adotado pelas ciências, que deveria voltar-se para

Uma verdade dispersa, descontínua, interrompida, que só falaria ou só se produziria de tempo em tempo, onde bem entender, em certos lugares; uma verdade que não se produz em toda parte o tempo todo, nem para todo mundo; uma verdade que não nos espera. Porque é uma verdade que tem seus instantes favoráveis, seus lugares propícios, seus agentes e seus portadores privilegiados (Foucault, 2006, p. 303).

Como afirma Artières (2004, p. 16) ao referir-se ao pensamento foucaultiano, a tarefa do intelectual seria, neste contexto, “diagnosticar as forças que constituem nossa atualidade e que ainda a movimentam”, destruindo as universalidades e evidências e localizando os pontos frágeis e nevrálgicos das relações de saber-poder, suas linhas de força; incessantemente se deslocando em direção à expansão da vida. Essa investigação dialoga com tal reflexão e timidamente adota tal tarefa em direção a uma compreensão do viver nas ruas e dos sofrimentos experimentados pelas pessoas em situação de rua que busca diagnosticar as relações de saber-poder envolvidas nos relacionamentos entre a rede de saúde e cuidado e as pessoas concretas que, em situação de rua, experimentam sofrimento considerado de ordem mental.

Nesta seara argumentativa, propomos uma breve reflexão em torno da noção de *acontecimento* como modo de complexificar a discussão sobre o fazer científico e sobre as políticas públicas ancoradas em relações de saber-poder pertinentes ao campo científico. Por *acontecimento* podemos compreender a emergência de uma conexão entre elementos materiais e sociais dispersos que irrompe em meio a diversas possibilidades momentâneas, e que em uma situação peculiar ganham sentido. Desse modo, segundo Tirado e Domènech (2001), essa seria uma possibilidade de ponderar que essa rede de relações, esses coletivos, podem simplesmente emergir em acontecimentos insólitos, que não estão submetidos a nenhuma lei que os governe e nenhum ordenamento, são simplesmente puro acontecer, caótico e estão associados tanto à sua história, quanto às associações presentes. Portanto, estas configurações

instantâneas e fugazes, cuja composição é mutável e cujas inscrições locais são efêmeras, não permitem antecipação ou previsão e por isso oferecem certa resistência a qualquer racionalização – não há estrutura nessa rede de relacionamentos, somente um simples acontecer.

Segundo Tirado e Mora (2004), há três aspectos relacionados à noção de acontecimento que são dignos de nota: seu caráter *metafórico*, ou seja, a elaboração discursiva e sua imanente produção de sentidos oferecidos por conta desta particular associação entre elementos materiais e linguísticos; seu caráter *narrativo*, ou seja sua relação íntima com o próprio ato de narrar uma situação que irrompe no cotidiano e que faz falar e produzir sentidos; e seu caráter *cotidiano*, ou seja, que não se resume somente ao extraordinário, mas também às situações corriqueiras que podem conectar-se em sentidos comuns e produzir afetação, fala, conexão. Nesse sentido, a própria vida cotidiana pode ser compreendida a partir desta noção: o acontecimento, marcado por suas narrações, posiciona as pessoas frente ao espaço que habitam, a partir de sentidos específicos que emergem por conta de determinadas conexões entre materialidades e socialidades organizadas em um sentido comum.

Essa investigação situa-se justamente na tentativa de compreender a vida nas ruas e seus habitantes a partir de seus acontecimentos. Especialmente, nos atentaremos às *metáforas* elaboradas acerca da vida nas ruas e seus habitantes, ou seja, problematizaremos a construção de sentidos sobre esses acontecimentos realizada pelos atores aí convocados. Além disso, essa pesquisa propõe-se *narrar* esses acontecimentos e refletir sobre essas narrativas (a partir dos escritos nos diários de campo) e assim produzir certa versão sobre eles a partir de uma perspectiva teórico-política implicada, atenta a seus efeitos. Por fim, esta investigação propôs-se a participar ativamente do *cotidiano* das pessoas aí envolvidas, atentando para o extraordinário e também para o corriqueiro.

Voltando à discussão sobre a possibilidade de defender versões de realidades, de defender verdades, a noção de acontecimento complexifica essa problematização, na medida em que pressupõe o inacabado, o imprevisto e o fugaz de toda construção social, de toda verdade. Partimos de pressuposto que os seres humanos são capazes de construir conhecimento sobre esse mundo; conhecimento que, mesmo sem uma fundamentação última que garanta sua aproximação com a verdade (como gostariam os realistas e os objetivistas), pode ser considerado melhor ou pior, mais afortunado ou menos afortunado, mesmo assumindo o argumento relativista. Como? É nesse

momento da reflexão filosófica que vemos a influência do pragmatismo sobre o pensamento construcionista (especialmente, a figura de Richard Rorty), como podemos observar nas palavras de Ibañez (2005):

Se não é o mundo quem causa a verdade de uma crença sobre o mundo e se certas descrições do mundo são, sem embargo, melhores do que outras, é porque estas crenças mostraram-se mais apropriadas para que os seres humanos possam se desenvolver no mundo, e não porque refletem melhor o mundo tal como realmente é (p. 79).

Podemos notar que já estamos adentrando no espaço das discussões epistemológicas sobre a construção de conhecimento. A discussão sobre a natureza instituinte e performativa de nossa linguagem sobre o mundo esbarra necessariamente nessa rediscussão da noção de verdade. Mas o que isso significa em termos estratégicos? Que é preciso oferecer primazia à discussão sobre os aspectos epistemológicos da construção das verdades sobre o mundo? A discussão aqui começa a imbricar pressupostos ontológicos, epistemológicos e políticos, tornando essa divisão artificial, com efeitos apenas didáticos. Mas por hora seguiremos os argumentos epistemológicos, para só então compreendermos a noção de sujeito e suas práticas de liberdade, discussão que aqui nos interessa. A reflexão sobre a verdade é fundamental para o construcionismo e tem importantes implicações nos modos como a ciência deve posicionar-se politicamente.

## **2. Argumentos epistemológicos**

Nesse contexto de discussão, a verdade ganha um *status* diferenciado, uma vez que, apesar de parecer mais volátil (por não se fundamentar em essências últimas), ganha papel formador sobre a realidade que se propõe a descrever. É impossível não assumir então o caráter político que necessariamente está implicado na construção do conhecimento. Desse modo, a verdade possui posição estratégica e não é, de forma alguma, negada ou descartada pela perspectiva construcionista – ela diz respeito a esses *acontecimentos*, que cristalizados historicamente, informam sobre os modos como nos relacionamos com o mundo a nossa volta. A verdade, desse modo, deve ser reinterpretada à luz de seus condicionamentos e os efeitos de realidade que ajuda a produzir. Passa a ser considerada, portanto, condicionada historicamente e relativa aos contextos imediatos de sua produção (Ibañez, 2005). Uma verdade acerca da vida nas

ruas, portanto, pode ser defendida, desde que estejamos atentos aos seus condicionamentos históricos e à sua dimensão poético-criadora (ou seja, aos efeitos – éticos, estéticos, políticos – que ajuda a produzir). Além disso, passa a ser necessário que consigamos dialogicamente defender seus argumentos a partir dessas considerações. Isso significa assumir os riscos de defender proposições como melhores ou mais verdadeiras, tendo em vista o ideal de construção de um mundo mais justo.

Mas o que poderia ser considerado mais justo varia segundo critérios culturais e individuais, assim como a realidade pode ser descrita e performada de diversas formas de modo a alcançar este ideal. Como então escolher entre uma ou outra proposição? Uma posição construcionista apostaria em debates públicos, fundamentados na explicitação da argumentação, ou seja, na necessidade de expor as razões pelas quais nos comprometemos com determinada verdade, com determinada versão de realidade (a serviço de quem e de quê defendemos determinada verdade) (Ibañez, 2005). Isso significa levar às últimas consequências a dimensão dialógica do conhecimento, e sua potência política de articulação de coletivos. A aposta dessa tese fundamenta-se precisamente nessa postura, ela representa justamente esse esforço de debater publicamente algumas versões acerca das pessoas em situação de rua e suas relações com as políticas públicas de saúde, em um esforço de produzir articulações entre atores diversos que juntos possam produzir efeitos de liberdade.

O valor da verdade ganha outro *status*, passa a implicar posicionamentos, defesa de argumentação e mobilização de coletivos. E assim como ele, o valor dos valores, ou seja, a defesa de posições éticas, passa a ser rediscutido. É preciso, mais uma vez, responder à pergunta: uma vez que não há fundamentação última para informar quais são os melhores valores morais a serem defendidos, todos os pontos de vista não são igualmente válidos? Ibañez nos dá algumas dicas:

Se afirmamos, como fazem os relativistas, que os valores não têm outra justificação que não seja das próprias práticas que articulamos para justificá-los, e que não descansam sobre outra base que não seja sobre a decisão de assumi-los, então fica claro que não há outra forma de defendê-los além da que consiste em manter e desenvolver as práticas que os sustentam (Ibañez, 2005, p. 51).

### 3. Argumentos ético-políticos

Frente à ameaça de total relativização da ética, e à acusação de que não é possível a defesa de um ou outro valor moral, a noção de performatividade entra em cena para complexificar a discussão sobre a realidade. Até aqui, havíamos tratado das imbricações entre seres humanos e mundo na construção da realidade tal qual nós a conhecemos e como esta relação permite ser descrita ou conhecida de diversas maneiras, algumas delas podendo ser consideradas melhores ou mais verdadeiras do que outras. A noção de performatividade nos ajuda nessa tarefa. Para Mol (1999), podemos trabalhar com esse conceito na tentativa de tratar a realidade não mais como única, mas como múltipla. Isso significa considerar que diferentes práticas sociais acabam por performar distintas realidades relativas a um mesmo fenômeno, realidades estas que convivem ao sabor dos processos sociais convocados a cada situação social. Nesta tese, distintas versões da realidade do viver na rua serão postas em diálogo a partir das diferentes perspectivas e formas de tratamento social destinadas às pessoas em situação de rua, por diversos atores sociais envolvidos neste campo de saber e poder.

Para Mol (1999), não há como discutir a ontologia sem considerar os processos e as práticas sociais que continuamente estão envolvidos na construção da realidade a partir de sensibilidades diversas aos seus acontecimentos, que aparecem carregados da história do tratamento social e discursivo aplicado em cada contexto. Para a autora, o termo *política ontológica* indica que as condições de constituição da realidade não são dadas de início, ou seja, as práticas cotidianas são responsáveis por conformar a realidade a cada instante como sendo de um modo ou de outro. Realidades múltiplas, portanto, em consonância com ontologias diversas. O termo *política ontológica* salienta este processo ativo de constituição e modelação mútua em movimentos abertos e, de certa forma, imprevisíveis, como a própria noção de acontecimento sugere.

A virada proposta com esta noção rediscute os próprios argumentos construcionistas, já que não mais considera a realidade atual como construída a partir de práticas que poderiam (ou não) ter se dado *no passado* como se deram, resultando atualmente em uma realidade unívoca. Não defende, portanto, a noção de *construção social acabada* (de um fenômeno social, como o viver na rua, ou como o “louco de rua”, que poderia ter se tornado algo diferente, dependendo das condições socio-históricas e das práticas sociais realizadas pelos atores sociais que historicamente

estiveram envolvidos na conformação desta realidade em algum momento e lugar do passado). Para tornar mais claro este argumento construcionista social, importante em um primeiro momento, e que agora está sendo rediscutido, explico: postulava-se que construções de realidades alternativas poderiam ter sido levadas a cabo, mas sempre como alternativas excludentes alocadas no passado. Seria possível afirmar, por exemplo, que os “loucos de rua” não teriam sido assim conformados se, no passado, outros tratamentos sociais e concepções sobre eles estivessem se concretizado.

Já a noção de performatividade implica considerarmos que *alternativas atuais* existem e conformam realidades diversas sobre um mesmo fenômeno *no presente*, dependendo das práticas sociais que estão engendradas *a cada momento*. Desse modo, a noção de “*verdade-acontecimento*” pode contribuir para a compreensão de que relacionamentos singulares que emergem em determinados contextos sociais entre as materialidades e socialidades aí presentes (entre elas, as histórias de compreensões e pensamentos que nos informam sobre essa determinada situação) podem ser linguisticamente conformados de modos diversos e de certa forma imprevisíveis. Nesse sentido, paralelo às pessoas em situação de rua que sofrem por conta de sua situação social, podemos encontrar outras “realidades”, como a consideração dessas pessoas como doentes mentais pelos serviços de saúde, ou, de modo muito diferente, como ativistas do movimento social organizado pelas pessoas em situação de rua, quando estes participam de redes autóctones.

É preciso assumir que as práticas sociais engendradas na performance de determinada versão de realidade constantemente convocam os atores sociais envolvidos, as materialidades e socialidades presentes, a produzir efeitos sobre o mundo e sobre as outras pessoas, efeitos estes que podem estar mais adequados a determinadas formas de vida que consideramos libertárias, justas e boas. E é neste momento que a noção de sujeito/agente ganha a cena da discussão filosófica.

#### **4. O sujeito e suas práticas de liberdade**

Seguir uma postura construcionista significa não tratar o sujeito como uma essência, como um oásis que se situa intocado (Tirado & Mora, 2004), anterior às práticas de significação e constituição do mundo. É preciso seguir os modos de subjetivação que permitiram a emergência do sujeito na nossa sociedade ocidental moderna. Neste intuito, Foucault sugere dois diferentes métodos de alcançar a

constituição do sujeito: 1. por meio da investigação das táticas de objetivação do sujeito – ou seja, por meio da análise da história da emergência dos jogos de verdade – como se articulam os discursos capazes de dizer o verdadeiro e o falso acerca do sujeito – por exemplo, a psicanálise, a medicina, a psicopatologia, a psicologia, etc. – na tentativa de seguir “como se formaram diversos jogos de verdade através dos quais o sujeito se tornou objeto de conhecimento” (Foucault, 1984a, p. 236); e 2. por meio da investigação das táticas de subjetivação do sujeito – ou seja, por meio da análise dos modos como o sujeito aparece como objeto para si mesmo; no intuito de perseguir “a formação dos procedimentos pelos quais o sujeito é levado a se observar, se analisar, se decifrar e se reconhecer como campo de saber possível” (Foucault, 1984a, p. 236).

Suas reflexões criticam tanto os universais antropológicos, quanto o sujeito constituinte ao defender o estudo das práticas concretas de constituição do sujeito e sua relação com o contexto social e histórico específico que se relaciona. Entretanto, Foucault alerta:

recusar o recurso filosófico a um sujeito constituinte não significa fazer como se o sujeito não existisse e se abstrair dele em benefício de uma objetividade pura; essa recusa visa a fazer aparecer os processos próprios a uma experiência em que o sujeito e o objeto “se formam e se transformam” um em relação com o outro e em função do outro (Foucault, 1984a, p. 237).

Isso exige uma análise diferenciada sobre a questão do poder. Neste enquadre, não precisamos analisar as origens do poder, seus princípios e ou limites, mas sim os procedimentos e técnicas utilizados para atuar sobre o comportamento de outros indivíduos, tentando compreender como “formas diversas e particulares de “governo” dos indivíduos foram determinantes nos diferentes modos de objetivação do sujeito” (Foucault, 1984a, p. 238). Para o autor, o poder não se constitui acima dos indivíduos, em formas institucionalizadas e rígidas, como o Estado, por exemplo. Poder rizomático, distribuído em toda malha social, em toda relação social; poder, portanto, microfísico. Por poder, Foucault compreende a relação em que cada um procura dirigir a conduta do outro; noção que implica necessariamente na possibilidade de resistência: se há relações de poder em todo o campo social, é porque há liberdade por todo lado. São estas práticas de liberdade que permitem com que o sujeito se constitua de maneira ativa, através do cuidado de si. Para Foucault,

é preciso distinguir as relações de poder como jogos estratégicos entre liberdades – jogos estratégicos que fazem com que uns tentem determinar a conduta dos outros, ao que os outros tentam responder não deixando sua conduta ser determinada ou determinando em troca a conduta dos outros – e os estados de dominação, que são o que geralmente se chama de poder (1984b, 285).

Este poder rizomático, que se estende por todo o corpo social, depende, portanto, de pontos de resistência, que emanam a partir de indivíduos, cujas condutas estão fundamentadas na liberdade que possuem, na relação consigo e com o outro. Entretanto, é preciso salientar que o cuidado de si, as práticas de liberdade, não são inventados pelo próprio sujeito, mas constituem-se a partir de “esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos pela sua cultura, sua sociedade e seu grupo social” (Foucault, 1984b, p. 276). Portanto, não se trata do tema da liberação das relações de poder a partir de resistências ancoradas em liberdades individuais – isso representaria um risco de voltarmos a considerar que existe “uma natureza ou uma essência humana que, após um certo número de processos históricos, econômicos e sociais, foi mascarada, alienada ou aprisionada em mecanismos, e por mecanismos de repressão” (Foucault, 1984b, p. 265).

A relação do sujeito consigo mesmo, inaugurada no ocidente na Grécia antiga, permite um descolamento das malhas de objetivação que as relações de poder e de saber constantemente tecem sobre os indivíduos. A relação consigo, derivada da relação com os outros e dependente de modos culturais estabelecidos em cada sociedade, acaba por permitir um movimento de subjetivação que possibilita a constituição de si (do sujeito) a partir de práticas que ganham independência do poder/saber e que estão constituídas, portanto, no terreno da liberdade. Deleuze, comentando Foucault, escreve

É como se as relações do lado de fora se dobrassem, se curvassem para constituir um forro e deixar surgir uma relação consigo, constituir um lado de dentro que se escava e desenvolve segundo uma dimensão própria: a *enkrateia*, a relação consigo como domínio, “é um poder que se exerce sobre si mesmo *dentro* do poder que se exerce sobre os outros” (quem poderia governar os outros se não governa a si próprio?), a ponto da relação consigo tornar-se “princípio de regulação interna” em relação aos poderes constituintes da polícia, da família, da eloquência e dos jogos, da própria virtude (Deleuze, 2005, p. 107, grifos do autor).

Considerar que a subjetivação se faz por dobra da força, porém integrada em movimentos de objetivação, de captura do sujeito nas relações de poder-saber, é admitir que os sujeitos podem então passar a se relacionar a partir de posições que, a partir do cuidado de si, garantam práticas de liberdade. Tais práticas influenciam ativamente nos modos como a realidade é performada. Isso garante certo grau de escolha no conduzir-se, e no relacionar-se com os outros, o que efetivamente tem efeitos na realidade a ser construída a cada momento e nos jogos de verdade que serão defendidos.

## **5. Por uma leitura construcionista do desabrigo e das pessoas em situação de rua consideradas loucas de rua**

Como forma de implicar esta investigação com as reflexões aqui defendidas, proponho considerar a situação de viver nas ruas e, principalmente, os habitantes das ruas das nossas grandes cidades considerados “loucos de rua” a partir da perspectiva construcionista aqui apresentada. Desse modo, isso implica em defender uma versão controversa sobre isto a que chamamos loucura e sobre os fenômenos relacionados historicamente com a vida nas ruas, nomeados como “mendicância” e “vagabundagem”, por exemplo. Aqui não trataremos de modo exaustivo tal discussão, que merece muito mais empenho e dedicação – apenas apresentaremos o modo como os pressupostos metateóricos implicam-se com os objetos de nossa investigação.

Com relação ao objeto loucura ou doença mental, Foucault nos convida a mergulhar nos processos históricos cujas raízes e efeitos ainda constituem esses fenômenos. Uma breve análise do processo de medicalização da anormalidade e patologização da loucura aqui nos ajuda nessa empreitada.

Muito concretamente, caminhando na direção de realizar um diagnóstico do presente, Foucault durante alguns anos dedicou-se a analisar os acontecimentos em torno dos quais emergiram determinados procedimentos psiquiátricos que permitiram a objetivação da loucura como doença mental e a ampliação do poder psiquiátrico ao domínio da anormalidade. Entender a história de regimes de verdade psiquiátrica, para Foucault, está longe de ser apenas um exercício historiográfico, constitui-se como uma estratégia de historiografar o presente, de seguir acontecimentos que, pensados enquanto singularidades, constituem processos atuais de objetivação/subjetivação, intimamente conectados com a ampliação do poder psiquiátrico e medicalização da vida, a partir da configuração da figura do anormal como acontecimento singular. Portanto, genealogia

da norma e do poder de normalização da Psiquiatria (e sua relação com o Direito) como base para compreender processos de objetivação/subjetivação do indivíduo moderno.

Os processos de medicalização paulatina da loucura pela emergente Psiquiatria em seu processo de legitimação científica a partir do século XVIII foram analisados por Foucault, na tentativa de compreender as condições em que a loucura passou a poder ser objetivada pela verdade psiquiátrica enquanto doença mental, seu objeto de conhecimento. Nesse sentido, tornou-se necessário para ele compreender como a loucura se inscreveu em jogos de verdade, a partir da análise das condições sóciohistóricas que constituíram a dicotomia verdadeiro/falso, normal/anormal no ocidente, ou seja, compreender os jogos de poder que transformaram a realidade da loucura em verdade ou falsidade, em normalidade ou anormalidade. Como esta é uma discussão já realizada por diversos autores do Movimento Antipsiquiátrico, sistematizada em um trabalho anterior (Lisboa, 2008), não faz sentido retomá-la neste apartado – mas que tudo, vale apostar nessa perspectiva e partir dessa discussão para analisar os modos como atualmente nossa sociedade lida com a loucura e com todos aqueles considerados loucos.

Ao invés de retomar essa história, cabe perguntar-se: como tratar discursivamente o fenômeno nomeado loucura e doença mental? Primeiramente para Foucault, é preciso distanciar-se de considerações puramente realistas sobre a loucura e doença mental, compreendidas como instância individual e biológica, independente de seus contextos sociais e históricos. É necessário afastar-se criticamente da história das representações e percepções da loucura fundamentada na suposição de uma experiência originária a ser interpretada diferentemente de acordo com as épocas. Reflexões sobre a natureza discursiva e construída da realidade fundamentam a crítica à suposta experiência fundamental nomeada loucura e posteriormente doença mental, que supostamente possuiria uma essência, base para a apropriação teórica e institucional. A análise deve configurar-se como “tarefa que consiste em não tratar os discursos como conjuntos de signos (de elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos sobre os quais falam” (Foucault, 2000, p. 66).

A loucura passa a ser considerada, nessa perspectiva, como objeto que surgiu como efeito de práticas discursivas específicas contextualizadas (Foucault, 2006). É necessário, portanto, em uma primeira análise, realizar uma arqueologia das percepções, dos saberes e discursos *sobre* a loucura, seguir o estratificado do saber sobre a loucura

na ciência psiquiátrica, sem “reconstituir o que poderia ser a loucura em si, que teria ocorrido primeiramente como uma experiência primitiva, fundamental, surda, apenas articulada, e que teria sido em seguida organizada (traduzida, deformada, travestida, reprimida talvez) pelos discursos” (Foucault, 2000, p. 64). Foucault insiste que é preciso afastar-se da história do *referente* pré-discursivo loucura, escolhendo, portanto, o caminho menos comprometido com as “verdades científicas”. Foi preciso recorrer, para tanto, ao único *a priori* possível em sua tarefa de reconstituição da captura da loucura sob a égide da doença mental segundo os critérios da verdade psiquiátrica: a história.

E partindo dessas reflexões, Foucault ainda oferece mais um salto, ou inversão, em seu projeto genealógico: em vez de centrar a análise somente sobre as imagens e percepções da loucura (projeto de sua análise arqueológica da história da loucura), é preciso ainda sim se perguntar “em que medida um dispositivo de poder pode ser produtor de certo número de enunciados, de discursos e, por conseguinte, de todas as formas de representações que pode posteriormente daí decorrer” (2006, p. 17). Genealogia do poder psiquiátrico, portanto, análise do não estratificado das relações de poder da Psiquiatria com a loucura. Esta análise volta-se para os *dispositivos* de poder, conceito elaborado por Foucault para auxiliar em suas descrições genealógicas, em sua investida reflexiva sobre as mudanças e transformações ocorridas no campo de forças sociais, que estão para além dos discursos, e que os engloba. Por meio da análise dos dispositivos, Foucault propõe-se a compreender a rede de relações que são estabelecidas entre elementos heterogêneos, dentre os quais podemos destacar, de acordo com Castro (2009), as instituições, os discursos, as arquiteturas, os sistemas de regras, os enunciados científicos, as leis, as proposições morais e filosóficas, o dito e não dito. O dispositivo estabelece a natureza do nexo que é criado entre tais elementos. Além disso, o dispositivo circunscreve uma formação que responde a certas urgências do campo de forças sociais. No caso da loucura e doença mental, frente à urgência em reabsorver a massa da população flutuante, considerada excessiva para a economia mercantilista, o dispositivo psiquiátrico (fundado no manicômio, enquanto instituição disciplinar) aparece como forma de controle-sujeição e também como elaboração discursiva, que aos poucos transforma a loucura em objeto de uma nova episteme médica (a doença mental).

Os acontecimentos referentes ao alargamento do poder de normalização a partir da colonização psiquiátrica da anormalidade que se deram nos séculos XVIII e XIX conformaram os modos como a sociedade contemporânea lida atualmente com a

alteridade julgada normativamente. A própria objetivação contemporânea da função-sujeito dos indivíduos se faz sobre a égide da norma e de seus efeitos de separação e valorização dos indivíduos desviantes frente àqueles que garantem as normas e defendem os valores sociais.

A figura do louco de rua aparece neste contexto de complexidades como habitante dos interstícios de nossas cidades, e adentra a cena sociológica como categoria do imaginário social há séculos e da própria academia, que traz como imperativo a articulação dos campos de saber sobre o sofrimento psíquico e sobre a pobreza extrema, com suas consequências psicossociais para aqueles que experienciam o “mundo da lua” – ou melhor, o “mundo da rua”. O louco de rua é nesse propósito entendido como categoria sociológica que tem efeitos reais para a vida das pessoas assim rotuladas; figura que continua a desafiar a compreensão das pessoas e instituições com que se relaciona, ainda alvo de preconceito, tratado de modo quase que folclórico, sem o necessário cuidado que uma situação de tal delicadeza exige.

De modo contrário às reflexões relativas à história da loucura/doença mental – que tiveram ressonâncias importantes e implicações revolucionárias no campo de saberes e práticas da saúde mental –, a história dos modos como a questão da repressão à vagabundagem, à mendicância e posteriormente à indigência válida foi tratada por nossa sociedade ocidental ainda está distanciada das nossas reflexões acerca desta questão social. Essa reflexão crítica merece uma discussão mais aprofundada, e será realizada em capítulo subsequente, com inspiração, sobretudo, no pensamento de Castel (2009)<sup>12</sup>.

Essa análise representa uma tentativa de compreender como determinados *acontecimentos* históricos ainda participam dos modos como hoje é elaborado e proposto o tratamento social dado a essas pessoas e como são defendidas determinadas verdades sobre este fenômeno. Neste contexto, faz parte de um esforço em compreender como a personagem do louco de rua tornou-se a herdeira do projeto de normalização psiquiátrico, imposto disciplinarmente aos loucos/doentes mentais desde o século XVIII. Novas tecnologias de governo de populações serão aqui privilegiadas em nossa análise dos dispositivos elaborados neste projeto de normalização (Foucault, 1984a) que parte de relacionamentos heterogêneos entre a rede de cuidados e serviços e as pessoas em situação de rua.

---

<sup>12</sup> Essa discussão será aprofundada no Capítulo V.

\*\*\*\*

Na esperança que esta primeira introdução e discussão teórico-metodológica não tenha cansado exhaustivamente, passemos de uma vez às reflexões construídas neste percurso sobre a vida nas ruas.

## Parte II – Quem vive nas ruas?

### Interlúdio II

Dedicamos este interlúdio à história de vida de Luís, o Agente Comunitário de Saúde que me permitiu saber de sua vida e participar um pouquinho dela, e que nos apresentou a um mundo da vida nas ruas que não teríamos acesso se não fosse por tanta generosidade e disposição em dialogar e nos inserir neste universo, tão novo para nós. O texto de sua história foi escrito a duas mãos. A princípio, uma conversa no bar sobre sua vida foi escrita por mim em meu diário de campo. Esse relato foi lido na época para Luís, mas na correria do dia-a-dia não conseguimos um momento para escrever juntos sobre alguns acontecimentos que não haviam ficado claros. Ele me disse que precisávamos tratar melhor alguns pontos e ficamos com essa pendência no texto. Três anos depois, no entanto, por ocasião da escrita da tese, a releitura deste relato produzido a partir do diário de campo gerou novas inquietações e curiosidades. E assim, enviei o texto por e-mail a ele com perguntas que me inquietaram e pedi para ele responder aquelas que fizessem sentido para ele e escrever o que mais quisesse. Também pedi para que ele assinalasse os trechos que não gostou, ou que precisassem ser reescritos ou mesmo deletados.

O texto abaixo é então fruto de uma conversa entre um texto escrito em um diário de campo em 30 de outubro de 2009, a minha releitura feita três anos depois por ocasião da escrita da tese (e enviada por e-mail para Luís) e as respostas de Luís aos novos questionamentos que surgiram neste processo, escritas por ele em outubro de 2012. Para deixar todas essas vozes falarem, decidimos explicitá-las e manter esse diálogo, do modo como ele foi realizado:

*Diário de campo (30/10/2009):*

*Começou a chover de novo e Luís me disse que havia um restaurante que servia um bom café ali bem pertinho. Corremos para lá, embaixo daquela chuva fria, e fizemos uma pausa na busca por pacientes, enquanto as ruas se encharcavam. À nossa volta, todo mundo corria para todos os lados e rapidamente já estava difícil caminhar, com tanta água acumulada. Refugiados no bar, encontramos dois bancos*

*em frente ao balcão e suspiramos aliviados. E enquanto tomávamos o café, Luís começou a me contar sua história de vida, uma história impressionante. Ele já havia comentado que viveu muitos anos na rua, mas eu não podia imaginar tantas situações, tantos riscos...*

*Luís começou sua história dizendo que viveu na rua por mais de trinta anos. Senti o peso dessa afirmação – era uma vida inteira! Olhando para aquele homem, era difícil acreditar que já havia passado tanto tempo. Luís é um homem forte, alto e cheio de vida – não aparenta mais do que trinta e poucos anos. Em nada ele se parecia com as pessoas que estavam ali, dormindo em papelões e tentando sobreviver muitas vezes com restos de comida, muitas vezes com aquele ar de desesperança, que se nota muito facilmente. Luís não, ele era falante e com fome de vida; não é difícil reconhecer que ele realmente acredita na possibilidade de mudança de todos e quer que as pessoas saiam dessa vida. Acho que é essa atitude que contrasta tanto e que me fez estranhar tantos anos na rua.*

*Desde que o conheci, sabia que ele era o único ACS da equipe que havia vivido nas ruas. Por causa disso, sempre o respeitei e percebi rapidamente que aprenderia muito com ele. Definitivamente, nas ruas, era como se ele estivesse em seu habitat natural – ele sabia dos horários onde tudo acontecia, os lugares onde estavam as pessoas, onde o “movimento” estava ativo, quando entrar e sair dos lugares, como negociar na língua das ruas... Me sentia bem segura ao seu lado. E no entanto, naquele dia descobri que todo esse aprendizado foi fruto de muita vivência, de tantas situações difíceis e estranhas para mim, que senti que seria quase impossível compreender como é essa vida... Me senti alijada desse mundo, mas desafiada a entender mais e mais...*

*Luís começou a viver nas ruas bem cedo, aos seis anos de idade, quando saiu da casa de sua mãe no Rio Grande do Sul.*

*Pergunta Milena (outubro de 2012):*

*Por quê você saiu da casa de sua mãe? Aconteceu alguma coisa?*

*Resposta de Luís (outubro de 2012):*

*Gostaria de passar por todas as praias do Brasil. Tinha isto como um sonho na minha vida.*

*Diário de campo (30/10/2012):*

*Aos oito anos, já cheirava cola com seus companheiros de rua para aguentar a vida nas ruas. Eles faziam parte de um grupinho, que funcionava como uma família – todos cuidavam de todos.*

*Pergunta Milena (outubro de 2012):*

*O que faziam para conseguir sobreviver? Trabalhavam nas ruas? Estudavam? Ainda tinha contato com a família?*

*Resposta de Luís (outubro de 2012):*

*Não, a gente pedia (ou, na gíria das ruas, mangueava); a gente não estudava, mas sabia ler e escrever. Eu não tinha contato com minha família, mas era rastreado pelo serviço social. Minha mãe, junto com minha irmã mais velha, fazia contato com todas redes do serviço social disponível. Muitas vezes, o social fazia este contato até por telegrama (nunca vou esquecer).*

*Diário de campo (30/10/2012):*

*Antes de fazer 18 anos foi pego pela FEBEM, e conseguiu fugir dois anos depois.*

*Pergunta Milena (outubro de 2012):*

*Quantos anos você tinha na época? O que fez para ser pego pela FEBEM? Como foi na FEBEM?*

*Resposta de Luís (outubro de 2012):*

*Fui levado para FEBEM várias vezes, mas sempre dei fuga (dos nove anos até os doze); depois fiquei internado até perto de completar meus dezoito anos, aí fugi e nunca mais retornei. Na época, minha família que pediu para eu ser internado, pois temia por minha vida devido às más condutas que eu estava tendo nas ruas.*

*Diário de campo (30/10/2012):*

*Para não ser novamente pego pela polícia, resolveu sair do estado, em direção a Mato Grosso, com uns conhecidos.*

*Pergunta Milena (outubro de 2012):*

*Como saiu do estado? Carona? Foi sozinho?*

*Resposta de Luís (outubro de 2012):*

*Nós andamos por mais ou menos oito meses de carona. Atravessamos os estados de Santa Catarina e Paraná a pé. Caímos no Mato Grosso do Sul, subimos para o norte do Mato Grosso. Tivemos muita dificuldade – saímos em cinco, chegamos em dois. Pegamos muita chuva e frio na região do Paraná. Um morreu – ficou doente, não aguentou e ficou pela estrada. Mais dois que ficaram para traz não aguentavam mais caminhar, não tinham mais forças e nós dois continuamos a nossa aventura. Hoje, quando o filme desta viagem passa por minha cabeça, meu coração chora em silêncio; mas produz um som de uma viagem louca, porque todos nós sabíamos que não seria fácil, custaria muito caro, mas alguém chegaria.*

*Diário de campo (30/10/2012):*

*Lá se envolveu com o tráfico de drogas, principalmente cocaína, fazendo o transporte da droga em barcos.*

*Pergunta Milena (outubro de 2012):*

*Como conheceu as pessoas do tráfico? Foi difícil conseguir esse trabalho?*

*Resposta de Luís (outubro de 2012):*

*Eu era muito forte, tinha um porte físico que chamava atenção. Lá o trafico adotava pessoas como eu sem nenhuma dificuldade.*

*Diário de campo (30/10/2012):*

*E foi neste trabalho que ele viveu situações muito difíceis, que mudaram por completo o rumo de sua vida.*

*No momento em que conversávamos sobre isto, senti que sua voz mudou. Havia tensão e ansiedade e pude mesmo sentir a dificuldade em me contar isso. Eu o ouvia atentamente e tentava respirar devagar, à medida que o mundo de Luís ia se descortinando para mim. Mas eu não podia esperar pelo que viria...*

*Luís, sem muitos rodeios, me contou que o trabalho de transportes de droga em barcos envolve muitos riscos e muita responsabilidade – a morte anda mesmo à espreita pelos rios da região. A princípio, tudo correu bem e não demorou a seu patrão confiar em Luís e sentir-se mais à vontade para pedir trabalhos mais perigosos. Em uma dessas viagens, Luís estava em uma região bastante despovoada da floresta, e topou com ladrões que patrulhavam a região dos rios para roubar a carga. Nessa ocasião, os ladrões foram “cordiais” e somente transferiram a carga para outro barco, o deixando intacto. Apesar desta reação branda por parte dos ladrões parecer suspeita, seu patrão foi compreensivo, e não puniu Luís, apesar do prejuízo que havia sofrido. Afinal, roubo de carga acontecia muito por lá e não havia sido culpa de Luís. Seu patrão o manteve empregado e algum tempo depois ele já estava de volta à ativa, transportando cocaína pelas regiões mais perigosas e despovoadas de Mato Grosso.*

*Foi aí que o jogo virou para Luís. Em outra viagem arriscada, Luís topou com os mesmos ladrões que o haviam roubado anteriormente, mas dessa vez a reação deles não foi a mesma. Como havia mais droga e como Luís poderia recordar de seus rostos, os ladrões resolveram roubar o barco em que ele carregava a cocaína e, assim o deixaram no rio para morrer, em uma região muito perigosa. Ele estava muito longe de qualquer cidade e sabia que seria difícil sair dali. Nessa situação, ele ficou muitas horas com frio e com medo, e sabia que mesmo que conseguisse escapar dali, dessa vez seria difícil seu patrão ser tão compreensivo. Luís me disse que ficou muito chateado com tudo aquilo e dessa vez tentou memorizar os rostos dos ladrões. Ele sabia que não havia o que fazer quanto à polícia, mas havia outros jeitos de lidar com a situação.*

*Pergunta Milena (outubro de 2012):*

*Como escapou?*

*Resposta de Luís (outubro de 2012):*

*Depois de terem feitos vários disparos com armas de grosso calibre, pensaram que eu estava liquidado. Caí na água e o único movimento que eu usava era respirar bem lento para eles não verem que eu estava vivo. Fiquei com um projétil alojado em meu rosto dentro do rio por várias horas, perdendo sangue em pequena quantidade até clarear o dia para me localizar. Aí cheguei até a margem e fui socorrido.*

*Diário de campo (30/10/2012):*

*Assim que voltou à cidade, foi ao encontro de seu patrão e contou o que havia acontecido. Seu patrão ficou chateado, mas não o castigou. Ao invés disso, pediu a Luís que ficasse atento, porque eles precisavam encontrar esses homens e lhes dar uma lição. E essa lição veio mesmo: algum tempo depois, Luís reconheceu um dos homens que o roubaram em um bar da região. Luís foi ao encontro de seu patrão imediatamente e nesse momento, ele exigiu que Luís acertasse as contas ali mesmo. Não havia escapatória – era uma dívida que ele (e mais ninguém) precisava acertar. E assim Luís, que andava sempre com um revólver, foi imediatamente na direção do homem e o matou com um tiro na cabeça. Quando Luís me contou isso, senti a tristeza em sua voz – aquilo foi uma violência também para ele, que marcou sua trajetória e sua vida para sempre.*

*Como nada disso havia sido planejado, Luís ficou com medo de ser reconhecido por algumas das pessoas que estavam no bar e resolveu fugir do estado. Para tentar se esconder, foi morar em Jequié, uma cidadezinha no interior da Bahia. Mas suas tentativas de manter-se fora do alcance da polícia foram em vão. Pouco tempo depois, ele foi reconhecido e preso e então enviado novamente a Rio Branco, à penitenciária local para cumprir quinze anos de prisão.*

*Lá dentro da prisão, um outro mundo se descortinou para Luís. Ele sabia que a prisão era um lugar com regras próprias e que era bem*

*difícil sobreviver ali sem integrar-se ao “movimento” da prisão. Seu plano era simples: lá dentro, ele sabia que deveria tentar sobreviver sem procurar confusão, respeitando as hierarquias e mantendo sempre a boca calada. E o plano funcionou bem. Na prisão, ele conseguiu ser respeitado pelos guardas e pelos outros presos e sobreviver.*

*Com três anos e meio de pena cumpridos, Luís recebeu a semiliberdade, o que lhe permitiu trabalhar na cidade durante o dia e voltar à prisão para dormir. Ele fez isso por mais cinco anos, quando foi solto por bom comportamento. Com essa facilidade de entrar e sair da prisão todos os dias, Luís passou a levar drogas e outras mercadorias para dentro da prisão, o que o tornou bem poderoso no estado. Essa proximidade com as drogas também o tornou viciado, o que foi determinante para seu futuro após a saída da prisão.*

*Luís me contou também que na prisão conheceu um travesti e teve um relacionamento longo com ele (inclusive fora da prisão). Fez questão de ressaltar que não tem nenhum tipo de preconceito com relação às escolhas sexuais das pessoas. Me contou também que hoje em dia ele é casado com outra mulher e tem uma filha de 3 anos. Há 10 anos, conseguiu sair das ruas e não usa mais qualquer droga. Contou também que nunca bebeu, mas que às vezes ainda sente a “fissura” da vida nas ruas e do uso de drogas, mas que tem conseguido se controlar. Sua única recaída: às vezes ainda dorme no chão, por causa do costume (me contou entre risos).*

*Mas antes de sua vida se ajeitar, Luís ainda viveu muita coisa. Depois que saiu da prisão, veio a São Paulo e ficou vivendo nas ruas naquela região onde hoje trabalha como ACS.*

*Pergunta Milena (outubro de 2012):*

*Por quanto tempo? Não conseguiu trabalho?*

*Resposta de Luís (outubro de 2012):*

*Fiquei morando na região central por cinco anos.*

*Diário de campo (30/10/2012):*

*Foi nesse momento que ele se afundou no vício.*

*Pergunta Milena (outubro de 2012):*

*De quê?*

*Resposta de Luís (outubro de 2012):*

*Fazia uso de cocaína e crack.*

*Diário de campo (30/10/2012):*

*Sua vida estava totalmente integrada às ruas – parecia que não havia como escapar de tudo aquilo.*

*Contudo, foi nesse momento que ele conheceu um franciscano, que o ajudou a sair do vício, oferecendo ajuda e um lugar para viver – em um centro de reabilitação de álcool e drogas.*

*Pergunta Milena (outubro de 2012):*

*É isso mesmo? Quem era ele?*

*Resposta de Luís (outubro de 2012):*

*Sim, este cara é para mim, com todo respeito, um anjo filho de deus que foi enviado na hora certa e naquele momento. Sabe uma coisa inédita? Ele abriu novos rumos para minha vida. Até hoje tenho contato com ele. É meu padrinho de casamento.*

*Diário de campo (30/10/2012):*

*Depois de ficar internado por um ano, Luís passou a trabalhar para esse senhor na clínica e achou que poderia ajudar a outras pessoas a saírem dessa vida do crack e das ruas. Há três anos Luís trabalha como ACS e quer publicar sua história de vida como forma de oferecer um motivação para aqueles que se encontram no lugar em que ele ocupou por muito tempo. Sua história, marcada por deslocamentos e reviravoltas, é uma testemunha dos sofrimentos, dificuldades e riscos envolvidos com a vida nas ruas, mas também é um relato vivo de alguém que conseguiu sair das ruas, apesar de ainda carregar suas marcas.*

### **Capítulo III – O que significa ser pobre e viver nas ruas em nossa sociedade?**

Compreender porque o último século foi testemunha de um aumento vertiginoso no número de pessoas que passaram a viver nas ruas envolve um empreendimento que precisa voltar-se para as pessoas concretas, as situações de vulnerabilidade em que se encontram, em tentativa de refletir sobre quem são elas e quais as situações sociais que estão envolvidas no processo de aproximação com mundo das ruas. Esta tarefa requer um primeiro passo: uma reflexão mais aprofundada sobre o cotidiano dessas pessoas, os recursos e estratégias que contam para sobreviver, suas histórias de desvinculações e fragilidades econômicas e relacionais, a cultura de rua a que tiveram que se adaptar e seus modos de vida.

Não é difícil imaginar que muitas são as situações envolvidas nas vidas das pessoas em situação de rua. Em uma só vida, como a de Luís, podemos ver condensados diversos modos de se relacionar com as ruas e distintas estratégias de sobrevivência e recursos institucionais e relacionais acionados a medida que novas necessidades e contingências se apresentam. Essa mescla de situações e relacionamentos com as ruas torna a tarefa de compreender esse fenômeno um desafio ao pesquisador(a).

Os estudos etnográficos brasileiros realizados a partir dos anos de 1980 apontaram que a vida nas ruas das grandes cidades de nosso país envolve estratégias de sobrevivência bem peculiares. Segundo Vieira, Bezerra e Rosa (1992), há pelo menos dois sentidos para a rua: de um lado, a rua é concebida como abrigo temporário para aqueles que pernoitam circunstancialmente em locais públicos; de outro, a rua conforma-se como modo de vida, transformando-se em habitat, a partir de processos de aproximação paulatina. Nesse sentido, as autoras propõem três situações possíveis em relação à permanência na rua:

- “*Ficar na rua*”, caracterizado por um estado temporário de precariedade de pessoas que, sem recursos, não conseguem pagar pensões ou mesmo não encontram vagas em albergues, não se identificando, entretanto, com os “moradores de rua” e sempre estando à procura de trabalhos, mesmo que temporários, para sair dessa situação;

- “*Estar na rua*”, estado em que pessoas acabam por adotá-la como lugar para pernoite, diminuindo suas resistências e não mais a considerando como tão ameaçadora, começando a relacionar-se com outras pessoas que dormem em locais próximos e estabelecer estratégias de sobrevivência, como, por exemplo, frequentar lugares de distribuição de comida;
- “*Ser da rua*”, quando as relações e os espaços públicos da cidade passam a ser considerados espaços de moradia quase que definitivamente, mesmo que ainda frequentemente albergues ou outras formas de abrigo esporadicamente.

Fica claro que as pessoas que vivem nas ruas possuem vínculos diferenciados com os ambientes da família, de trabalho/emprego, comunitários e institucionais, o que torna difícil a tarefa de construir uma definição unívoca de sua situação. Diante dessa dificuldade, tanto as pesquisas quanto as políticas públicas elaboradas para pessoas em situação de rua tomam como base, para sua definição, a situação em que pessoas fazem das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de identidades, vivendo no espaço público praticamente todas as suas relações, principalmente as que convencionalmente são vividas no espaço privado do lar. É por oposição ao espaço privado que a vida nas ruas é assim definida.

Contudo, definir precisamente quem são as pessoas em situação de rua e quais os fenômenos envolvidos não é uma tarefa fácil e envolve o esforço de diferentes tradições do pensamento social.

No Brasil, Abranches (1985) propõe a categoria de *despossuídos* para compreender o fenômeno da pobreza extrema em nosso contexto nacional. Seguramente, todos os habitantes das ruas de nossas grandes cidades entrariam nesta categoria. Para o autor, este fenômeno envolve a destituição dos meios de sobrevivência física, a marginalização no acesso aos benefícios do progresso e às oportunidades de emprego e renda e a desproteção por falta de amparo público e por limitações no exercício pleno dos direitos básicos de cidadania (que deveriam garantir meios de sobrevivência e bem-estar). A destituição aparece em nosso cenário como fruto de medidas macroeconômicas, que operam como vetores de empobrecimento e, ao mesmo tempo, como mantenedoras da situação de extrema pobreza e falta de liberdade: “as pessoas no estado de absoluta carência estão aprisionadas em uma cadeia de privações, oriunda da própria operação da ordem social e econômica, que reduz suas chances reais de acesso a recursos que tornem possível saírem de sua miserável condição” (Abranches, 1985, p. 30).

Este processo de afastamento das posições de poder na sociedade é responsável por fazer da vida das ruas um caminho praticamente sem volta – poucos são aqueles que, como Luís, conseguiram escapar deste estado de carência absoluta. Esta condição de privação extrema leva à resignação e muitas vezes a posturas fatalistas (adotadas inclusive pelas políticas públicas). Esse ciclo da destituição é bem descrito por Abranches:

As famílias pobres apresentam maior incidência de desemprego e subemprego, mobilizam para o trabalho os filhos em idade escolar e aqueles membros em menor condição de trabalhar (velhos, inválidos) e precisam submeter-se, no conjunto, a uma sobrecarga de trabalho para obter renda parca que lhes garanta a subsistência precária. São as imposições da necessidade, que tolhem a liberdade, pois consomem as energias exclusivamente na luta contra a morte. (...) O mito da “cultura da pobreza”, segundo o qual os pobres não melhoram de vida porque não querem, desfaz-se na fria dureza dos dados. Não melhoram porque as oportunidades para fazê-lo são menos acessíveis aos pobres e porque não lhes sobra tempo e espaço para acumular os recursos a que, porventura, pudessem ter acesso. Para sobreviver, consomem mais horas de trabalho, subtraídas ao estudo, ao descanso, ao lazer, à busca de opções de trabalho e renda, ao exercício da criatividade, à ação política, aos cuidados com a saúde. (Abranches, 1985, p. 34-35).

As análises possibilitadas por esta categoria analítica, apesar de oferecerem importantes *insights* sobre o acesso por vezes inexistente a bens e direitos (como a saúde, a educação, as condições sanitárias e de habitação, a alimentação, etc.), ajudam pouco a compreender as especificidades da *vida nas ruas*. Os dados estatísticos utilizados para caracterizar os estados de privação absoluta ajudam a compreender este ciclo de destituição responsável por tolher a liberdade e manter a massa pobre em condições tuteladas e cada vez mais dependentes de programas sociais para conseguir sobreviver. Contudo, as características da vida nas ruas distinguem este modo de vida daqueles que ainda contam com a proteção de um lar e de laços familiares, mesmo que em estado de pobreza. Para nós, torna-se fundamental compreender os processos sociais, econômicos e relacionais por meio dos quais algumas pessoas desfiliam-se ao

extremo, a ponto de romper com laços familiares e com as mínimas condições de habitação e de renda.

Aproximando-se mais especificamente das pessoas em situação de rua, encontramos a categoria *descartáveis urbanos* proposta por Varanda e Adorno (2004) para ressaltar a aproximação paradoxal entre pessoas descartadas pela sociedade e sua função como catadoras de lixo. No cerne desta concepção encontra-se a noção de descarte: nossa sociedade vem incrementando a produção e descarte de materiais recicláveis industrializados, ao mesmo tempo em que mais e mais pessoas são tratadas como descartáveis socialmente, uma vez que não podem comportar-se como consumidoras desta mesma sociedade industrial. Paradoxalmente, são essas mesmas pessoas descartáveis que acabam por assumir uma importante e nova função no campo social: como catadores de lixo reciclável, essas pessoas conquistam uma função, e conseguem assim sobreviver e inserir-se novamente no jogo social, mesmo que no limite. Mas sua presença na sociedade não deixa de ser descartável – atados à condição de catadores, sua sobrevivência depende desta ocupação e da disponibilidade de lixo. Segundo Varanda e Adorno (2004), é por conta desta aproximação cotidiana com o lixo e sua dependência intrínseca que certa internalização deste lugar como descartável acaba por ocorrer.

Também Bursztyn (2000a) aponta a inclusão perversa que incide nesta pequena parcela de pessoas em situação de rua. Para o autor, os catadores de lixo seco constituem o grupo mais bem-sucedido entre as pessoas que vivem nas ruas. Eles desempenham uma atividade que está incluída no circuito econômico oficial da cidade, vivem em coletivos, em regiões próximas ao centro da cidade e dos lugares onde o lixo é abundante. Em geral, possuem carroça (e, com sorte, cavalo) e muitas vezes contam com vínculos familiares – grupos mais ou menos extensos que se agregam em torno da catação. A renda familiar destes grupos, segundo o autor, gira em torno de 2 a 3 salários mínimos, o que representa a possibilidade de viver relativamente bem, mesmo que nas ruas. Devido a esse rendimento, considerado alto, muitas são as pessoas que vêm se aglomerando nesta função – o que vem sendo traduzido em uma diminuição do lixo catado por família e a tendência de decréscimo desta renda familiar. E é aqui que aparece uma nova categoria dos descartáveis: os sem-lixo.

Contudo, o autor não se contenta em estudar somente a situação social ligada à catação de lixo reciclável. Para Bursztyn (2000a), é preciso prestar a atenção à desnecessidade implícita no tratamento social oferecido a todas as outras pessoas em

situação de rua que não conseguem inserir-se no mercado informal, mesmo que marginalmente.

Em pesquisa realizada em 1997 em Brasília com pessoas em situação de rua, Bursztyn e Araújo (1997, citado por Bursztyn, 2000b) investigaram pessoas em situação de rua, especialmente suas relações com o trabalho, suas estratégias de subsistência, suas vinculações sociais, suas expectativas e visões de mundo. A partir daí, propuseram uma tipologia, cujas categorias permitiram, segundo os autores, diferenciar doze grupos com traços bem particulares: catadores de lixo seco; trabalhadores de rua (flanelinhas); albergados; catadores nômades; sem-lixo e sem-teto mais ou menos sedentários; sem-lixo e sem-teto errantes; catadores complementares; andarilhos; pivetes; foras-da-lei, hippies e pedintes de natal. Tal quadro descritivo ajuda a caracterizar as muitas nuances que o desabrigo assume em nossa sociedade e nos auxilia a compreender as diferentes funções sociais que o povo de rua adota, nos obrigando a admitir os processos de inclusão perversa que os mantêm nos limites de sobrevivência de nossa sociedade.

Assim como a pesquisa realizada por Bursztyn, alguns investigadores que se afinam com o pensamento sociológico inspirado pelo Interacionismo Simbólico tentaram compreender, a partir de perspectiva interpretativa, a experiência do desabrigo em suas múltiplas dimensões. Eles interessam-se pela compreensão das subculturas de rua, dos modos de vida e das estratégias de sobrevivência desenvolvidas pelas pessoas em situação de rua. Essa diversidade de circunstâncias foi estudada mais atentamente por Snow e Anderson (1992), ao aproximarem-se de situações de desabrigo em seu contexto, os Estados Unidos. Tais autores estudaram mais atentamente as dimensões relacionadas à *residência*, ao *apoio familiar* e aos *valores morais e de dignidade* adotados ao longo do processo de adaptação às ruas.

Em ampla pesquisa, de caráter etnográfico, realizada em Austin (Texas) em meados dos anos de 1980, os autores propõem uma tipologia para as pessoas em situação de rua, a saber: os “recém-deslocados”, os “vacilantes”, os “andarilhos”, os “mendigos” e os “doentes mentais”, considerando que cada tipo (analítico) apresenta comportamentos e culturas de rua próprios, estabelecendo estratégias de sobrevivência peculiares. Esta tipologia foi elaborada para compreender as subculturas de rua, ou seja, os comportamentos distintos que foram sendo adquiridos à medida que as pessoas passaram a viver nas ruas. Isso implica em considerar tais comportamentos subculturais como adaptações a necessidades conjunturais de acordo com o tempo em que se está vivendo nas ruas.

O que esses indivíduos situados de modo semelhante têm em comum não é um conjunto forte e reconhecível de valores, mas um destino compartilhado e a determinação de se virar tão bem quanto possível. Essa situação comum e os problemas de sobrevivência associados a isso podem fazer surgir um conjunto identificavelmente singular de comportamentos, rotinas cotidianas e orientações cognitivas que podem desse modo ser interpretados como uma subcultura, ainda que limitada ou incompleta. (Snow & Anderson, 1998, p. 77).

Para investigar tais subculturas, os autores propuseram oito variáveis a serem estudadas, consideradas por eles como dimensões de *estilo de vida*, dimensões *cognitivas* e *temporal*; a saber:

1. Dimensões de estilo de vida: Trabalho e subsistência (remunerado de um dia, venda mercadorias e serviços, venda de plasma, mendigar, catar lixo, roubo, suplementos de renda – programas sociais); Raio de ação/mobilidade (interestadual, intermunicipal, intramunicipal); Esquemas para dormir (abrigo, rua); Uso de substâncias psicoativas (uso de álcool e drogas).
2. Dimensões cognitivas: Fala identitária; Aceitação, Conversa/planos de sair da rua.
3. Dimensão temporal (tempo nas ruas).

Essas dimensões foram avaliadas para cada tipo proposto de pessoa em situação de rua, o que nos oferece um quadro bastante denso e descritivo desta população na cidade de Austin e suas características e modos de vida. Entretanto, como bem advertem os autores, a tipologia proposta não pode ser adequadamente compreendida separadamente do contexto em que ela ocorre, o que nos traz a questão sobre a possibilidade de generalização. Com boas descrições densas e contextualizações, os autores propõem outra perspectiva para compartilhar seus resultados: a possibilidade de uma generalização naturalística. Se estatisticamente suas interpretações podem não ser completamente generalizáveis no sentido convencional, por outro lado, elas permitem que os leitores possam compreender profundamente o contexto estudado e assim identificar semelhanças e diferenças ao comparar este contexto com outros possíveis. Assim, pressupostos e generalizações dos autores podem dialogar com os conceitos e contextos dos leitores, e, desse modo, novas interpretações podem ser realizadas. Além disso, tais estudos oferecem mais uma vantagem: eles são especialmente importantes, na

medida em que se acercam das perspectivas das próprias pessoas em situação de rua, e ajudam, portanto, a compreender os seus cotidianos, assim como as suas necessidades.

Em suas palavras:

Se um estudo etnográfico de caso pode alargar o arco de solidariedade e o universo de discurso de seus leitores ao mesmo tempo que estimula a reconsideração ou a extensão de pressupostos teóricos existentes, então ele deve ser julgado um esforço que vale a pena. (Snow & Anderson, 1998, p. 65).

O desabrigo (*homelessness*) é foco de muitos estudos realizados nos Estados Unidos – o que implica em diversos modos de concepção acerca desta situação social, desde perspectivas mais culpabilizantes e medicalizadas, até concepções mais sociológicas (como a elaborada por Snow e Anderson, brevemente descrita acima). Para nós, além desta perspectiva etnográfica, destaca-se uma outra, que se denomina *ecológica*, e que trata a questão de um modo mais complexo. De acordo com Morse (1992), tal concepção tenta compreender o viver nas ruas a partir de diversas variáveis, afastando-se, portanto, de uma perspectiva de culpabilização individual – *blaming the victim*. Segundo tal perspectiva ecológica, é possível pensar nas causas do desabrigo a partir de seis diferentes níveis: cultural, institucional, comunitário, organizacional, grupal e individual. Tal autor congrega diversos estudos que são convocados por ele nesta perspectiva de complexificar a questão, incluindo distintas variáveis envolvidas com a aproximação paulatina das pessoas com a vida das ruas.

Para Morse (1992), entre as causas *culturais* do desabrigo elencadas na década de 1990 nos Estados Unidos, destaca-se a discriminação racial (o que explicaria a existência desproporcional de minorias étnicas entre a população em situação de rua), e os preconceitos enfrentados por pessoas em sofrimento mental ou em uso problemático de álcool e substâncias psicoativas. Além disso, há autores que ressaltam o papel do preconceito generalizado às pessoas em situação de rua, consideradas como preguiçosas e vagabundas – o que acaba sendo refletido em poucas iniciativas de políticas públicas em criar serviços e programas sociais direcionados ao enfrentamento do desabrigo.

No que tange o nível *institucional*, segundo o autor, são levantadas causas econômicas, relativas ao incremento da pobreza e da desigualdade social a partir do aumento das taxas de desemprego e da recessão econômica, além do problema, bastante crônico, da falta de programas de habitação de baixo custo no contexto dos Estados Unidos (diante da especulação do mercado imobiliário). Além disso, como causas

relativas ao nível institucional, Morse (1992) ainda faz referência aos cortes em programas de transferência de renda no campo da Assistência Social, que eliminaram importantes fontes de renda de famílias inteiras (como 350.000 beneficiários que foram eliminados do *Social Security Disability Income* na década de 1980). Há ainda aqueles autores que comentam sobre o papel das políticas de saúde mental, particularmente aquelas relativas à desinstitucionalização, que, segundo o autor, não contavam (na década de 1990) com uma rede de serviços substitutivos (como as residências terapêuticas) capazes de abrigar egressos de hospitais psiquiátricos e mantê-los fora das ruas<sup>13</sup>. Estes estudos, realizados na década de 1980, apontam também que os serviços criados para usuários de álcool e outras substâncias psicoativas também mostravam-se insuficientes nesta época, assim como os serviços de apoio a ex-presidiários (que somam uma pequena parcela de pessoas em situação de rua neste contexto).

No nível *comunitário*, Morse (1992) comenta sobre a conversão de bairros pobres e a sua transferência para conjuntos habitacionais de baixo custo para as periferias, o que fragiliza as relações comunitárias e afrouxa os vínculos, favorecendo a permanência de alguns de seus moradores na região em que antes viviam, mesmo que nas ruas.

No nível *organizacional*, o autor destaca a exigência de um endereço fixo realizada por muitas organizações e serviços (inclusive quando se procura um emprego). O endereço fixo é exigido até mesmo para conseguir inscrever-se como beneficiário de alguns programas sociais – o que muitas vezes configura-se como uma situação paradoxal: incapazes de pagar um aluguel até receber um auxílio financeiro, muitas pessoas não conseguem inscrever-se nos programas e acabam caindo em situação de rua. Além disso, há também o problema crônico de falta de vagas em serviços de acolhida de Assistência Social (como albergues e abrigos públicos) e Saúde (como residências terapêuticas) e da precária acessibilidade de programas e serviços destinados às pessoas em situação de rua (muitas vezes disponíveis apenas nas periferias das grandes cidades).

No nível *grupal*, Morse (1992) relata estudos realizados que apontam para o papel das experiências familiares de rompimentos vinculares para o desabrigo (e aqui, ressaltamos a relação existente entre a fragilização de laços familiares e a aproximação com a vida nas ruas). Divórcios e separações, segundo o autor, estão muitas vezes

---

<sup>13</sup> Discutiremos no Capítulo VII o papel conservador deste argumento (que à princípio justifica a crítica ao projeto de desinstitucionalização, sustentando que os egressos de hospitais psiquiátricos não conseguem ser apoiados suficientemente pela rede de saúde mental do território e acabam vivendo nas ruas).

relacionados com tal situação e podem configurar-se como o pontapé inicial da situação de rua.

Já no nível individual, Morse (1992) comenta diversos estudos que afirmam a imbricada relação da situação de rua com algumas características pessoais: como o uso abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas, saúde debilitada, sofrimento mental, escolha pessoal, etc. É aqui que aparecem os estudos de culpabilizam os indivíduos por sua situação de rua, geralmente fundamentados em uma perspectiva biológica que compreende a vida nas ruas como expressão patológica de uma doença mental latente.

Já os estudos franceses sobre a população em situação de rua não se contentaram em explicar a vida nas ruas, pensando em variáveis que poderiam causar o desabrigo. Para eles, era preciso refletir sobre as raízes da desigualdade social, sobre as razões sociopolíticas e econômicas que determinam o destino social da camada mais vulnerável da população, camada esta que se expande cada vez mais no contexto do neoliberalismo. Estes estudos vieram no bojo das reflexões sociológicas conceituais sobre desigualdade social, pobreza e exclusão social.

O tema das desigualdades tomou a cena sociológica a partir das contribuições de Pierre Bourdieu e da Sociologia Urbana francesa, que deu destaque aos processos de acumulação de bens e capitais e de diferenciação e hierarquização de classes sociais (Bourdieu, 1997). Tais reflexões foram responsáveis por uma crítica mais profunda aos estudos sobre a pobreza, antes preocupados em definir quem são os pobres em oposição aos ricos, a princípio segundo critérios quantitativos, e, posteriormente, em perspectiva estruturalista, definindo-os a partir da distância em relação às normas da sociedade em geral, fazendo referência ao conceito de classes sociais (Paugam, 2003).

As reflexões sobre as situações de pobreza ganharam em profundidade a partir do momento em que se dedicaram à exclusão social como efeito de processos concretos e atuais (e não somente históricos) (Paugam, 2004). Desse modo, foi possível abordar as questões de integração social e profissional e as fragilidades advindas com as perdas sucessivas de estabilidade relacional a que estavam submetidas as pessoas vulneráveis à situação de pobreza.

De acordo com Paugam (2003) e Castel (2008), apesar dos avanços, os estudos sobre os processos de exclusão acabaram por tornar tal conceito pouco analítico, referindo-se a uma variedade de situações e pressupondo que pessoas podem estar fora da sociedade, por vezes dificultando a análise dos modos como o sistema social, por

meio de lógicas perversas, acaba por produzir “sobrantes” (que nunca tiveram reais chances de usufruir de direitos trabalhistas e de proteção social). Os “sobrantes”, entretanto, nunca deixaram de estar inseridos na sociedade capitalista de consumo, sobrevivendo de seus restos e se transformando em mão-de-obra extremamente barata e em “subcidadãos”, a quem os direitos sociais nem se fazem ressoar.

Tais reflexões críticas apontaram para uma nova configuração social dos processos de trabalho e afiliação, articulados com a análise da falência do Estado do Bem-Estar Social, acentuado a partir da década de 1980 nos países mais ricos. Em sua análise sobre a desestabilização dos estáveis ocorrida nos últimos trinta anos, Castel aponta para um déficit de lugares ocupáveis na estrutura social, responsável por produzir processos de fragilização social e adaptação da vida à precariedade. A análise sociológica do mundo pós-falência das garantias trabalhistas oferecidas pelos governos aponta como determinantes para a fragilização dos processos de integração social a flexibilização e precarização do mundo do trabalho, assim como a fragilização dos laços familiares (Castel, 2008).

Para além de todas as diversas situações sociais envolvidas no fenômeno do viver na rua, para Castel existe uma forte correlação entre o lugar ocupado na divisão social do trabalho e a participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção social – que constituem zonas de coesão e integração social. Castel acredita ser a vulnerabilidade social caracterizada pela situação decorrente da desintegração pelo trabalho e dos suportes vinculares, o que resulta em processos de desfiliação progressiva em direção a modos de vida precários. Desse modo, a zona de vulnerabilidade que compreende tais indivíduos pode alargar-se em situações de crise econômica e/ou social, avançando sobre as zonas de integração e aumentando a desfiliação. Este modelo não é estático porque garante a análise das situações de transição em que indivíduos podem mudar da zona de integração para a de vulnerabilidade, ou deslizar desta para a zona de inexistência social. Portanto, não se trata de estruturas, mas sim de processos, de percursos.

O conceito de *desfiliação*, proposto por Castel (1993), sintetiza tal reflexão ao apontar para um processo de fragilização em torno de dois eixos: integração/não-integração pelo trabalho; inserção/não-inserção em sociabilidades sociofamiliares. Dependendo do modo como cada indivíduo ou grupo familiar relaciona-se com esses dois eixos, diferentes trajetórias aparecem, cujos efeitos em suas vidas podem ser resumidos em quatro grandes categorias: efeitos de integração, de vulnerabilidade, de

assistência e de desvinculação (ou exclusão). No diagrama elaborado por Castel (1993), tais efeitos aparecem em quatro zonas:



Figura 1: Diagrama do processo de desfiliação social

Assim, podemos perceber que, a depender do modo como cada pessoa vincula-se com as proteções ocupacionais e sociofamiliares, passa a ocupar distintas posições sociais, cujos efeitos em suas vidas variam. Cada zona expressa esses efeitos: quando há trabalho e os vínculos sociofamiliares mantêm-se, podemos considerar que habitamos a zona de inserção social; quando contamos com vínculos de trabalho, porém não com vínculos familiares, habitamos a zona da vulnerabilidade; quando contamos com a proteção dos vínculos familiares, mas não possuímos emprego ou ocupação, passamos a habitar a zona da assistência (e aqui, com sorte, podemos contar com programas sociais, como seguro-desemprego e o Bolsa Família, por exemplo); e por último, quando não há vinculação ocupacional e sociofamiliar, habitamos a zona de desvinculação (também conhecida como zona da exclusão social). É nesse última zona que se encontram as pessoas em situação de rua.

Cada pessoa pode passar por diferentes zonas à medida que muda seus relacionamentos com a sociedade. E é justamente essa dinâmica que precisamos compreender no caso das pessoas em situação de rua. Geralmente viver nas ruas envolve um processo em que ao longo do tempo as pessoas vão pouco a pouco perdendo seus vínculos e suas proteções, passando assim a habitar o espaço da desvinculação, onde não mais conseguem usufruir dos direitos e prazeres da vida da maioria das pessoas que, como elas, vivem em sociedade, porém inseridas no sistema de proteção e direitos.

O caso de Otávio, que está há muitos anos em situação de rua, pode nos ajudar a concretizar tais reflexões, a partir de dilemas vividos e vulnerabilidades particulares, e que muito nos têm a dizer acerca dessa situação social.

**1. Otávio: “sem trabalho, sem nada, na rua” (Desfiliação como efeito da exclusão do trabalho e dos direitos e proteções trabalhistas)**

*Otávio, um homem de cerca de 28 anos, vive em uma grande praça do centro da cidade há pelo menos 7 anos. O conheci através do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio e aos poucos fui entrando em contato com sua história. Otávio é paulista e sua família vivia em uma cidade do interior do estado, não muito distante da capital. Aos 18 anos, Otávio resolveu ir a São Paulo, em busca de emprego. Nessa época, ele não havia completado ainda o segundo grau e trabalhava no comércio, no centro de sua cidade natal, para ajudar seus pais. Em São Paulo, esperava conseguir mais dinheiro para a família e também certa independência. Chegou na cidade com a referência de um conhecido de seu pai, varejista de uma pequena loja de meias e artigos de frio, e não demorou a conseguir emprego bem no centro da cidade. Um amigo próximo o contratou, dono de um bar e lanchonete, onde lhe foi oferecido o emprego como garçom. Nas horas vagas, ele entregava panfletos para aumentar a renda familiar e desse modo conseguiu alugar um pequeno quarto em uma pensão barata da região. Permaneceu nesse emprego por alguns anos, até Otávio resolver mudar de bar por uma questão de salário.*

*Sozinho em São Paulo, Otávio aos poucos começou a fazer amizades na região e durante as noites gastava boa parte de seu dinheiro nos bares e com prostitutas. Deixou de mandar dinheiro aos pais e já não entrava em contato com eles há bastante tempo porque se sentia envergonhado de não poder ajudar. À medida que se enturmava com uma “turma da pesada”, como dizia ele, os outros empregados do bar começaram a inventar mentiras a seu respeito, o que o fez perder a confiança dos patrões. Segundo ele, nessa época não usava nenhuma droga e nem estava envolvido com o tráfico, apenas conhecia pessoas que vendiam pedra de crack e maconha para as prostitutas e seus clientes. Mas isso foi o suficiente para perder seu emprego e sair da rede de empregos da região. Dizia ele: “Não tem coisa mais perigosa que a língua do povo e a inveja. Não tem como desdizer o que anda no burburinho por aqui. Não tem escapatória!”.*

*Sem emprego e sem renda para pagar seu quarto na pensão, Otávio precisou dormir algumas noites na praça, junto às pessoas que ele já conhecia e que às vezes bebia junto, na esperança que no outro dia pela manhã conseguisse outro emprego. Mas depois de dormir nas ruas, nenhum patrão quis empregá-lo novamente na região. Era como se suas suspeitas houvessem sido confirmadas. Seu lugar era mesmo a rua! Para sobreviver, Otávio começou a participar do comércio de crack e maconha, vendendo e levando compradores maiores aos traficantes – “foi o jeito que eu consegui para sobreviver!”. Continuava bebendo de vez em quando e passou a usar crack, principalmente nas noites de frio.*

*Após alguns anos, entrou em contato com um agente comunitário do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio e pediu ajuda para conseguir um emprego. Disse que já não participava do tráfico, porque havia virado um consumidor, e que havia adotado a vida nas ruas porque não consegue emprego algum. Vive na praça de doações e pequenos bicos (como carregador ou vendedor de papelão para uma cooperativa de catadores, entre muitos outros “bicos” que aparecem no dia) e que já não aguenta mais essa vida. Diante deste apelo, a equipe imediatamente elaborou um projeto terapêutico. Otávio topou participar do programa do CAPS-AD de apoio ao usuário de drogas e a equipe passou a procurar vagas em albergues e empregos na região. Pactuando com os donos de pequenas lojas e bares, em pouco tempo, Otávio conseguiu um emprego como segurança de um bar, uma vaga em um albergue e estava tentando parar de usar crack e álcool. Essa estratégia funcionou muito bem, exatamente pelo tempo em que Otávio esteve empregado. Durante mais de 6 meses, Otávio me disse que se sentia regenerado. Segundo Pedro, seu ACS, com o dinheiro que ganhou havia comprado roupas novas e estava com uma ótima aparência, bem disposto e aderido ao programa do CAPS-AD. Em pouco tempo, começaria a cuidar dos dentes e já tinha até mesmo feito tranças em seu cabelo – o que ajudou na conquista de uma namorada (uma vendedora da região). Já estava até mesmo pensando em alugar um quartinho em uma pensão baratinha, mais próxima à praça. Nessa época, foi convidado pela equipe a contar sua experiência em um grupo realizado com outras pessoas em situação de rua, como forma de motivá-las a partir de suas conquistas e das transformações em sua vida.*

*Tudo caminhou bem para Otávio até que outro boato surgiu: um dos empregados do novo bar soube de sua história pregressa e, segundo ele, inventou que ele estava roubando o caixa à noite, no momento em que fechava o bar. Otávio jura que não fazia*

isso, e que se algo estivesse faltando, provavelmente deve ter sido a pessoa que inventou essa história. Verdade ou não, a versão de seu colega de bar foi adotada pelo dono e Otávio se viu sem emprego novamente. Com essa desilusão, voltou ao crack e perdeu a vaga no albergue após faltar algumas noites e aparecer bêbado e nervoso, tentando conseguir entrar após uma semana sem dar notícias.

Eu o conheci justamente nesse momento, extremamente queixoso, com um ar de derrotado. Às vezes seus olhos enchiam de lágrimas e às vezes podia sentir raiva em sua voz. Todas as vezes que o encontrei, Otávio fez questão de mostrar onde estava dormindo, em uma calçada bem perto da praça, em cima de papelões e com um cobertor que havia ganhado em uma campanha de doação da prefeitura. E todas as vezes salientava a injustiça que havia acontecido. Pedro, seu ACS, me contou que havia conversado com o patrão de Otávio, e que havia indícios fortes de que algo de errado havia acontecido. Apesar de minha curiosidade, Pedro não quis entrar em detalhes comigo. Pedro salientou a Otávio que ele pode voltar a participar do CAPS-AD quando quiser, mas não comentou se iria tentar conseguir outra vaga em algum albergue ou mesmo outro emprego. Me disse que precisava sentir se era possível confiar em Otávio, antes de se comprometer com outro dono de loja da região e queria ver “qual era seu movimento”. Otávio nos mostrou um carrinho de engraxate, bem grande e bonito, e disse que foi o que ele havia conseguido comprar com o dinheiro que o patrão havia pago a ele quando o demitiu. Não parecia acreditar que conseguiria outro emprego novamente – pelo menos, não naquela região. Sua estratégia foi essa: um bico informal para conseguir algum dinheiro, sem contar com a ajuda de ninguém.

Como podemos notar, a questão do trabalho foi determinante na aproximação de Otávio com o universo das ruas, mas de modo algum podemos reduzir a sua trajetória a um efeito exclusivo do desemprego. Antes mesmo de ficar desempregado, o universo das ruas já fazia parte de sua vida – na verdade, foi o trabalho no centro da cidade que o fez entrar em contato com a subcultura de rua, através das prostitutas, do crack, do álcool, e de seus companheiros de farra, alguns deles moradores de rua. O desemprego aprofundou a sua dependência da rua e o empurrou, talvez definitivamente, à vida e à cultura de rua.

Esse processo, que muitas vezes depende de uma série de situações sociais, varia enormemente de pessoa para pessoa – precisamos compreendê-lo no afã de abarcar um fenômeno tão complexo que empurra para as margens da sociedade uma parcela cada vez maior de pessoas. Vale ressaltar que Otávio não foi beneficiado por nenhum direito

*trabalhista – seus vínculos de trabalho nunca estiveram ancorados nos direitos da CLT (ele nem mesmo possuía carteira assinada). Desse modo, não teve acesso a seguro-desemprego e/ou ao FGTS.*

A precarização das relações de trabalho faz parte de um contexto sociopolítico que atravessa a questão social e determina o destino de muitos daqueles acometidos por situações de vulnerabilidade. Não podemos pensar em tal questão social, que associamos às pessoas em situação de rua que vivem em nossas grandes cidades, sem refletir sobre as importantes transformações sofridas por ela que dizem respeito ao contexto de expansão capitalista neoliberal e aumento do desemprego estrutural em fins do século XX. Como Otávio, a todos os indivíduos acometidos historicamente por situações infortunas relacionadas à precariedade, resta um único traço em comum: sua posição de abandonados frente às reestruturações sociais e econômicas, enclachados na margem, inúteis para o mundo.

Para muitos autores, entre os quais destacamos Castel como representante do pensamento francês sobre a questão social, no cerne desta problemática reside a perda da estabilidade proporcionada pelo emprego sentida por toda a sociedade, em um movimento que alcançou escala global. Contudo, vale ressaltar que a reflexão trazida por Castel (2009) aponta que os supranumerários atuais nunca foram explorados por seu trabalho (ou foram apenas de forma marginal, como Otávio) e nunca puderam usufruir de qualquer tipo de proteção social destinada a eles por sua condição de trabalhadores, uma vez que são considerados supérfluos, sem existência social. “A volta histórica proposta mostrará que o que se cristaliza na periferia da estrutura social – sobre os vagabundos antes da revolução industrial, sobre os ‘miseráveis’ do século XIX, sobre os ‘excluídos’ de hoje – inscreve-se em uma dinâmica social global” (p. 33-34).

Castel, a partir de tais reflexões, pergunta-se:

se a redefinição da eficácia econômica e da competência social deve ser paga ao preço de se pôr fora do jogo de 10, 20, 30% ou mais da população, será possível falar ainda de pertencimento a um mesmo conjunto social? Qual é o limiar de tolerância de uma sociedade democrática para o que chamarei, ao invés de exclusão, de invalidação social? Tal é, a meu ver, a nova questão social. O que é possível fazer para recolocar no jogo social essas populações invalidadas pela conjuntura e para

acabar com a hemorragia de desfiliação que ameaça deixar exangue todo o corpo social? (p. 34).

Atualmente vivemos a degradação das relações de trabalho e de suas proteções. Castel lança questionamentos sobre até que ponto a noção de seguridade social dependeu de um tipo específico de relação trabalhista de tipo salarial da sociedade industrial, não mais presente hoje em dia. Além disso, questiona as implicações do trabalho para além de sua capacidade de subsistência em termos materiais: “quando [o trabalho] se desagrega, os modos de socialização que lhe eram associados e as formas de integração que ele alimentava ameaçam despedaçar-se. O que se torna o Estado Social nessa conjuntura?” (Castel, 2009, p. 279). Para ele, as proteções trabalhistas não fazem mais do que tapar buracos residuais que nos impedem de constituir políticas integradoras de regulação das desigualdades e de equalização das oportunidades. O resultado é a constituição de uma vulnerabilidade de massa fundada na desorganização do trabalho e de sua sociabilidade própria.

Um pouco de história pode cair bem a esta discussão, nesta tarefa de problematizar o processo pelo qual a sociedade europeia assistiu ao enfraquecimento do sistema de proteções da sociedade salarial e o aprofundamento da pobreza e das vulnerabilidades de massa. Para isso, será necessário voltar ao contexto do Liberalismo econômico, momento em que as relações de desigualdade foram acentuadas em todas as nações que seguiram tal projeto de governabilidade.

### **1.1 O Liberalismo e o aumento da desigualdade social – uma equação linear?**

A partir do século XVIII, com o fortalecimento dos sistemas de governo de cunho liberal, começou a ser forjada certa consciência social de uma vulnerabilidade de massa, ligada a uma transformação da concepção de trabalho. Neste momento, o trabalho não mais seria considerado como dever religioso, moral ou econômico, tornando-se central na organização da sociedade. Castel (2009) observa nos registros de indigência desta época uma média de 5 a 10% da população das cidades e dos campos, o que poderia configurar uma indigência estrutural, que se mantinha relativamente estável por vários séculos, desde o séc. XV. Entretanto, se certas conjunturas desfavoráveis acontecessem, como uma baixa colheita, por exemplo, uma grande parcela das populações das cidades (cerca de um terço ou até metade da população) podia ultrapassar a linha de pobreza, configurando uma indigência conjuntural, muito comum de tempos em tempos.

A questão social passou a englobar a partir de então uma parte de população que antes não estava incluída no rol das preocupações das cidades: uma massa de pessoas vulneráveis à indigência, em situações não tanto incomuns como se pode pensar. A maioria dos trabalhadores estava instalada nessa linha de fratura, o que representava uma preocupação incipiente com as condições dos trabalhadores.

A nova pobreza escancarou a todos os olhos e ouvidos que o livre acesso ao trabalho não produzia riqueza, mas ao contrário era a fonte de toda a pobreza, que se proliferava para grande parte dos trabalhadores. Ela passou a ser compreendida como efeito direto da nova organização do trabalho por autores da época, como Eugène Buret, que a considerou fator permanente de insegurança social (referindo-se também à instabilidade do emprego, ao desemprego e à quase inexistente qualificação dos trabalhadores, condições que facilmente podemos identificar em Otávio).

Portanto, ao contrário do que se previa, no momento em que o processo de industrialização consolidou-se a partir da liberação de “acesso” ao trabalho (por meio da privação dos suportes tutelares dos séculos anteriores), também se degradou as condições de vida dos trabalhadores assalariados. Muito precocemente, já no século XVIII, à condição de assalariado atribuía-se a indignidade de condições de vida, e desde então o assalariamento passou a ser considerado fator de vulnerabilização, uma vez que uma parcela da população trabalhadora passou a participar diretamente das ações daqueles que viviam de expedientes e roubos. A partir deste momento, todos passaram a fazer parte das “classes perigosas”.

Conflitos e turbulências passaram a acontecer como reflexo da insustentabilidade dessa situação social, reformulando a questão social, diretamente ligada aos meandros do desenvolvimento econômico. O pauperismo apareceu como reflexo do processo de industrialização, criando a questão de como o Estado ou a economia poderia fomentar a integração da classe operária.

Como sabemos, algumas estratégias “estatais” ligadas ao Estado Social começaram timidamente a ser propostas como forma de implantar novas tutelas e reconstruir o extrassalarial. Suas ações voltaram-se para a elaboração de um sistema de seguridade (social) dependente das regulações sobre o trabalho (e não sobre a propriedade). O compromisso assumido a partir de então colocou o Estado em constante negociação com o mercado (e as necessidades da economia) e as reivindicações trabalhistas. Com o keynesianismo, o Estado se viu em uma versão maximalista, uma vez que tentou integrar o crescimento econômico, o quase pleno

emprego e o desenvolvimento do direito ao trabalho na estruturação da sociedade salarial.

O Estado Social (Providência) foi uma resposta a tais precariedades advindas do modo de exploração do trabalhador livre do século XIX, a partir da promessa de um sistema de garantias e proteções sociais voltados à sociedade plenamente salarial. Contudo, tal projeto revela suas falhas e insuficiências em face ao recrudescimento desses sistemas de proteções e da sociedade que nunca chegou a gozar universalmente do pleno emprego. Muito prontamente, uma reforma econômico-política viria retomar os princípios, com nova roupagem.

## **1.2 O Neoliberalismo e o desemprego estrutural: aprofundamento do empobrecimento e informalização da economia**

O Estado do Bem-Estar Social, desenvolvido como resposta às reivindicações sociais e trabalhistas, não conseguiu sustentar-se diante da pressão das grandes corporações que ansiavam por um retorno das liberdades econômicas do período anterior. Dois modelos de reestruturação neoliberais implementaram-se nesse contexto, o alemão e o norte-americano. Gerado na conjuntura do projeto de reconstrução do Estado no pós-guerra,

o programa neoliberal alemão tem como tarefa, portanto, a organização de uma governamentalidade em que a coesão social possa apoiar-se somente nas leis de mercado e em que o “Estado de direito” será a garantia do respeito a tais leis por parte do Estado (Fonseca, 2002, p. 228).

Já nos Estados Unidos, Fonseca (2002) aponta que o modelo de enfrentamento neoliberal ao intervencionismo federal das administrações democráticas da política Roosevelt direcionou-se a um programa de análise das atividades e comportamentos individuais. Partindo da premissa que o trabalho constitui-se como capital, foi preciso incentivar cada indivíduo a desenvolver suas competências enquanto trabalhadores. Aqui, vemos o incremento do individualismo como estratégia de governo. O objeto de estudo e de atuação dessa nova governamentalidade volta-se para os modos de produção e de acumulação desse capital humano. Nessa governamentalidade, a política estará “constantemente submetida a um julgamento em termos de custo/benefício” (Fonseca, 2002, p. 230) e o mercado será uma espécie de tribunal econômico de competências

individuais. Esse sistema de governo toma como critério normativo a racionalidade do mercado, o que lhe permite o acesso e a gestão dos domínios da vida que não seriam propriamente econômicos, como a educação, a criminalidade e a saúde<sup>14</sup>.

Efetivamente, os efeitos desse novo modo de gestão das condutas foram muito diferentes do que a pretensão neoliberal previu. Ao invés de um incremento das capacidades individuais baseado na motivação e competição, a sociedade atual testemunha o aumento da precarização da vida de grande parte de sua população, precarização esta fundada em uma taxa desemprego estrutural estabilizada. Wacquant (2008), analisando especialmente os efeitos do desinvestimento social pela nova governamentalidade neoliberal americana, aponta que o colapso das instituições públicas foi responsável por fomentar o desenvolvimento de uma economia informal para todos aqueles que não conseguem inserir-se no mercado de trabalho. Aqui, podemos localizar as tentativas de Otávio para sobreviver na informalidade no centro de São Paulo.

Esta informalização econômica, resultante das insuficientes ofertas de emprego, precariza as relações de trabalho, uma vez que se estabelece como estratégia de sobrevivência em um mundo em que as garantias e as proteções dos direitos trabalhistas, duramente conquistados pelos sindicatos e pela sociedade civil, estão cada vez mais escassas e restritas a grupos sociais mais privilegiados. E, além disso, é a informalidade das trocas comerciais das ruas que as faz conviver e compartilhar o espaço público com o comércio de drogas, gerido por instituições que implicam em um incremento de violência no cotidiano das grandes cidades.

## **2. D. Catarina: quando o tráfico de drogas e a violência fragilizam (Desfiliação como efeito da violência e da dependência de drogas)**

Convocamos mais um caso neste ponto do argumento. O caso de D. Catarina nos ajuda aqui a pensar como, além das fragilizações advindas da perda das relações protetivas relacionadas ao trabalho, também podemos compreender a influência do

---

<sup>14</sup> A compreensão acerca do processo de desenvolvimento de uma Biopolítica como arte de governo, que parte da expansão do domínio médico sobre a população e a espécie humana, deve estar inserida neste contexto das transformações relacionadas à governamentalidade liberal e neoliberal. Essa discussão, contudo, será realizada no Capítulo VII, quando realizaremos uma problematização mais aprofundada acerca das práticas de cuidado propostas pelo sistema de saúde e sua expansão para outros domínios da vida, incluindo o campo da pobreza extrema.

tráfico de drogas como mais um agente de violência cotidiana, contribuindo para o aprofundamento de vulnerabilidades relacionadas ao processo de desfiliação.

*Na rua novamente, seguimos Luís em busca de seus pacientes. Em pouco tempo, voltamos à frente do metrô, um lugar que reúne muitas pessoas nesta situação. De longe vimos D. Catarina, uma senhora de cerca de cinquenta e cinco anos de idade, em pé junto a um homem sentado no chão sobre uma manta. Luís me disse que ela seria uma das “minhas”.*

*D. Catarina ao ver-nos aproximar nos deu um grande sorriso e abriu os braços dizendo com graça: “Era tudo o que me faltava”, rindo para Luís. Ela estava com um vestido estampado que me parecia bem novo, mas já um pouco sujo. Por baixo, havia uma lingerie vermelha de renda aparecendo, combinando com um lenço em seu cabelo. Estava descalça e já quase não tinha dentes. Percebi que ela estava arrumada e era bonita, mas seus pés muito calejados, sua pele com feridas e seus dentes já pretos me mostravam um pouco do sofrimento que podia estar passando. Quando nos aproximamos, Luís nos apresentou e ela se agachou no chão mostrando como seu braço estava inchado. Ela havia sido operada há pouco tempo e nos disse que havia caído de uma laje e quebrado o braço direito em muitas partes. Na verdade, assim que terminamos sua VD, Luís me disse que ela é usuária de crack e que o PCC havia quebrado seu braço por causa de uma dívida, que começava a ficar grande demais para ela pagar – afinal era uma senhora em situação de rua –. Não é pra todo mundo que ela pode e quer revelar sua relação com as drogas e com o PCC, esta exposição pode ser perigosa.*

*Seu braço já estava cicatrizado (ela nos mostrou as duas grandes cicatrizes das operações que foi submetida), mas continuava muito inchado e com sinais de algum tipo de laceração na pele. Após reclamar que não conseguia ter força nem mobilidade com o braço, nos mostrou as radiografias com as placas e parafusos que foram enxertados e pediu esclarecimento sobre o que era aquilo. Pediu também roupas e calcinhas e fez graça sobre estar conservada nas partes íntimas (queria calcinhas para continuar conservada). Rimos muito com o tom engraçado que falava essas coisas. Fiquei surpresa de vê-la assim tão descontraída com aquele braço que parecia doer muito.*

*Ela nos mostrou um papel com uma nota impressa de vinte reais e disse estar rica. Rimos com ela. Nos contou também que o rapa (a polícia) havia levado todas as suas coisas na noite passada e que assim tinha*

*perdido roupas, remédios e documentos. Estava apenas com a roupa do corpo. Nesse momento, ela expressou muita raiva e contou que precisou correr para o rapa também não a pegar.*

*Pouco antes de terminar essa conversa, seu companheiro, que estava longe, se aproximou de nós e começou uma conversa com Luís que não pude participar. Em seus papéis, ela encontrou uma marcação de consulta para aquele dia, às 17 horas – mas não sabia porque precisava ir lá (apesar de se queixar bastante conosco da dor e inchaço). Já não lembrava da data da consulta. Após Tatiana, a auxiliar de enfermagem, ter falado sobre a possibilidade de encontrar roupas para ela na UBS, ela confirmou que iria aparecer por lá mais tarde (Trecho de diário de campo de 03/09/2010).*

*Esse foi o meu primeiro encontro com D. Catarina e demorou quase seis meses para que eu a encontrasse de novo, no mesmo lugar novamente. A equipe pensou que haviam “apagado” D. Catarina por conta da tal dívida com o PCC, uma organização criminosa que gere o tráfico de drogas da região. Na verdade, não é raro que pessoas em situação de rua ganhem esse triste fim. Nesse caso, felizmente D. Catarina conseguiu um dinheiro emprestado de parentes, pagou a dívida e saiu da região para que não acontecessem novamente situações semelhantes. E como também não é raro, D. Catarina voltou à situação de rua, após algum tempo tentando se estabelecer com uma irmã. Tentou encontrar um trabalho ou mesmo comprar algo para vender como ambulante na rua, mas não conseguiu. Ficou algum tempo vendendo meias em uma barraquinha improvisada por ela, mas não tinha dinheiro para conseguir comprar mais mercadoria. Por não ter conseguido um trabalho, nem dinheiro e por ainda não estar em idade para se aposentar, ela representava um gasto a mais para a família e não poderia então permanecer em casa sem contribuir com nada. E além dessas questões, havia ainda “a ‘fissura’ da rua”, como ela dizia, ou seja, a vontade de voltar a estar com seus companheiros e a usar crack novamente.*

Escolhemos essa cena, dentre muitas outras possíveis, por dois motivos: primeiro, porque ela mostra tipicamente como era feita a aproximação da equipe nas ruas, e segundo, porque mostra os diferentes relacionamentos que D. Catarina estabelece com alguns atores trazidos nesta conversa. Mesmo que brevemente, podemos sentir a entonação dos diversos tratamentos a que D. Catarina está submetida.

Nesta cena vivenciada, além do PCC como um dos atores importantes em sua vida, podemos destacar também outros atores, de natureza diversa: a equipe de saúde

(que eu estava acompanhando), especialmente o ACS Luís, a radiografia com os pinos e parafusos em seu braço, o “rapa”, seu companheiro, um papel com a marcação da consulta e a Unidade Básica de Saúde. Cada um deles estabelece um relacionamento distinto com D. Catarina e alguns efetivamente produzem efeitos mais substanciais sobre o seu cotidiano, enquanto outros menos.

Sobre sua relação com o PCC e as drogas, não é preciso dizer muito. Como consumidora, D. Catarina é seduzida ao uso, a compra de drogas é até mesmo facilitada, à princípio. Muitas pessoas em situação de rua acabam passando a usar drogas, já que este hábito está presente na sociabilidade das ruas e muitas vezes configura-se como estratégia de sobrevivência diante da fome, do frio, da insegurança e da violência cotidianos. Além disso, acaba tornando-se também fator de degradação, tanto da saúde, como das próprias relações sociais com os vizinhos, já que muitas vezes a droga é motivo para brigas, roubos e prisões, além de fragilizar a saúde e competir com a alimentação (já que muitas vezes, o pouco dinheiro que conseguem é empregado com drogas, ao invés de alimentos).

Em seu relacionamento com o PCC, ela é posta como usuária de drogas. Contudo, como em todo negócio, para todo empréstimo um lucro é esperado e D. Catarina, uma vez consumidora assídua, passa a comprar sempre e dever sempre, e acaba colocando-se em risco por conta disto. A esse ponto, ela passa a ser tratada não mais como consumidora, mas como devedora, que deve pagar de algum modo a sua dívida. O resultado já sabemos: quando já não mais oferecem possibilidade de lucro, o tratamento geralmente acaba em violência ou morte.

Outra violência sofrida refere-se à ação do “rapa”, já tornada cotidiana. Fugir do “rapa” e perder roupas e documentos é figura comum – todos os envolvidos lidam com essa realidade como se não houvesse nada a ser feito, como um “fato” inevitável. A penalização da miséria já não é surpresa para eles há bastante tempo. Além de terem seus pertences confiscados, sofrem violência física e verbal, são humilhados e às vezes até mesmo detidos (por atividade suspeita!).

Quanto ao relacionamento com o sistema de saúde, percebemos que o tratamento oferecido pela equipe na rua é bem-vindo por Catarina. Já a consulta na UBS, não sei se podemos dizer o mesmo. Isso mostra que o tratamento realizado pelo ACS difere bastante daquele oferecido na UBS, em consultas mais propriamente médicas. Com o ACS, era possível falar dos problemas da rua, das histórias que aconteceram, das dinâmicas e das negociações em que estavam envolvidos. Já na UBS, a conversa era

técnica e voltava-se para procedimentos sempre relacionados à saúde, à limpeza, ao cuidado com o corpo, etc. O que realmente interessava a ela era compreender a radiografia, aquela materialidade que falava algo sobre seu braço, mas que ela não entendia. Quanto à consulta, a revisão da operação do braço e suas cicatrizes não fazia sentido para D. Catarina e nem mesmo seria lembrada (uma vez que a equipe também não sabia). É preciso esclarecer os ACSs não entram em contato com as agendas de consultas na UBS, a não ser que sejam explicitamente notificados para buscarem algum paciente. Foi preciso certo argumento persuasivo (a oferta de roupas) para convencê-la a ir à UBS no horário previamente marcado.

Além disso, sua tentativa em sair da rua também é reveladora. Não havia trabalho para ela e apenas havia uma frágil rede de sustentação que não conseguiu garantir sua permanência fora das ruas. Parece que D. Catarina estava no limbo social destinado aos vagabundos desde o século XVIII – por ainda ser capaz de trabalhar –, D. Catarina não tem direito a nenhum tipo de auxílio assistencial, e é compelida a trabalhar. Por não conseguir emprego e nenhum tipo de trabalho na economia informal, não tem como sustentar um estilo de vida privado, em torno de suas relações familiares. A rua é o único lugar em que pode ser acolhida; seus relacionamentos sociais acabam restringindo-se a esse universo.

O que isso nos diz, afinal? D. Catarina, assim como muitas outras pessoas em situação de rua, estabelecem relacionamentos diversos e são tratadas de formas distintas pelos atores sociais que entram em contato nas ruas. Apesar dessa configuração atual (que faz relacionar em um mesmo relato, por exemplo, uma visita domiciliar, o PCC, o “rapa”, um agente comunitário, uma consulta na UBS) parecer muito particular, na verdade ela é resultado de uma história antiga de tratamento social. Sem auxílio, sem casa e sem dinheiro... na rua. Apesar de não ter entrado em contato com sua história, e não compreender quais as vulnerabilidades sentidas em sua vida que resultaram em processos de desfiliação que a levaram a viver nas ruas, esse simples contato nos revela como para além dos fatores históricos que a impulsionaram à vida nas ruas, existem fatores atuais que continuam a exercer efeitos de desfiliação. E é nesse contexto que destacamos o uso de drogas e a violência envolvida nas relações com o tráfico (e conseqüentemente com a polícia) como importante fator de constante vulnerabilização.

Como D. Catarina, uma grande parte de trabalhadores aproximou-se da economia informal, o que inflou esta parcela do mercado e empurrou os “sobrantes” para o comércio de produtos e substâncias ilegais (como Otávio). Aqui, encontramos a fatia do

mercado onde o PCC se insere. Nesse contexto, os negócios em torno do comércio de drogas fortaleceram-se e incentivaram um incremento da violência e do policiamento generalizado. Novos poderes foram estabelecidos em torno do comércio e distribuição de drogas, o que impactou em medidas de segurança cada vez mais sofisticadas e perversas. O tráfico de drogas, comandado por grupos organizados, ganhou força antagônica na organização e gestão do espaço público. A violência passou a ser exercida agora pelos esses dois poderes em luta: a polícia de um lado e os grupos que gerem o tráfico de drogas de outro.

Segundo Wacquant (2008), o resultado da infiltração da violência no tecido social resultou na “*despacificação*” da vida cotidiana, conceito desenvolvido pelo autor para ressaltar o sentimento generalizado de insegurança e medo em torno das ruas, dos espaços públicos e dos bairros populares. Nestas circunstâncias, o crescimento do Estado Penal apareceu como resposta do Estado:

Para estancar as “desordens públicas”, associadas à marginalidade aguda causada pelo rebaixamento – ou término – do componente (federal) de bem-estar econômico, habitacional e social, o Estado (local) é compelido a aumentar sua vigilância e sua presença agressiva (Wacquant, 2008, p. 58-59).

A penalização da miséria, trabalhadora ou não, através de um incremento de vigilância e punição, é uma consequência da retração do Estado do Bem-Estar Social e aparece, nesse contexto, como forma de administrar os efeitos da governamentalidade neoliberal nas classes mais pobres da população. Para Wacquant (2008), observamos que as medidas de encarceramento em massa dirigidas aos pobres, associadas a práticas policiais agressivas são as duas estratégias neoliberais de governo do público que respondem a uma lógica da “tolerância zero” e do “punho de ferro”.

Em todos os países onde a ideologia neoliberal de submissão ao livre mercado se implantou, observamos um espetacular crescimento do número de pessoas colocadas atrás das grades, enquanto o Estado depende cada vez mais da polícia e das instituições penais para conter a desordem produzida pelo desemprego em massa, a imposição do trabalho precário e o encolhimento da proteção social (Wacquant, 2008, p. 96).

Nesse sentido, os vagabundos seguem sendo representados como homens perigosos que vagueiam pelas margens sociais, vivendo de roubos ameaçando os bens e

a segurança das pessoas, uma vez que romperam com os pactos sociais relacionados ao trabalho, à família, à moralidade e à religião. São considerados, portanto, inimigos da ordem pública. Para Castel, contudo, não é impossível romper com tal ordem de representações estigmatizantes para tentar analisar a realidade sociológica escondida detrás destes estigmas. “A vagabundagem aparece então menos como uma condição *sui generis*, do que como o limite de um processo de desfiliação, alimentado na origem pela precariedade da relação com o trabalho e pela fragilidade das redes de sociabilidade que são o lote comum de uma parte importante do povo miúdo do campo e da cidade” (p. 128). A grande maioria das pessoas que eram presas (em grandes prisões, hospitais ou em depósitos de mendicância) não eram mendigos profissionais, mas sim trabalhadores de ofícios, que em geral vinham do campo (jornaleiros, barqueiros, puxadores, carregadores, mascates, trabalhadores domésticos, alfaiates, sapateiros, cabeleireiros, tecelões – todos em busca de serviços aleatórios).

Essa construção de um paradigma negativo de vagabundo é um discurso de poder. Com isso, quero dizer que ela é, primeiro, um ato dos responsáveis encarregados da gestão dessas populações e que é o instrumento desta gestão. A política repressiva com respeito à vagabundagem representa a solução para uma situação que não comporta solução. Que fazer com indivíduos que comportam problemas inextricáveis, por não estarem em seu lugar, mas que não têm, em parte algum, um lugar na estrutura social? A condenação do vagabundo é o caminho mais curto entre a impossibilidade de suportar uma situação e a impossibilidade de transformá-la profundamente (Castel, 2009, p. 136-137).

Castel aqui denuncia que o paradigma estigmatizante do vagabundo não poderia nunca coincidir com a realidade sociológica da vagabundagem (que contraria a sua pretensa periculosidade e criminalidade), uma vez que, considerar as situações de falta de trabalho e vulnerabilidade, além do papel mínimo dos vagabundos na criminalidade urbana e nos movimentos sociais, implicaria para as políticas uma imobilização frente à impossibilidade de ação no quadro das sociedades pré-industriais. Em contrapartida, com a estigmatização da vagabundagem, a polícia poderia agir de modo a conter quaisquer tumultos, além de seguir com seu papel de mantenedora da ordem social através de políticas repressivas a todos em que a miséria espreitasse. As ações do “rapa”

(que D. Catarina havia sido vítima), nesse sentido, são parte desta política de repressão e funciona, nesse contexto, como estratégia de governo fundamentada em ações violentas para reprimir, dispersar e ameaçar tais pessoas – quanto mais cotidianamente e imprevisivelmente melhor. Aqui observa-se, além de uma função repressiva, também um papel preventivo – prisão de mendigos e repressão (ainda pela via do medo!) à todos aqueles que se encontram na zona de vulnerabilidade social. Tais políticas supostamente protegem a sociedade de possíveis delitos e desvios, daqueles que “não tendo nada, podem ousar tudo”.

O cerne da problemática dessas políticas não está na erradicação da vagabundagem (como poderíamos supor), assim como o cerne da problemática dos excluídos não está onde estão os excluídos. Aqui tentamos analisar o processo que impulsiona uma sociedade a empurrar para suas margens alguns de seus membros, além das funções das políticas ditas sociais destinadas a “erradicar” esse problema (ou talvez aprofundá-lo).

### **3. D. Cristina na intersecção: pobre, mestiça, migrante e mulher (Desfiliação por fragilização dos laços familiares e por migração)**

*Para refletir sobre os efeitos de desfiliação resultantes da fragilização dos laços familiares, trago o caso de D. Cristina, uma senhora de 48 anos, que há mais de 10 anos vive nas ruas do centro da cidade. Acompanhada pela equipe desde o início de 2009, ela foi uma das primeiras pacientes cadastradas, assim que o Programa de Saúde da Família Sem Domicílio passou a ser adotado pelas Unidades Básicas de Saúde do município. Desde o início do programa, contatos regulares vêm sendo estabelecidos, principalmente entre ela e o ACS Luís, por meio de visitas domiciliares constantes. Além dela, também são atendidos por Luís outros companheiros de rua que também vivem nesta região: o “pedaço” da cidade que este grupo habita se estabelece em torno de uma praça localizada na saída de uma estação de metrô bem movimentada do centro, ao lado de uma avenida de grande fluxo de carros.*

*Durante o período em que a encontrei nesta região, pude, pouco a pouco, conhecer algumas versões de sua história. D. Cristina contou que vivia nas ruas há dez anos e que havia “caído na rua” por causa de seu companheiro. Contou que é baiana, filha de amazonenses (sua mãe era índia e seu pai moreno) e que viveu toda sua infância e adolescência em Itabuna (no sul da Bahia). Veio a São Paulo junto com seu*

*companheiro, na esperança de conseguir um emprego formal e também porque haviam dito que aqui ela poderia encontrar no SUS um tratamento para poder engravidar pois pouco tempo antes, havia descoberto que estava com mais de vinte miomas no útero. No interior da Bahia, o único tratamento oferecido foi uma cirurgia de retirada do útero, para evitar tumores mais agressivos ou o crescimento acelerado de mais miomas.*

*Chegando a São Paulo, após algum tempo em constante contato com os hospitais públicos da região, passou por mais de três cirurgias, mas infelizmente não conseguiu salvar seu útero. Diante disso, adotou uma criança com seu ex-companheiro e morou por algum tempo em um bairro periférico da zona leste. Segundo ela, a impossibilidade de engravidar a fez “perder a cabeça”, o que acabou resultando no afastamento de seu companheiro e de sua filha adotiva e em sua aproximação com um homem que acabou a levando para o “mundo da rua”.*

*Desde que chegou a São Paulo, trabalhou em fábricas, fez durante dois anos um curso de enfermagem, mas não teve condições de continuar pagando. Trabalhou em muitos lugares diferentes, mas a partir do momento em que foi para a rua, não conseguiu mais trabalho e vive de doações de alimentos e roupas.*

*Cair na rua é sem volta! Já tentei sair um montão de vezes... Mas parece que tem alguma coisa que puxa a gente... E de repente, ói nós de novo no mesmo lugar?! Simplesmente não dá para achar trabalho, porque com essas roupas, com essa cara suja, sem dente, ninguém quer me contratar!... E aí a gente se vira, né? Eu às vezes até esqueço como era minha vida antes... Parece que foi no século passado! E o pior é que foi mesmo, né? hehehehe Já tô ficando velha para esse mundo!” [E após um tempinho, suspirou e continuou, já sem sorrir]: “Às vezes é melhor esquecer mesmo, se ficar pensando muito, a gente endoida!”. (Trecho de diário de campo, 13/10/2010).*

*Os acontecimentos que estão relacionados ao momento em que “caiu na rua”, são tema um pouco desconfortável para ela. Em seus relatos, este processo é sempre relacionado com este segundo companheiro, que conheceu logo antes de se separar de seu marido e sua filha. Segundo ela, nessa época, estava “desequilibrada” com a sensação de que não poderia engravidar, e, diante disso, quis fugir daquilo tudo. Junto com o novo companheiro, alugaram uma pequena casa no extremo da zona leste. Nessa época, trabalhavam juntos em uma fábrica na região do Brás (no centro da cidade).*

*D. Cristina enfrentou sua primeira dificuldade com seu novo companheiro quando percebeu que ele consumia regularmente álcool e outras drogas ilícitas. Em pouco tempo ficou difícil pagar as contas da nova casa. Após alguns meses, ele passou a não voltar para casa depois do trabalho, começou a dormir nas ruas, bêbado, e gastava tudo o que tinha com bebidas. Além disso, em seu prontuário há um relato de que esse homem a trancava em casa e a agredia. Sair de casa foi a alternativa que encontrou. Em alguns meses, ela o estava acompanhando nas ruas e passou a compartilhar desse novo estilo de vida desde o ano 2001. D. Cristina me contou que o viu definhando de tanto beber e fumar crack, mas em seguida agradeceu a Deus pela sua morte e disse que “Deus sabe o que faz”. Em seu prontuário, há o registro de que ele foi assassinado nas ruas (o que não é tão incomum como se pode pensar, uma vez que usuários de crack acabam sempre endividados com seus “fornecedores”). Seu rosto, muito marcado com cicatrizes antigas que me pareceram de faca, é, segundo ela, “o espelho dessa história”, das inúmeras violências que sofreu com este ex-companheiro. Por conta disso tudo, não quer mais se envolver amorosamente com ninguém que esteja em situação de rua.*

*Paremos um pouco o relato de sua história para podermos refletir sobre diversos aspectos de sua vida que estão atravessados pelos modos como foi moldada a questão social no Brasil. As fragilizações sentidas por ela no que tange a seus relacionamentos amorosos são bastante óbvias e tiveram papel crucial para sua aproximação com o mundo das ruas. Porém algo mais nos chama a atenção: seu deslocamento socioespacial. Nesse sentido, a história de vida de D. Cristina em muito se parece com a trajetória percorrida por milhares de brasileiros que, em busca de melhores condições de vida, arriscaram mudar radicalmente, migrando. Para alguns, à medida que não havia lugar na vida econômica e afetiva nas grandes cidades, tais esperanças deixaram de existir e suas vidas acabaram tendo que se adaptar às dificuldades extremas das ruas. Não é por coincidência que o destino de D. Cristina, como migrante e mestiça, é compartilhado por uma grande parte das pessoas consideradas pobres ou miseráveis que vivem nas grandes cidades do país. E não é de agora: essa história parece se repetir desde que essa terra é chamada de Brasil. Para nós, torna-se estratégico defender uma versão da história do Brasil organizada a partir do tratamento social oferecido ao povo pobre desde 500 anos atrás.*

### 3.1 Breve história da indigência no Brasil

Para construir *uma* história da pobreza extrema e da indigência no Brasil, nos pautamos em análises críticas que ficam fora dos manuais oficiais de história do Brasil, análises estas realizadas por diversos autores dos campos da Sociologia, Ciência Política, Economia e da própria História, e que tratam mais especificamente das relações de desigualdade no Brasil desde a sua formação enquanto nação até os dias atuais. Nesse intento, elegemos seguir três personagens da história brasileira que, sistematicamente, desde o Brasil colônia, vêm sendo objeto de tratamento social que tem por efeito a sua exclusão sistemática dos sistemas de direitos (civis, sociais, políticos, inclusive aqueles relacionados ao direito à vida): os índios, os negros e os trabalhadores rurais. De acordo com Nascimento (2000), historicamente, esses são os “herdeiros” da vida nas ruas e das condições de pobreza e miséria da nação. Seguir os modos como nossa sociedade forjou as condições de vida dessas populações pode nos auxiliar a compreender o solo histórico que semeou por cinco séculos a pobreza extrema brasileira.

Em análise voltada a essa questão, Ivo (2008), em sua tese de doutorado, estrutura quatro períodos da história recente brasileira (pós-colonial) que marcaram modos distintos de tratamento social ao povo pobre e miserável: um primeiro apresenta o contexto socio-histórico colonial de vida dos “homens livres” até o final do século XIX; um segundo período diz respeito ao processo (institucional) de formação de uma força de trabalho livre a partir da abolição da escravatura até a era Vargas em 1930; um terceiro período, relativo ao projeto desenvolvimentista brasileiro, aborda a constituição do mercado urbano-industrial, em consonância com o incremento das populações urbanas nas décadas de 1950 a 1970; e um quarto período, que se estende desde a década de 1980 até os dias atuais, abrange algumas tendências relativas à estagnação econômica brasileira e ao aumento paulatino dos níveis de indigência e pobreza da nação, em correlação com a aparição do desemprego estrutural como fenômeno de massa.

Brasil colonial: ainda no início do século XVI, antes mesmo do tráfico de escravos, a população indígena ocupou o lugar dos grandes excluídos de sua própria terra, invadida pelos portugueses recém-chegados e explorada pelos seguintes séculos de modo predatório e inconsequente. Os índios, que constituíam a população original, foram alvo de violência em massa neste processo: em relação a eles, os portugueses, que

assumiam então papel de conquistadores/invasores, realizaram inúmeras perseguições, responsáveis pela morte e fragilização de inúmeras culturas e etnias indígenas. Segundo estimativas disponíveis no site da FUNAI, cerca de 1 milhão de índios foram mortos no processo de invasão portuguesa. Sua população original estimada em até 10 milhões agora está restrita a apenas 0,2%, ou seja, apenas 354 mil índios, distribuídos em 220 sociedades indígenas (FUNAI, 2012).

A história oficial brasileira amplamente divulga que os índios foram úteis nas relações comerciais de caráter predatório estabelecidas pelos portugueses somente nos primeiros anos de exploração. Por não se adaptarem ao trabalho escravo, rapidamente passaram a ser liberados. Uma análise crítica, contudo, ressalta que eles passaram a ser considerados como espécie de sub-raça, inferiorizados a ponto de serem considerados dessemelhantes, o que poderia justificar a sua eliminação. Culturas inteiras foram dizimadas e extintas e, atualmente, os poucos sobreviventes lutam para ter seu direito à terra e à cultura reconhecidos, sempre sob o risco de serem cooptados pela sociedade de consumo capitalista.

O tratamento destinado aos negros africanos não foi muito melhor. Arrancadas à força de suas terras, vendidas como mercadorias, etnias inteiras foram literalmente espalhadas pelo Brasil colonial, durante um período que durou cerca de três séculos. Os crimes realizados contra essa população são inumeráveis e foi com este sangue nas mãos que a economia agroexportadora brasileira conseguiu se sustentar durante todo o tempo em que tinha na escravidão seu pilar mais fundamental e nos latifúndios monocultores seu modo de subsistência.

Durante o período colonial, segundo Ivo (2008), as oligarquias rurais ofereceram resistência crescente à formação da pequena propriedade agrícola, em contraposição à possível concorrência representada pelos “homens livres” da época. Essa parcela da população era composta por mestiços, ex-escravos alforriados e índios que não foram assimilados pelos grandes latifúndios; em relação a eles, durante muito tempo, foi sendo criado um discurso, de caráter difamatório, acerca de sua suposta vagabundagem, ócio, preguiça, desordem e periculosidade.

À medida que o sistema escravocrata começou a ruir, as famílias pobres, quando em liberdade (conseguida por fuga, alforria ou por serem compostas por filhos mestiços de brancos, índios e negros), desbravaram novas terras e constituíram agriculturas caipiras, que irremediavelmente eram incorporadas às grandes propriedades. Segundo Lessa (2000), diante do pouco espaço encontrado no meio rural, começou a se

estabelecer um fluxo constante de trabalhadores livres e pobres aos centros urbanos, em busca de possibilidades de prosperidade individual relacionadas à concentração de trocas econômicas, de circulação mercantil. Nestas cidades escravagistas pré-revolução industrial, rendimentos eram conseguidos a duras penas a partir de estratégias múltiplas, como a venda da força bruta ou prestação de serviços pessoais, artesanais e técnicos, que competiam com a diversificação e diferenciação das atividades e habilidades do escravo doméstico.

Segundo Joaquim Nabuco (1884 / 2007, citado por Ivo, 2008), esses foram os primeiros mendigos do Brasil, nascidos nos interstícios de uma sociedade que os considerava com *status* inferior ao do escravo. Suas análises acerca das relações sociais do Brasil colonial, realizadas em fins do século XIX, são oportunas para nossa discussão:

Durante séculos ela [a escravidão] não consentiu mercado de trabalho, e não se serviu senão de escravos; o trabalhador livre não tinha lugar na sociedade, sendo um nômade, um mendigo, e por isso em parte nenhuma achava ocupação fixa; não tinha em torno de si o incentivo que desperta no homem pobre a vista do bem-estar adquirido por meio do trabalho por indivíduos da sua classe, saídos das mesmas camadas que ele. E como vivem, como se nutrem, esses milhões de homens, porque são milhões que se acham nessa condição intermédia, que não é o escravo, mas também não é o cidadão? (Nabuco, 1884 / 2007, citado por Ivo, 2008, p. 112-113).

A explicação elaborada pelas elites para dar conta desses desviantes da ordem escravista associou a sua recusa (política) ao trabalho a uma suposta inatividade e incapacidade ao trabalho servil. Teorias acerca da inferioridade racial e da degeneração dos mestiços incrementaram os discursos políticos e a defesa de posições cada vez mais moralistas, fundadas em ideais que já constituíam um embrião higienista, algum tempo antes de esse movimento aparecer de forma mais sistematizada no pensamento social e sanitarista brasileiro. Segundo Guimarães (1981), leis de trabalho forçado (como as leis de Locação de Serviços, promulgadas em 1830, 1837 e 1879 – que em muito dialogavam com as antigas legislações europeias, como as *Poor Laws* inglesas) foram elaboradas nessa época como tentativa de obrigar-lhes a trabalhar. Esses instrumentos jurídicos serviram para legitimar a obrigação de trabalhar sustentada no pagamento dos

mais baixos salários àqueles considerados vadios e em sua submissão à cruel disciplina dos feitores de escravos.

Durante todo o período colonial, os trabalhadores “livres” foram impedidos de ter acesso à terra e acabaram assimilando-se à economia escravista como jagunços, feitores, capangas e capoeiras. Contudo, diante dos baixos salários e do tratamento humilhante que recebiam, muitos desistiam do trabalho e preferiam viver sem rumo, invadindo espaços intersticiais (pedaços de terra abandonados entre grandes latifúndios), e continuamente sendo removidos, vivendo na miséria. Somente após a pressão continuada desses trabalhadores libertos, eles conseguiram pouco a pouco fundar e manter cultivos de subsistência nos espaços livres entre os latifúndios. Para Nascimento (2000), foi sobre os trabalhadores rurais livres que recaiu o principal fardo do processo de acumulação que possibilitou a industrialização: apesar de não serem considerados como objetos e mercadorias (como os escravos), não tinham garantidos quaisquer aspectos de sua cidadania, seja politicamente (já que não podiam votar até a promulgação da Constituição Brasileira em 1988), seja socialmente (porque não eram sindicalizados<sup>15</sup> e não tinham direitos à proteção assistencial), seja civilmente (porque estavam sujeitos à constante violência e extorsão da polícia e da justiça dos grandes coronéis, herdeiros das oligarquias patrimonialistas).

Atualmente, podemos pensar nos efeitos desse processo:

O sistema de propriedade concentrada da terra, herdado dos tempos coloniais, tem efeito dominó nas outras questões sociais. Apenas 1,88% das fazendas ocupam mais de 54 por cento das terras brasileiras, enquanto que 15 milhões de pequenos agricultores despejam sua força de trabalho em fazendas economicamente inviáveis, com menos de 10 hectares cada uma.[...] [A] polícia, com ou sem a ordem judicial de despejo, tem usado força excessiva em várias ocasiões, atirando em multidões de trabalhadores e suas famílias, espancando-os e queimando suas casas para forçá-los a abandonar a terra (Núcleo de Estudos da Violência, 1991. p. 7-9).

Diante deste contexto de violência e insegurança, foi nas cidades e nas pequenas vilas que esses homens e mulheres livres multiplicaram-se. Como polo de atração, e em

---

<sup>15</sup> Somente nos anos de 1950-1960, os trabalhadores rurais conseguiram organizar-se politicamente em movimentos sociais que mudaram a história do sindicalismo e da luta trabalhista no Brasil, a exemplo das Ligas Camponesas e do Movimento dos Sem-Terra.

contraposição à economia dos grandes latifúndios que dependia quase exclusivamente da mão-de-obra escrava, o ciclo da mineração, apesar de também contar com escravos, também contratava trabalhadores livres. Além disso, com a revolução industrial, as cidades incorporaram contingentes de homens livres e pobres, pressionando a alforria a partir da criação dos contratos de trabalho assalariados. Essa efervescência dos centros urbanos engendrou um sistema ampliado de controle social, conferindo à polícia o poder de controlar a “vagabundagem” ou “vadiagem” através da vigília da livre circulação na cidade – “um imenso poder sobre o pobre urbano. Quem não tivesse residência e meio de subsistência comprovados podia, ao arbítrio da autoridade policial, ser colocado em trabalhos forçados – por exemplo, em obras públicas. Os melhoramentos urbanos no Rio de Janeiro do século XIX e as primeiras estradas cafeeiras (como a Estrada da Polícia e do Comércio) foram construídas com “vadios” arregimentados à força” (Lessa, 2000, p. 13) – à semelhança da lei dos pobres e das *work houses* da Inglaterra.

Uma vez que a mineração começou a declinar e a industrialização ainda não era a tônica da política econômica brasileira, muitos “braços livres” ficaram desocupados, incrementando o contingente populacional de desempregados, que no último quarto do século XIX já chegava a 2.822.583 pessoas (o que representava quase 60% de todos os trabalhadores), segundo levantamento realizado em 1875 por Joaquim Nabuco ([1884] 2007) e analisado por Guimarães (1981).

Avançando um pouco mais em nossa linha cronológica, o final do século XIX e início do XX foram testemunhas de importantes transformações na sociedade brasileira, momento em que podemos destacar a abolição da escravatura em 1888 e a proclamação da República em 1889 como marcos históricos que representam as mudanças que estavam sendo geradas nos âmbitos econômico e político de então. De acordo com Ivo (2008), na última década do século XIX, após a abolição da escravatura, mais de 650 mil escravos foram assimilados à força de trabalho livre, justamente em um momento em que a agricultura dos grandes latifúndios monocultores entrava em forte declínio. Mas apesar da crise latifundiária, o que se observou no Brasil não foi a diversificação agrícola, com ênfase na diminuição dos grandes latifúndios, que deveriam estar agora mais acessíveis aos homens livres sob a forma de pequenas e médias propriedades, de cultivo diversificado. Ora, o que vimos acontecer foi justamente o contrário: a solução econômica encontrada foi diminuir o contingente de trabalhadores, que agora receberiam um salário equivalente aos custos de subsistência que os antigos senhores

gastavam quando eram escravos. E, além disso, nenhum tipo de recurso foi oferecido aos ex-escravos como forma de subsidiar sua sobrevivência como trabalhadores livres, porém desempregados (como educação, saúde, moradia, etc.).

Assim, esses movimentos transformadores, em sua maioria irreversíveis, mas de reduzida profundidade, não significaram avanços imediatos na direção de um ambiente mais democrático das relações sociais. Entre os fatores reversíveis dessa abertura institucional da República, podem-se considerar a persistência e o reforço do latifúndio. Ou seja, a abolição da escravatura não foi acompanhada da superação da estrutura fundiária altamente concentradora. Mantendo-se inalterada, essa estrutura reproduz a matriz oligárquica, num contexto político republicano ainda incipiente (Ivo, 2008, p. 118).

Desse modo, a indignidade da condição de trabalhador livre, que pressupunha subserviência e obediência pessoal, aumentava a resistência dos novos trabalhadores a vender sua força de trabalho nas lavouras. Sua representação acerca do trabalho era essencialmente negativa, pois ainda estava referida às práticas aviltantes que deveriam submeter-se no regime das grandes propriedades monocultoras, extremamente verticalizadas e de caráter servil. Desse modo, muitas vezes, somente o trabalho por conta-própria era considerado mais aceitável, mesmo que representasse uma remuneração extremamente baixa; e nesse contexto formas alternativas de “ganhar a vida” eram escolhidas – no campo, como posseiros de subsistência agrícola e nas cidades e vilas, como pequenos comerciantes, biscateiros e “volantes”. A prática de pedir esmolas e as relações que se estabeleceram com a igreja católica (a partir das doações dominicais de comida e roupas) também eram comuns nas cidades e vilas em crescimento.

Foi por conta dessa resistência ex-escrava em trabalhar no meio rural que a imigração acabou por ser estimulada como forma de trabalho servil da nova agricultura cafeeira do centro-sul. E a partir do momento em que a imigração se estabeleceu mais fortemente neste contexto, os ex-escravos que ainda se submetiam foram preteridos, o que funcionou como mais um vetor de migração destes em direção às cidades. Como no campo não havia espaço, foi nas cidades que essa classe conseguiu sobreviver:

A emancipação dos escravos agenciada pelo Estado Brasileiro não foi acompanhada pelas reformas agrária e urbana. Os negros sem terra, seguiram agregados aos seus senhores ou liberaram-se para as cidades, sem casa, caindo na indigência das favelas e no aviltamento dos

serviços proletários, sob o mando de novos senhores. Para as grandes cidades industriais foi carregada uma multidão de despossuídos, herdeiros sem herança, vítimas da expropriação que se abateu sobre seus avós roceiros, sobre os avós negros, os avós mulatos, os avós indígenas, os avós caboclos. Agora, nos bairros pobres, a espoliação prossegue seu curso, desta vez não tanto destruindo cultura como tolhendo a construção cultural, retendo as iniciativas populares num estado de inanição, inanição por privação de bens mundanos. (Gonçalves Filho, 1998, p. 6).

Cada vez mais, um discurso “racializado” associava a ética do trabalho a uma atitude branca, enquanto a vadiagem e a tendência ao ócio e à preguiça eram associadas aos comportamentos desviantes dos mestiços, mulatos, índios e ex-escravos negros que não estavam inseridos no mundo do trabalho formal. Nas palavras de Myrdal:

Nos tempos coloniais essa teoria deu racionalidade à estrutura colonial de poder. Ajudou a justificar o conceito popular de “responsabilidade dos homens brancos” para governar aqueles que em teoria não tinham capacidade de governar a si mesmos. Assim, sustentava-se a ideia de que nada mais poderia fazer-se para elevar a renda e o nível de vida das populações, porque esta situação angustiosa era uma consequência do clima e de fatos sociais e biológicos imutáveis. (Myrdal, 1977, p. 179, citado por Ivo, 2008, p. 123).

O fundamental a ser destacado nesse processo é a constituição paulatina de um discurso que dicotomizava o mundo do trabalho, como sendo representativo da moral e da ordem, e o mundo da vadiagem, amoral, caótico e perigoso, que deveria ser reprimido. “Nesse sentido a expressão ‘classes perigosas’ se referia especificamente àqueles fora do mundo fabril; mais especificamente àqueles que eram criminosos, delinquentes, ou simplesmente vagabundos e desordeiros, que viviam entre o cortiço e a rua, tentando impor a desordem” (Valladares, 1991, p. 87).

O período subsequente destacado por Ivo (2008), que podemos localizar a partir da década de 1930 – conhecida como era Vargas –, é caracterizado pelas transformações na economia – que deixava de constituir-se exclusivamente como de natureza agroexportadora, movendo-se em direção à industrialização e urbanização – e pelas regulamentações do mundo do trabalho. Foi nessa época que foi elaborada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e foi estabelecido o Salário Mínimo, em

resposta às reivindicações de uma classe operária que começava a constituir-se propriamente como tal.

De acordo com Bursztyn (2000a), nesse momento foi elaborada a primeira política pública de proteção social dirigida a essa nova classe: um sistema previdenciário foi criado a partir da regulamentação das relações trabalhistas, seguindo tendência mundial das políticas sociais do *Welfare State*. A partir de então, a proteção social deveria ser garantida pelo Estado aos trabalhadores formalizados (incluindo pouco a pouco os direitos de seguro-desemprego, aposentadoria previdenciária, férias remuneradas, etc.). Apesar dos avanços, essa proteção de alguns efetivamente implicou no abandono de um contingente expressivo de trabalhadores que não estavam inseridos no mercado formal e que não poderiam usufruir dos benefícios garantidos pela nova lei. Para eles, foi criado um sistema de assistência social, representado e gerido pela Legião Brasileira da Assistência (LBA), que deveria assegurar um “pronto-socorro social” aos “desvalidos” e garantir a prestação de serviços sociais básicos (a partir da gestão de entidades privadas, de caráter filantrópico). Contudo, tal política, segundo Ivo (2008), caracterizava-se, na verdade, pela “impossibilidade de superar as carências efetivas da população, reduzindo-se a atenuar e reproduzir aquelas ‘carências’, institucionalizando as manifestações do processo de pauperização absoluta e relativa do proletariado e as sequelas daí derivadas” (p. 122).

A partir dos anos de 1950, segundo Bursztyn (2000a), a urbanização brasileira se deu de modo acelerado e repentino, em movimento intensificado, quando a população urbana passou de 30% a 80% no fim do século XX. Essas transformações intensas estão intimamente relacionadas ao êxodo rural, intensificado pela paulatina modernização da agricultura (que reduziu o número de trabalhadores nos campos). Desde então, seguiram-se mais de trinta anos de migração rural, notadamente das regiões agrícolas do nordeste brasileiro, que sofriam também com as secas. Nesse contexto, Nascimento (2000) destaca que “o mundo da cidade, formado em sua maioria de cidadãos, de fato ou em potencial, opõe-se ao mundo rural, formado por uma população majoritariamente de excluídos. Migrar significa ampliar consideravelmente suas possibilidades de ‘ter direitos’: ao voto, à proteção social, ao acesso às riquezas advindas com a industrialização, entre outros” (p. 73). Aqui, já começamos a ver algumas semelhanças com a história de vida de D. Cristina, que migrando, esperava conseguir um emprego e melhorar suas condições e qualidade de vida.

Entretanto, o crescimento industrial representou por pouco tempo a possibilidade de emprego para os recém-chegados do campo nos centros urbanos. A pobreza começava a se acumular nas cidades, a mendicância e miséria começavam a compor quase obrigatoriamente a paisagem urbana; sua visibilidade tornou-se cada vez mais crescente. À medida que as cidades cresciam e que os pobres começaram a se acumular, também o fluxo migratório mudava. Já em fins do século XX, a migração deixou de ter no campo seu principal vetor de origem. A partir dos anos 1980, o fluxo de pobres do campo para as cidades próximas começou a diminuir, e em seu lugar, começou um fluxo de migração das cidades pequenas às metrópoles. Os moradores de rua dos dias de hoje seguem esse vetor migratório e quase já não estão ligados ao campo ou à agricultura rural. Relembrando a história de D. Cristina, seus pais migraram das regiões rurais da Amazônia em direção a uma cidade de médio porte do interior da Bahia, enquanto ela migrou desta cidade para São Paulo.

Como consequência desta migração cidade pequena-metrópole, de acordo com Bursztyn (2000a), um novo tipo de migrante surgiu, aquele que não mais consegue se estabelecer em lugar nenhum e constantemente migra para encontrar trabalhos temporários nas grandes cidades. São os “perambulantes”, também tratados por Cristovam Buarque como “modernômades” ou nômades da modernidade excludente. Muitas pessoas em situação de rua têm histórias marcadas por diversas migrações, movidas por oportunidades concretas ou simplesmente pela esperança de encontrar uma situação mais favorável na cidade seguinte. Se autodenominam “trecheiros”, aqueles que vivem nos trechos entre as cidades.

Mas para aqueles que conseguiram permanecer mais tempo nas cidades de destino, uma saída interessante foi integrar-se a movimentos sociais. Foi nessa época que os movimentos sociais ganharam força e diversificaram-se. Como pano de fundo das reivindicações, podemos encontrar a luta pela integração social e pelo reconhecimento e garantia de direitos.

Segundo Nascimento (2000), uma nova forma de cidadania surgiu na década de 1970 e 1980, em contraposição àquela “cidadania excludente”, fundada nas oligarquias e no patrimonialismo, que expulsava para as franjas da sociedade os trabalhadores informais, que passavam assim a habitar o espaço do não-direito. Foi a época do fortalecimento dos movimentos sociais, como resposta ao regime autoritário ditatorial do Brasil. De acordo com Abranches (1985), após anos de regime autoritário, o Brasil sofreu com uma política econômica claramente elitista, que privilegiou a indústria de

bens duráveis e a exportação de alimentos, empobrecendo grande parte da massa trabalhadora, ao mesmo tempo em que enriquecia as elites. Nessa época, a inflação sugava grande parte das economias dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que reduzia o poder de compra do salário-mínimo, o que teve impactos devastadores nos níveis de desigualdade do país.

Após a elaboração da Constituição Brasileira em 1988 como resultado da redemocratização política do país, o sufrágio universal foi instituído, e uma nova Seguridade Social foi implantada, introduzindo a noção de direitos universais como condição de cidadania. De acordo com Ivo (2008), a Seguridade Social, a partir desse momento, passou a fundamentar-se no incremento da rede pública de assistência, dividida então em três núcleos: a Saúde, a Assistência Social e a Previdência. A todos os cidadãos brasileiros, o direito de acesso a esse pilar deveria fazer-se ressoar como corolário da redemocratização do país.

Contudo, os avanços institucionais e políticos experimentados por essa nova relação entre a sociedade civil e a arena governamental logo foram desestabilizados por pressões de ordem econômica que impulsionaram mudanças em direção à reestruturação produtiva guiada por forças liberais. A liberalização dos mercados e a redução do papel social do Estado se apresentavam como soluções de uma “crise” de crescimento sofrida pelos países em que o modelo do Estado do Bem-Estar Social havia se instalado décadas antes. Como consequência, nosso país, que recentemente havia adotado os princípios da proteção social, não conseguiu atingir o pleno emprego e em pouco tempo já estava abrindo seu mercado aos ditames neoliberais do capital internacional.

A nova cidadania dos anos de 1990 foi forjada com essa dúbia relação paradoxal com a esfera dos direitos e da economia. Testemunhamos o deslizamento da ampliação democrática conseguida com novos patamares de participação política e de garantia de direitos (que com a Constituição caminhavam em direção a uma inclusão universal nos âmbitos civis, sociais e políticos), para a submissão a um modelo econômico neoliberal, “que historicamente produziu as maiores taxas de desigualdades econômicas, tendendo a aprofundar massivamente processos de dessocialização (pela precarização e o desemprego) e a destruir a cidadania inscrita em regras e direitos sociais conquistados” (Ivo, 2008, p. 150). Passamos então a um momento histórico em que alguns passam a ter mais acesso a direitos do que outros: uma *cidadania hierarquizada*, no dizer de Nascimento (2000), que tem como fundamento a imensa desigualdade econômica e social, que sustenta os maiores índices de concentração de renda mundiais.

A questão social, nesse contexto, a partir do ponto de vista governamental, não mais deveria ser relacionada com os determinantes estruturais da pobreza. A partir de então, as ações governamentais deixaram de se orientar por princípios redistributivos, deixando de lado o objetivo de diminuir a imensa concentração de renda e conseguir taxas de desemprego e de desigualdade social cada vez menores. Ao invés disso, foi preciso inventar uma “gestão estratégica da pobreza”: a assistência social passou a ser central ao combate à pobreza, e, fundada em princípios humanitários, passou a apresentar natureza compensatória e mitigadora, que setorialmente focaliza nos efeitos da exclusão que afetam alguns segmentos da população considerada pobre, agindo por meio de programas de transferência de renda. Essa reorientação, segundo Ivo (2008), destina-se a integrar os pobres ao *mercado de consumo* e assim dinamizar a economia a partir de sua participação ativa, em detrimento de ações que os integrasse ao *mercado de trabalho*, com suas proteções e efeitos de inclusão social.

### **3.2 Políticas sociais destinadas à pobreza a partir dos anos 2000**

A partir do ano 2002, com uma política de combate à pobreza como tônica do governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, mudanças foram realizadas em direção à criação de postos de trabalho como incentivo ao crescimento econômico do país, ao mesmo tempo em que se ampliava o Programa Bolsa Família, principal programa de transferência de renda, responsável por atender, em 2011, mais de 13 milhões de famílias (investindo mais de 900 milhões de reais neste ano). Desde o início do programa até o ano de 2006, segundo dados do IPEA, 31% dessa população conseguiu sair da condição de extrema pobreza, e os níveis de desemprego conseguiram finalmente escapar da curva crescente das décadas de 1980 e 1990. Porém, ainda que o crescimento econômico esteja sendo acompanhado pela geração de emprego, segundo dados do IPEA, a maioria da população economicamente ativa, ou seja 56,7% encontram-se sem as proteções do emprego formal, se contamos os empregados sem carteira assinada, os autônomos e os trabalhadores não remunerados. Além disso, foi possível observar que somente no segmento da população mais pobre houve melhoria da renda-trabalho:

Enquanto a melhoria da renda trabalho, pela recuperação do valor real do salário, favorece, fundamentalmente, os mais pobres, com faixas de renda de até dois salários mínimos, as transferências de renda dos

programas sociais permitiram que um importante número de famílias escapasse da condição da miséria. Trata-se, portanto, de uma focalização “dos mais pobres entre os pobres”. (Ivo, 2008, p. 224).

Mas vale lembrar que, justamente por não se constituir como programa de caráter universal (já que não é um direito constitucional de todos os brasileiros), o Bolsa Família possui critérios rígidos de seletividade<sup>16</sup>, elegendo apenas uma parte da população pobre para ser beneficiária. Nesse contexto, vale perguntarmos: o que é destinado àqueles que não conseguem trabalho e também não têm família? A seletividade deste programa implica em que todos aqueles indivíduos dessocializados, que não possuem nem mesmo a proteção dos laços e vínculos familiares, também *não tenham direito* a beneficiarem-se da transferência de renda e estejam, assim, *excluídos dessa proteção*.

*O caso de D. Cristina nos ajuda a compreender os efeitos dessa seletividade dos programas sociais. Nas ruas desde 2001, D. Cristina não é beneficiária de nenhum programa social. Como não tem família, não tem direito a participar do Bolsa Família. E como ainda não tem cinquenta e cinco anos (faltavam oito anos na época em que a conheci), a aposentadoria ainda é um sonho distante. Ela me disse que não sabe se estará viva até conseguir esse benefício (o que não deixa de ser uma ponderação sensata, diante de tantos perigos a que está exposta diariamente, além de condições de vida extremamente precárias). Apesar de apresentar alguns problemas de saúde (como tuberculose, hipertensão, problemas dentários e até mesmo algum transtorno de comportamento relatado em seu prontuário), nenhuma dessas enfermidades preenchem as condições que a tornariam apta para aposentar-se por invalidez.*

*A única política pública que está presente em sua vida refere-se à área da Saúde: o Programa de Saúde da Família sem Domicílio. Acompanhada por essa equipe desde 2009, D. Cristina vem recebendo cuidados constantes referentes à sua saúde bucal, ginecológica, ao tratamento de tuberculose e à oferta de apoio ao vício (tanto do álcool, quanto do crack e outras drogas). Até mesmo a zoonose foi contatada pela equipe para que seus muitos cachorros e gatos recebessem vacinas (houve uma época em que chegou a ter dezenove cachorros e quatro gatos).*

---

<sup>16</sup> O Bolsa Família seleciona famílias que tenham crianças em idade escolar (até quatorze anos) e com renda menor do que meio salário mínimo *per capita*, condicionando-as à vacinação e à frequência escolar.

*Como a assistência social estava distante de sua vida, a equipe tratou de tentar de alguma forma assumir essa função. O relacionamento de D. Cristina com a equipe chegou a ser bastante intenso: sabendo da importância de seus animais para sua vida, a equipe contatou o controle de zoonoses com a proposta de que tal instituição conseguisse um trabalho para ela relacionado ao cuidado com animais e moradia fixa. E propuseram como condição o estabelecimento de vínculo entre tal instituição com a UBS e o encaminhamento de D. Cristina para um serviço de saúde em álcool e drogas. Infelizmente tal projeto foi rejeitado.*

*Diante disso, a equipe ainda se arriscou um pouco mais, apostando em uma intervenção que pudesse fazer a diferença para sua saída das ruas. Luís, seu ACS de referência, conseguiu um emprego para ela como caseira em um sítio perto de São Paulo. Lá ela ganharia R\$ 400,00 por mês e teria um teto para morar. Ele conseguiu esse lugar após insistir com um conhecido, que é de família rica. Até seus cachorros foram com ela. Mas, em pouco tempo, ela já estava de volta às ruas (cerca de dois meses depois). Segundo Luís, D. Cristina entrou em contato com o tráfico de drogas da região e começou a gastar tudo o que ganhava com crack, a ponto de chegar a roubar objetos da casa onde estava para conseguir dinheiro para comprar crack e maconha.*

*Conversei com ela sobre esse episódio e ela me disse que fugiu de lá porque o dono do sítio havia prendido ela, e que não estava pagando nenhum salário. Enquanto ela estava trabalhando, ele a manteve trancada no sítio, sem contato com nenhuma pessoa. Ele só a visitava a cada quinze dias com uma cesta de alimentação e a ração dos cachorros. Depois de algum tempo, ela percebeu a situação e fugiu, abandonando seus cachorros lá (o que ela conta com bastante tristeza). Voltou às ruas em busca de novos cachorros e também voltou a usar crack, álcool e maconha. Depois desse episódio, suas relações com Luís ficaram abaladas, mas ela continuou a ser atendida pela equipe.*

*Sem muitos recursos, D. Cristina precisou criar estratégias de sobrevivência para adaptar-se à vida nas ruas. Ela me disse que para ela, é muito importante estabelecer vínculos de amizade com seus companheiros de rua. Para fazer isso, cozinha para alguns e até divide alimentos quando recebe certa “fartura”. Me disse que essa é a lei da rua, “você também tem que ajudar, porque de vez em quando todo mundo precisa de ajuda”. Alguns comerciantes da região já a conhecem por conta desses longos anos e sabem, segundo ela, que ela não representa nenhum perigo. Por isso, ela está sempre fazendo uma “ronda” em busca dessas doações, nas casas e comércios de seus amigos.*

*Aos poucos, acaba acumulando alguns objetos de ordem pessoal, utensílios de cozinha, roupas, cobertores e com sorte algum colchonete. Cheguei a conhecer seu mocó, bem organizado junto a um poste, com uma cozinha improvisada, alguns papelões para dormir, uma almofada velha e um cobertor novo dobrado, e algumas outras coisas guardadas em dois sacos grandes de lixo. O mocó ficava no meio da praça, um lugar que me chamou a atenção pela visibilidade e falta de proteção. Em seu prontuário, há relatos sobre isso: “Maloca organizada. Desenvolveu recursos de sobrevivência que garantem sua adaptação”. Mas, segundo ela, sempre que consegue organizar seu mocó, algo acontece e ela acaba perdendo o que possuía. E têm que começar tudo de novo... Apesar de se chatear muito, segundo ela, “não há o que fazer a não ser continuar a viver”.*

*Nesse sentido, suas amizades nem sempre são assim tão generosas e às vezes podem representar perigo. Roubos são constantes, sejam eles realizados pelo rapa (a polícia) ou por companheiros de rua. D. Cristina me disse que acredita que uma das pessoas que vivem na praça vem aproveitando-se dos momentos em que está dormindo bêbada para roubar-lhe, já que seus cachorros não latem com a sua aproximação. Ela mesma me disse que bebe às vezes, mas que ultimamente tem evitado porque acredita que um companheiro ladrão a rouba quando ela está dormindo um sono mais pesado depois que bebe. Segundo Luís, ela também é usuária de crack.*

*Mais importante que as pessoas, são esses cachorros e gatos que D. Cristina cuida. Quando a conheci, contei sete cachorros à sua volta (os gatos ficam espalhados na praça e aparecem na hora da comida). Para ela, viver nas ruas sem seus animais seria impossível. Em seu entorno, eles representam proteção (à aproximação de estranhos), e a possibilidade de criar relações de afeto e confiança. Boa parte de seus esforços cotidianos diz respeito ao cuidado desses animais, segundo ela, seus únicos amigos fiéis e verdadeiros, com quem sempre pode confiar.*

*D. Cristina me pareceu uma pessoa muito lúcida e crítica de sua situação social e de sua história. Contudo, a equipe a havia apontado como uma de suas pacientes que claramente sofriam algum transtorno de ordem “mental”. Depois que a conheci, não compreendi porque ela seria uma de minhas participantes. Comentei isso com Luís e ele me disse que, apesar de não tomar medicação psiquiátrica, ela muda seu comportamento muito repentinamente e, de um dia para o outro, podemos encontrá-la toda suja e despenteada, andando para lá e para cá, falando sozinha ou gritando pelas redondezas, além de ressaltar que é usuária de álcool e crack.*

Sem trabalho e sem direitos a proteção, as pessoas que não contam com suas redes de apoio familiar conseguem (sobre)viver inventando estratégias por vezes muito voláteis. Em diversas ocasiões, essas mesmas pessoas que parecem bem adaptadas, simplesmente perdem o controle, em situações de crise que revelam o sofrimento em que passam. No campo dos estudos sobre a situação de rua no país, há necessidade de compreendermos melhor tais estratégias de sobrevivência e, principalmente, forjar políticas públicas que estejam direcionadas para a garantia de direitos e que também respeitem suas necessidades e peculiaridades da vida nas ruas.

Para Escorel (1999), compreender o fenômeno das pessoas em situação de rua no Brasil implica relacionar as fragilidades advindas da desvinculação do mundo do trabalho (formal e informal) com a perda da proteção oferecida pelas sociabilidades familiares. Essa é uma discussão muito importante no campo dos estudos sobre as pessoas em situação de rua, uma vez que divide opiniões de pesquisadores e ativistas.

Segundo Escorel (1999), associar o fenômeno das pessoas em situação de rua somente à desvinculação do mundo do trabalho pode se configurar em uma leitura estreita das particularidades da história do assalariamento e das relações sociofamiliares no Brasil. Como vimos, a universalidade do pleno emprego nunca se concretizou em nosso país. Como estratégia de sobrevivência, o pobre urbano literalmente “inventou” um novo mercado de trabalho informal que o permitiu integrar-se marginalmente à vida econômica das cidades e muitas vezes até mesmo escapar da vida nas ruas, apesar de permanecer vivendo na pobreza, às vezes beirando a mendicância.

No contexto de escassez de empregos e exclusão da assistência, os trabalhos informais parecem ser a única possibilidade de garantir a sobrevivência. Inimpregável, essa camada da população encontrou uma nova profissão: como biscateiros, eles precisam saber um pouco de tudo e aceitar qualquer trabalho para conseguir sobreviver. Diante da falta de empregos estáveis, acabam se envolvendo com atividades mais próximas ao *ethos* das ruas, exercendo trabalhos informais de curta duração, extremamente precários, como guardadores de carro, catadores de papelão e alumínio e, com sorte, auxiliares de construção civil. Às vezes, conseguem dinheiro para comprar objetos de uso pessoal ou doméstico para revender como ambulantes em zonas de muito comércio de varejo. Segundo Bursztyn (2000a), desde os anos de 1970, vimos a categoria dos biscateiros proliferar de modo intensificado no cenário brasileiro de desigualdade social crescente.

Isso, contudo, não significa que podemos explicar o aumento das pessoas em situação de rua somente relacionando-o com o aumento dos trabalhos informais. Muitas pessoas que trabalham como biscateiros contam com a proteção dos laços familiares e de algum modo conseguem a duras penas sustentar um lar. D. Cristina, por exemplo, quando chegou a São Paulo trabalhou em distintas funções, inclusive como ambulante, geralmente no centro da cidade, e “caiu na rua” somente após perder alguns laços familiares e construir outro, que não representou cuidado e proteção. Sua aproximação com a vida nas ruas foi paulatina, e envolveu fragilidades relacionadas ao mundo do trabalho e à esfera afetiva.

Além disso, ressaltamos a importância de mais um fator de vulnerabilização e desfiliação: a distância de sua cidade de origem (com sua rede de amigos e instituições, referências que fizeram parte de sua vida). Frente às dificuldades relacionais e em relação ao emprego, D. Cristina não podia contar com essa rede relacional sustentada pela cidade de origem (e que vai além dos laços mais próximos, relativos à consanguinidade ou às relações conjugais).

Se pensarmos a desfiliação como um desenrolar de situações que envolve fragilizações várias e aproximações paulatinas com o mundo da rua, devemos reconhecer que processos sociais de âmbitos históricos, políticos e econômicos relativos a cada contexto social atravessam vidas concretas e se atualizam em trajetórias específicas e pessoais. Em nosso contexto sociopolítico, brevemente apresentado aqui, além das fragilizações relativas ao mundo do trabalho e às relações familiares, a migração e o envolvimento com o mundo das drogas aparecem como importantes fatores de vulnerabilização. Defendemos, portanto, que em nosso contexto, a migração e a aproximação com as drogas (seja pelo consumo ou pela venda) compõem o cenário de vulnerabilização, na intersecção com esses outros dois processos que a literatura social reconhece como importantes para a desfiliação social em outros contextos.

Vale ressaltar, entretanto, que tais estudos refletem apenas sobre os *processos* de produção de desigualdade social e desfiliação, mas não dão conta de dimensionar a extensão do problema em cada sociedade ou contexto específico. Nesse sentido, passa a ser necessário estipular qual a magnitude do fenômeno para que ele possa ser elevado à condição de problema social, e assim, justificar a intervenção estatal por meio de políticas públicas voltadas para esse segmento da população. Resta, portanto, saber quantos são os pobres e dentre estes, quantos estão em situação de rua, onde vivem, como se distribuem na cidade, e quais são os recursos concretos (institucionais, afetivos,

etc.) que contam para sobreviver. Nesse contexto, delimitar medidas de corte para contar os pobres passou a ser um empreendimento fundamental para a elaboração de políticas públicas voltadas para este fenômeno.

## Capítulo IV – Como medir a pobreza e contar pessoas em situação de rua?

### A emergência da *população* em situação de rua

Pessoas em situação de rua são, antes de tudo, pobres. E qualquer ação estatal voltada à pobreza (seja ela de caráter liberal, ou redistributivo) precisa antes de tudo saber as dimensões de tal fenômeno em cada sociedade. Seguindo tal linha de pensamento que embasa o campo das políticas públicas, contar os pobres passou a ser extremamente necessário a partir de recenseamentos fundados em indicadores sociologicamente construídos.

No início do século XX, surgiram as primeiras investigações sobre o consumo dos pobres em um estudo levado a cabo por B. Seebohm Rowntree, tomado como base para a definição de uma linha de pobreza construída a partir dos preços dos itens de consumo considerados vitais. Segundo tal índice, todos os indivíduos que não conseguem alcançar um determinado nível de consumo mínimo para assegurar sua sobrevivência são considerados pobres. Essa é a medida de pobreza absoluta, indicador construído essencialmente a partir de um critério de renda. Essa proposição desembocou em reflexões sobre o salário mínimo de subsistência e sobre políticas sociais de garantia de renda.

Seguindo o critério de renda, o Banco Mundial definiu a princípio como linha de pobreza o patamar de U\$ 1,00 diário *per capita*, valor que expressa níveis de consumo bem diferentes de acordo com o país e a região em que é aplicado. Rocha (2003) ressalta que, ao tomar a renda como critério de definição de pobreza é preciso refletir sobre as necessidades fundamentais de alimentação, que diferem em relação a cada contexto social. Se tomarmos como base as necessidades nutricionais, conseguimos definir, segundo ela, apenas a linha de indigência ou de pobreza extrema (onde encontramos as pessoas em situação de rua). Um conjunto mais amplo de necessidades passa então a ser incluído como critério para a definição da linha de pobreza, como vestimenta, habitação, etc. De acordo com essas reflexões, os estudos sobre a nova pobreza mundial estabelecem esse corte (de U\$ 1,00 *per capita*) como linha de miserabilidade, o que abarca 21,3% da população mundial, cerca de 1,101 bilhão de pessoas, de acordo com o Atlas da Exclusão (Pochmann et al., 2004). A linha de

pobreza, agora fixada em U\$ 2,00 diários *per capita*, abarca cerca de 52,8% da população do mundo, ou seja, em torno de 2,733 bilhões de pessoas.

A medida de pobreza absoluta, contudo, mostrou-se insatisfatória, uma vez que não permite estabelecer comparações entre os níveis de crescimento econômico e de pobreza internamente e também entre países. Uma medida de pobreza relativa passou a ser necessária em correlação com as análises acerca dos níveis de desigualdade social que distanciava os mais ricos e os mais pobres de acordo com a acumulação desigual de riquezas. A desigualdade social, nesse contexto, passou a ser entendida como a distância social, contextualmente situada, entre os mais ricos e os mais pobres, levando em consideração o acesso a bens e direitos ligados ao exercício da cidadania e a uma vida digna: liberdade, saúde, educação, emprego, higiene e saneamento básico, lazer, meios para participar do mercado de consumo, entre outros (Véras, 1999).

A discussão aqui reside sobre a distinção entre necessidades fundamentais e necessidades básicas. Ou seja, além dos mínimos relativos à manutenção física e biológica do organismo (alimentação, moradia, roupas adequadas, objetos para o domicílio e móveis), há também o reconhecimento da importância vital do acesso aos bens e serviços públicos (água potável, saneamento básico, transporte, serviços de saúde e educação). Reconhecer ambas as esferas de necessidade tem implicações efetivas na elaboração de estratégias para a promoção do desenvolvimento e erradicação da pobreza.

Aprofundando essa reflexão a favor da defesa da justiça social e da igualdade, Sen (2007) propôs uma concepção de pobreza como privação de capacidades, em franca oposição à definição de pobreza a partir de critérios de renda. Além das necessidades básicas e fundamentais, Sen ressalta a importância da liberdade e do exercício da cidadania, assim como dos processos de emancipação social, dando centralidade à capacidade de ação dos indivíduos na sociedade enquanto sujeitos ativos, protagonistas da mudança social. Tal concepção orientou a elaboração do Índice de Desenvolvimento Humano [IDH], adotado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (de 1997), que mede três dimensões básicas de desenvolvimento: a longevidade (esperança média de vida), o conhecimento (nível de escolaridade médio) e o padrão de vida (Produto Interno Bruto [PIB] *per capita*, medido em Paridade de Poder de Compra [PPC]).

Inspirado na discussão levantada pelo IDH, foi criado o Índice de Exclusão Social [IES], que tenta considerar distintas e simultâneas manifestações de pobreza:

analfabetismo, escolaridade, desigualdade de renda, desemprego, participação da infância e adolescência na população e violência expressa em homicídios, analisados como indicadores-síntese sobre a questão social. Esse conjunto de sete indicadores que compõem o IES foi utilizado para gerar um atlas mundial, orientado pela pergunta: “como, dentro da vastidão territorial, econômica e social, [podemos] identificar as áreas específicas por onde deveriam começar tais iniciativas de inclusão?” (Pochmann et al., 2004, p. 16). Tal atlas revela a distribuição geográfica da exclusão social, a partir de dados coletados e sistematizados de 175 países na década de 1990. Estes dados foram gerados oficialmente e disponibilizados por cada nação ou por agências multilaterais (como a ONU, a OMS ou a OMC).

O IES analisa diferentes indicadores a partir de três dimensões da vida humana, a saber Vida Digna, Conhecimento e Vulnerabilidade. A dimensão da Vida Digna volta-se para a análise do bem-estar material da população e é composta por três índices parciais: Pobreza, Desemprego e Desigualdade Social. A dimensão do Conhecimento mensura o acúmulo simbólico e cultural da população, e é composto por dois índices parciais: Alfabetização e Escolarização Superior. A dimensão da Vulnerabilidade avalia a exposição da parcela de idade mais baixa da população a situações de violência, e é composto por dois índices parciais: Homicídios e População Infantil.

Munidos de tais índices, fica mais fácil definir quem são os pobres e assim delimitar linhas de pobreza com efeito de focalizar ações e políticas públicas. No que tange às pessoas em situação de rua, estas ocupam as franjas da sociedade e podem ser definidas como aquelas que menos têm acesso aos fatores avaliados por esses índices e que sofrem justamente por estar excluídas da maior parte dos indicadores sociais que medem a qualidade de vida e o acesso a direitos.

Mas essa primeira aproximação permitida pelos índices de pobreza é apenas o primeiro passo em direção à construção de uma noção mais ampla, e que permite outras miradas e outras formas de governo, a saber, a *população em situação de rua*. No afã de elaboração dessa difícil noção, vão ser necessárias outras ferramentas, ou no de dizer de Foucault, outros dispositivos, que permitam abordar certo conjunto de pessoas e governá-lo a partir de sua inscrição como esse novo ente, de caráter coletivo, e que apresenta características peculiares, que o distinguem de uma simples reunião artificial entre multiplicidades de indivíduos (Foucault, 2008a).

De acordo com Foucault (2008a), é sobre o problema de como agir no nível da *população* que uma arte de governar, uma governamentalidade específica de nossa

modernidade ocidental, se formatou. É em relação às populações que intervenções no campo da economia e da política são elaboradas no afã de criar e forjar condições no entorno, cujos efeitos devem ser sentidos em coletivos específicos. Essa arte de governar, que tem suas raízes no século XVIII, opera a partir de mecanismos que se distinguem daqueles operados pelo sistema disciplinar de governo e também pela soberania: ela se apoia fundamentalmente em dispositivos de segurança. Isso efetivamente implica que, para governar populações, não será suficiente criar leis proibitivas que se destinam aos indivíduos presentes em determinado território circunscrito (como no sistema de soberania), nem mesmo esquadrinhar o espaço, vigiar todos os membros, individualizá-los e aplicar sobre o corpo de cada indivíduo regras delineadas detalhadamente (como no sistema disciplinar). Os dispositivos de segurança voltam-se para o nível da circulação (por exemplo, de bens, de pessoas, de insumos, de bactérias...) que acontece “naturalmente” em cada população, e desse modo, organiza como esses bens, pessoas, insumos, etc. se ordenam em circuitos cada vez mais amplos. Deixando tais circuitos desenvolverem-se, essa arte de governar estuda suas dinâmicas, e principalmente as cadeias de efeitos que são gerados e que afetam diferencialmente a população. Assim, são os detalhes desta circulação que interessam: a ação direciona-se aos elementos mais estratégicos de tais circuitos para determinada população. Tem como objetivo produzir certos efeitos que sejam sentidos por determinado coletivo (considerado uma população com características específicas e que deve se comportar de modo esperado). Nesse intuito, é preciso compreender tais elementos, ou seja compreender como determinados fenômenos sociais (como enfermidades, fome, violência, etc.) se distribuem desigualmente na população. E é aqui que as pesquisas entram em cena, oferecendo muito mais do que simples perfis de populações: seus hábitos, seu cotidiano, suas enfermidades, suas vulnerabilidades, suas circulações pela cidade, todo detalhe ganha importância para a construção de políticas públicas.

As políticas públicas brasileiras contam com certo perfil geral da população de rua, elaborado a partir de pesquisas censitárias que elegeram determinadas características de pessoas no afã de delimitar essa população. Para compreendermos como tal perfil emerge no contexto brasileiro, partimos da análise dos censos especificamente realizados para a contagem e o conhecimento mais aprofundado das vidas das pessoas que vivem em situação de rua.

## 1. Os censos e a emergência da noção de população em situação de rua no Brasil

*Consegui participar como observadora do último dia da 1ª fase do censo realizado pela FIPE em São Paulo. Finalmente!! Cheguei pontualmente às 22h00 para encontrar o grupo de pesquisadores no momento em que se concentravam em um equipamento da rede de assistência social, acompanhada de uma amiga, que estava trabalhando como pesquisadora pela FIPE. Foi ela que conseguiu a autorização para que eu participasse. Quando chegamos, já estavam quase todos lá. Em uma sala bastante espaçosa, mapas das ruas que seriam percorridas pelas equipes estavam dispostos no chão. Os pesquisadores estavam todos sentados, estudando os trajetos que seriam percorridos naquela noite. Quando estávamos indo em direção à equipe que eu acompanharia, encontramos com a coordenadora da pesquisa. Ela me disse que eu poderia observar o trabalho dos pesquisadores. Ela me pareceu muito correta e preocupada com a pesquisa. Perguntei se poderia participar como pesquisadora da FIPE na 2ª fase da pesquisa, e ela me disse que eu poderia enviar meu currículo, mas que seria difícil porque apenas 500 pesquisadores com experiência seriam convocados.*

*Fomos para perto dos mapas de nossa equipe. Lá, a supervisora do nosso pequeno grupo nos explicou o trajeto. Ela dividiu ao meio o grupo de oito pesquisadores, separando os territórios entre eles. Fiquei bastante impressionada com a organização de toda aquela logística, montada para que a equipe pudesse cobrir o território do modo mais eficiente possível. Mas, apesar de haver um roteiro (enviado pela FIPE) estruturado minimamente, contendo todas as informações sobre o trajeto a ser percorrido (por exemplo, onde começar, por onde seguir, onde terminar), logo percebi que ele não seria seguido. Ao que parece, a equipe o considerava pouco operativo. Quando fomos ao campo, pude perceber mudanças bastante importantes. Ao invés de seguirmos todos juntos, cada subgrupo de 4 pesquisadores dividiu-se uma vez mais em duplas, que deveriam se dividir pelas ruas, para cobrir o mais rápido possível o território a ser pesquisado. Eles me disseram que só assim eles conseguiriam pesquisar em todas as áreas.*

*Sáímos às 23h30 em uma van. Já estava ansiosa e mal podia esperar para começar logo. Além de nossa equipe com oito pesquisadores, havia outra equipe (com dez), que seguiu em outra van para pesquisar em outra parte do território marcada no mapa.*

*Assim que saímos caminhando, as duplas se dividiram. Acompanhei uma delas e ganhei folhas para fazer as perguntas. Em menos de um minuto, encontramos um grupo com quatro pessoas em situação de rua. Fiquei observando o modo como os pesquisadores perguntavam as informações contidas no questionário. Nunca vi entrevista mais rápida. As perguntas eram curtas, sem deixar margem para conversa. Um deles ia me explicando o questionário e dizendo que é necessário fazer perguntas curtas, porque assim as respostas também seriam mais objetivas. Estranhei um pouco que algumas características das pessoas eram apenas observadas e atribuídas pelos pesquisadores (como a cor da pele e a idade).*

*Seguimos pelo percurso indicado no mapa, junto a um segurança. Após um tempo, o segurança foi encontrar a outra dupla, porque o percurso a ser percorrido por eles eram mais deserto e possivelmente mais perigoso. Ele comentou comigo que já houve assaltos a pesquisadores.*

*Encontramos um grupo grande com cerca de treze pessoas em uma avenida. Entre eles só havia uma mulher. Logo percebemos que um deles estava claramente irritado com nossa presença, e mantinha um pedaço grande de pau na mão. Seu discurso era desconexo e nossas suspeitas de que ele estivesse embriagado logo se dissiparam. Ele parecia um caso de alguém em sofrimento mental, que estava bastante confuso e agressivo. A equipe tentou manter-se longe dele, mas seguiu entrevistando as outras pessoas. Mesmo tentando evitá-lo, ele manteve contato com a equipe, mesmo sem querer responder as perguntas. Ficou bem claro para mim que a equipe não tinha nenhum preparo para lidar com pessoas em sofrimento mental, nem com situações que envolvessem agressividade. Um dos entrevistadores é um pesquisador profissional, que vive a vida realizando diversos tipos de enquetes e pesquisas encomendadas por órgãos de pesquisa. Ele me disse que não tivera nenhum contato anterior com essa população e que estava um pouco amedrontado com as situações que teve que experienciar por conta do censo.*

*Depois disso, encontramos poucas pessoas em situação de rua (cerca de vinte e seis), e algumas delas estavam dormindo. Nesse caso, precisamos mexer nos seus pés para tentar acordá-las, mas algumas não acordaram mesmo assim. A abordagem dos pesquisadores era o mais gentil e educada possível, apesar da invasão que necessariamente eles realizavam ao tocar nas pessoas e abordá-las com uma lanterna. Alguns deles acordavam assustados e se encolhiam com medo. Fiquei muito incomodada com essa situação.*

*Quando acabamos o percurso de ruas marcado no mapa que deveria ser realizado a pé, nos encontramos com a supervisora e com as outras duplas em um ponto previamente marcado no mapa. De lá, seguimos de van de acordo com o percurso orientado pela FIPE. A supervisora era bastante desorientada e se perdia constantemente no mapa. Ela estava sentada ao lado do motorista e deveria indicar o trajeto a ele. De van, apesar de andarmos em baixa velocidade, me pareceu que perdemos algumas pessoas. Acho que já estávamos muito cansados e o balanço da van não ajudava muito para que os pesquisadores ficassem atentos. Eu mesma avistei três pessoas que dormiam nas ruas e avisei a equipe, depois de perceber que eles não os haviam notado. Todos acharam que o percurso seria rápido, mas como nos perdemos muitas vezes, acabamos somente às 04h00. (Trecho de diário de campo, dezembro de 2009).*

Este breve relato do acompanhamento de apenas um dia do censo suscita diversas reflexões quanto ao modo de fazer essas pesquisas e seus impactos para as pessoas em situação de rua. Pesquisas para contar pessoas em situação de rua enfrentam sérios problemas metodológicos. Desde a década de 1990, estudos com objetivo censitário foram levados a cabo em diversas cidades brasileiras, que contavam com definições distintas de quem seriam as pessoas a serem recenseadas, os lugares onde deveriam ser procuradas, assim como os métodos de investigação a serem utilizados. Essas diferenças tornam o trabalho de comparação entre resultados de pesquisas realizadas em cidades diferentes uma tarefa impossível e os dados de cada município acabam não podendo integrar análises que se voltem para este fenômeno a nível nacional.

De acordo com Ferreira e Machado (2007, p. 4), há uma primeira dificuldade que salta aos olhos: “o grande desafio foi desenvolver metodologias e parâmetros de

pesquisa que operacionalizassem o conceito de população de rua, no sentido de quantificar e avaliar, sob vários aspectos, quem seriam essas pessoas”. Para o autor, há uma séria dificuldade em definir quais são os limites que distinguem pessoas em situação de rua de pessoas de baixa renda com enormes carências habitacionais (especialmente em países e regiões com pessoas residindo em péssimas condições sanitárias e de habitação, como o Brasil).

Assim, a primeira medida para a realização de pesquisas censitárias que possam ser comparáveis é utilizar uma mesma caracterização operativa da população que deve ser contada. De acordo com Ferreira e Machado (2007), uma primeira definição comum utilizada pelos primeiros censos municipais brasileiros (no caso, os censos realizados em 1998 e em 2005 em Belo Horizonte, em 2000 em São Paulo e em 2005 em Recife), partia da seguinte definição: “Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular”. Outras definições foram utilizadas por outros censos municipais, o que dificultou a comparação de pesquisas e contextos (como, por exemplo, as definições e metodologias utilizadas nos censos de Porto Alegre de 1998-1999 e do Rio de Janeiro, realizado em 1999).

Para superar tais impasses, uma definição foi então proposta pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Foi exatamente esta a definição utilizada nos censos de 2000, 2003 e 2009 realizados na cidade de São Paulo, aqui exposta: “‘Moradores de rua’: pessoas que não têm moradia e que pernoitam nas ruas, praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viadutos, mocós, terrenos baldios e áreas externas de imóveis; ‘Acolhidos’: pessoas que, também sem moradia, pernoitam em albergues ou abrigos” (Schor & Vieira, 2009, p. 2).

Contudo, além da difícil questão que envolve a definição da população-alvo dos censos, muitos outros problemas, em geral metodológicos, foram enfrentados pelos censos municipais e que deveriam ser resolvidos antes da proposição de um censo nacional. Antes de tudo, de acordo com Ferreira e Machado (2007), é fundamental o mapeamento das áreas de concentração de pessoas em situação de rua, antes mesmo da aplicação dos questionários. Essa é uma medida que tenta remediar a falta de um endereço fixo, tomado como ponto de referência por todas as outras pesquisas censitárias, de onde são organizadas as visitas dos pesquisadores. Como a população em

situação de rua, por definição, não possui um endereço (pelo menos permanente), este torna-se um desafio à organização das equipes para realizar a pesquisa.

De uma maneira geral, estas pessoas tendem a estar próximas aos locais, onde podem obter alimentação, disponibilidade de produtos para vender (papéis, jornais, garrafas pet, etc..), locais com concentração de bares e restaurantes, ou de maior fluxo de pessoas, que indiretamente oferecem mais segurança e locais de mais alta renda, que disponibilizam doações e esmolas. Estas localidades acabam por coincidir com as características das áreas mais centrais da cidade, ou mesmo dos maiores centros comerciais dispersos pelos bairros. Esses aspectos facilitaram a delimitação de áreas. (Ferreira & Machado, 2007, p. 5).

Outra questão fundamental é certificar-se que a pessoa abordada nas ruas não possui uma residência. É possível elencar diversas razões para pessoas permanecerem nas ruas, apesar de possuírem casa: porque muitas vezes, não contam com recursos para o transporte coletivo, porque é mais seguro dormir junto aos carrinhos onde estão os materiais coletados para revenda, porque a distância entre a casa e o local de trabalho (ou de revenda de material coletado) é muito grande, devido à embriaguez, à confusão mental (no caso de pessoas com problemas mentais), etc. A solução adotada pelas pesquisas para esse tipo de problema foi logo perguntar, já no início da entrevista, se a pessoa que está na rua possui residência. Após essa primeira abordagem, pergunta-se também se existe algum outro local para pernoite, e qual o endereço. “Essa questão assumiu um caráter fundamental, na medida em que se podia detectar outros endereços de concentração de população em situação de rua e confirmava se o entrevistado realmente não possuía outro domicílio” (Ferreira & Machado, 2007, p. 5).

Diante da imensa diversidade de situações em que se encontram as pessoas que estão em situação de rua, registrar esses diferentes modos de relacionamento com as ruas e os recursos que contam para sobreviver passa a ser necessário. São muitos os locais públicos onde pessoas podem pernoitar, assim como é vasta a rede de instituições que contam para sobreviver. Assim, mapear as instituições e tipos prováveis de abrigo frequentados por essas pessoas também passa a ser tarefa dos censos.

Quando crianças são encontradas em situação de rua, os censos enfrentam mais um problema: contá-las ou não? Essa resposta reside na própria definição proposta de população em situação de rua: as crianças encontradas só seriam contabilizadas, apenas

quando acompanhadas por adultos. É o adulto responsável que deve ser questionado quanto às crianças que estão na rua sob sua responsabilidade. É comum observar crianças sozinhas ou em grupos pernoitando em logradouros públicos. Nesse caso, segundo Ferreira e Machado (2007, p. 6), “as crianças devem ser abordadas de uma maneira diferenciada em relação aos adultos em situação de rua. Podendo ser caracterizadas, de uma maneira geral, como sendo grupos distintos” (ou seja, como populações com características diferentes). Uma pesquisa voltada somente a essa população acaba se impondo, diante desta definição.

Além disso, segundo Ferreira e Machado (2007), é preciso que os censos sejam sensíveis para diferenciar aqueles que efetivamente moram nas instituições, daqueles que estão temporariamente abrigados. Há pessoas que estão em albergues há bastante tempo, uma vez que alguns deles abrigam pessoas por tempo indeterminado. “É, por exemplo, o caso, de algumas pessoas que apresentam deficiências permanentes que as impossibilitam, em parte ou completamente, de levarem uma vida independente. Em outras situações, é possível encontrar casos em que a própria pessoa opta por não sair da instituição” (p. 6). Metodologicamente, a linha de corte de três anos foi a solução encontrada: não devem ser consideradas como pessoas em situação de rua aquelas pessoas que residam há mais de três anos ininterruptos em uma mesma instituição.

Há também o problema das famosas “invasões” - é preciso diferenciar os moradores efetivos (ocupações consolidadas) de construções abandonadas, daqueles temporários (ocupações não consolidadas). Construções abandonadas vêm sendo ocupadas por pessoas sem teto e em situação de rua. As famílias sem teto têm um perfil de busca por moradias permanentes em construções abandonadas ou terrenos baldios e não devem ser incluídas na população em situação de rua se estiverem ocupando de modo mais permanente tais habitações. As moradias consolidadas por essas famílias devem abrigar as mesmas pessoas por um maior período de tempo, mesmo que haja certa rotatividade de seus habitantes (devido à condição de ilegalidade enfrentada). Já a situação de rua configura-se pelo uso ocasional e temporário deste tipo de ocupação. Para facilitar tal diferenciação, estabeleceu-se como critérios para determinar o grau de consolidação da ocupação o acesso a serviços públicos (fornecimento de água encanada, energia elétrica, coleta de esgoto, etc.), a relação do grupo com o entorno, crianças matriculadas em escolas e creches das proximidades e outras características similares.

Podemos também imaginar as dificuldades a serem enfrentadas para conseguir entrevistar as pessoas em situação de rua nos locais e horários onde costumam dormir. É

por isso que os censos da população em situação de rua são realizados durante a noite, período em que as ruas tendem a ficar mais desabitadas. Durante as noites encontramos nas ruas predominantemente pessoas em situação de rua sentadas ou deitadas (o que pode ajudar os pesquisadores a não abordar ou contar pessoas com residência, que podem ser confundidas durante o dia). Essa estratégia também diminui a probabilidade que uma mesma pessoa seja contada mais de uma vez, já que durante as noites as pessoas tendem a se deslocar menos. Essa logística noturna, entretanto, requer medidas de segurança (como a contratação de seguranças para proteger as equipes).

São inúmeros os desafios em realizar censos da população em situação de rua. Como pude presenciar em apenas um dia de censo, os esforços para a sua realização são imensos, a logística necessária é impressionante e, ainda sim, o modo como concretamente os pesquisadores vão a campo apresenta desafios frente aos complexos relacionamentos entre pesquisadores e pessoas em situação de rua. Partindo destas situações complicadas, os censos apresentam sua versão sobre as pessoas em situação de rua e as configuram enquanto uma população distinta. São estes os resultados que apresentamos em seguida.

## **2. Os principais resultados dos censos e seu impacto na construção da noção de população em situação de rua**

Uma vez considerados todas as dificuldades e desafios metodológicos para a realização de pesquisas censitárias de pessoas em situação de rua, podemos partir para os resultados concretos encontrados nas pesquisas realizadas na cidade de São Paulo e no território nacional. A primeira informação que salta aos olhos é que, no Brasil, o contingente populacional de pessoas em situação de rua vem aumentando consideravelmente com o passar dos anos, principalmente após a década de 1980. Somente na cidade de São Paulo, de acordo com o Censo dos Moradores de Rua da Cidade de São Paulo (Prefeitura Municipal de São Paulo & Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, 2003), existiam em 2000, cerca de 8.706 pessoas em situação de rua. Em 2003, esse número salta para 10.394 pessoas, um aumento de quase 20% em apenas 3 anos.

Em 2009, foi realizado um novo censo na cidade de São Paulo; seus resultados mostram que a população de rua continua crescendo de forma acelerada: foram contabilizados 13.666 pessoas em situação de rua (incluindo pessoas acolhidas em

albergues e abrigos municipais) (Schor & Vieira, 2009) – um aumento de 31,4% em 6 anos. Desde o ano 2000 até 2009, observamos, portanto, um aumento de 57%, o que significa um crescimento da população de rua em São Paulo muito maior do que a média de crescimento da população (em geral) no Brasil, que, desde o ano 2000 até 2010, cresceu somente 12,3%, segundo o censo demográfico realizado em 2010 (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão & Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2011).

Em 2007, foi realizado um censo nacional da população de rua em 71 municípios de todas as regiões do país, dentre eles, 23 capitais e 48 municípios com população igual ou superior a 300.000 habitantes (São Paulo e Belo Horizonte não participaram deste censo, porque já haviam realizado censos municipais em anos recentes). A metodologia e a definição de população em situação são compatíveis e por conta disso os resultados entre as pesquisas podem ser então comparados e integrados.

Foram então contabilizadas 31.922 pessoas vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em instituições – albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio e igrejas (Meta Instituto de Pesquisa de Opinião & Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2008). Destas, 72,5% viviam nas ruas (e não em albergues e instituições).

Com números dessa magnitude, a defesa do argumento de que este é um problema social grave torna-se muito mais fortalecida e somente essa informação, de base quantitativa, já permite aos movimentos sociais reivindicarem pautas na agenda dos governos (municipais, estaduais e até federal).

Seguindo as informações disponibilizadas pelos censos, podemos compreender como são elaboradas ações programáticas específicas na construção de políticas públicas concretas. No que tange às características socioeconômicas, tanto o censo paulista quanto o nacional seguem o mesmo padrão. Um breve resumo dos resultados das pesquisas pode ajudar a compreender como essa população começa a ser delineada oficialmente:

- A população em situação de rua é predominantemente masculina (82% nacionalmente, 86% em São Paulo).
- Mais da metade (53%) das pessoas adultas em situação de rua entrevistadas possui entre 25 e 44 anos. Em São Paulo, a metade da população em situação de rua está na faixa etária de 31 a 49 anos. A média é de 40 anos.

- Nacionalmente, 39,1% das pessoas em situação de rua declararam-se pardas (em proporção semelhante à observada no conjunto da população brasileira, de 38,4%), 29,5% declararam-se brancas (enquanto que encontramos 53,7% de brancos na população em geral) e 27,9%, pretas (em contraste com apenas 6,2% na população em geral). Assim, as pesquisas informam que a proporção de negros (pardos somados a pretos) é substancialmente maior na população em situação de rua do que na população em geral.
- Em ambos os censos, pode-se chegar à conclusão de que nas ruas ganha-se pouco, o suficiente para sobreviver. Os níveis de renda encontrados são extremamente baixos. Nacionalmente, a maioria (52,6%) recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais. Em São Paulo não é diferente: recebem em média R\$ 23,00 por dia, com um gasto médio de R\$15,00 diários. A maior parte do dinheiro é gasta com a alimentação. Em proporção decrescente aparecem a bebida, o cigarro e as drogas ilícitas.
- Os censos também divulgam dados acerca da escolaridade, predominantemente baixa. Em São Paulo, há 9,5% de analfabetos e a maioria (62,8%) possui ensino fundamental incompleto. Vale ressaltar que, segundo o censo, há uma parcela de 9% com ensino médio completo, 2,3% com nível superior incompleto e 1,9% com superior completo. Em relação a isso, comparando os censos de 2003 e 2009, houve uma queda na proporção de pessoas analfabetas, o que significa que pessoas mais qualificadas estão dormindo ou vivendo nas ruas. A nível nacional, 74% dos entrevistados sabem ler e escrever, 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome. Quase todos não estudam atualmente (95%).
- Dentre os motivos relatados pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua, destacam-se: problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Dos entrevistados no censo nacional, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos (que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro).
- Quanto à cidade de nascimento, a nível nacional, 45,8% dos entrevistados sempre viveram no município em que moram atualmente. Esse dado difere um pouco da cidade de São Paulo, onde apenas 27,5% da população que vive nas ruas são paulistanos. Isso sugere que o fluxo migratório para São Paulo é mais acentuado, e que essa cidade é um vetor de atração importante no país. Os 72,5% restantes

vieram de outros municípios do estado de São Paulo e de outros estados e a maioria desses (75%) migrou para a cidade de São Paulo uma única vez. Os demais vieram, saíram e voltaram para esta cidade mais de uma vez, são os chamados “modernômades” ou “perambulantes” (Burzstyn, 2000a). Cerca de 20% desses migrantes moram em São Paulo há 1 ano e pouco mais de 47% , há mais de 10 anos. O tempo médio na cidade dos que vieram uma única vez para São Paulo é de 18 anos. No censo também fica claro que a origem da maior parte dos migrantes é urbana (72% dos migrantes de São Paulo moravam em cidades antes de se mudarem), ou seja, as rotas de migração já não têm no campo seu vetor de origem.

- No que tange à rede assistencial de acolhida noturna disponível para as pessoas em situação de rua, segundo o censo nacional, a maioria das pessoas em situação de rua costuma dormir na rua (69,6%) em comparação com um grupo relativamente menor (22,1%) que costuma dormir em albergues ou outras instituições. Apenas 8,3% alternam entre a rua e os albergues. Já em São Paulo, apesar de a maioria já ter dormido alguma vez na vida em albergues (79%), quase todos dormiram na rua antes de pernoitar pela primeira vez em um albergue. Apesar de conhecerem a rede de albergues, a rua mantém-se como espaço em que 95% costumam dormir. Apenas 3,8% dormem em albergue e eventualmente permanecem na rua. Talvez o tamanho da cidade e a localização dos albergues (que agora estão começando a ser removidos do centro em direção às periferias) sejam motivos para que quase toda a população de rua em São Paulo prefira dormir nas ruas.
- Quanto ao histórico de internação em instituições, o censo paulista divulga que 52,5%, ou seja mais da metade das pessoas em situação de rua já vivenciou internação involuntária ou mesmo compulsória. Dessas, 26,8% são egressos da casa de detenção; 11,2% foram internos da FEBEM/Fundação Casa; 25% estiveram em clínica de recuperação de álcool e droga e, em menor proporção, em hospital psiquiátrico (8,2%) e orfanato/internato (4,9%). O gráfico nacional segue a mesma tendência:

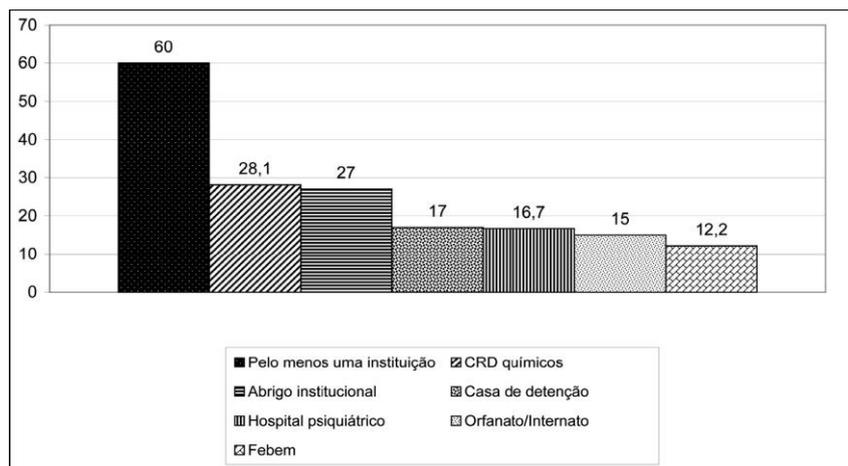


Gráfico 1: População em situação de rua segundo histórico de internação em instituições, 2007-8 (%) (Meta Instituto de Pesquisa de Opinião & Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2008, p. 8).

- Quanto às informações relativas à rede afetiva e familiar, o censo paulista aponta que poucos compartilham a vida nas ruas com algum companheiro (apenas 33%). Quase 60% têm filhos, mas apenas 0,8% estão com eles. Muitos (61%) têm parentes na cidade, mas o contato com eles é pouco frequente. Nos últimos seis meses, apenas 31% tiveram algum contato com esses parentes e à medida que se amplia o tempo de rua, os contatos tendem a se espaçar cada vez mais.
- Quanto ao trabalho, em São Paulo, 94% tinham uma ocupação e 67,6% desses trabalhadores estavam empregados com registro em carteira. A nível nacional, 70,9% exerciam alguma atividade remunerada. Dessas atividades destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência, dado importante a ser divulgado, uma vez que ajuda a desmistificar o fato de que essas pessoas não gostam de trabalhar e se comportam como “mendigos” e “pedintes”. Apenas uma minoria pede dinheiro para sobreviver.
- A maioria (58,6%) tem profissão. As principais áreas de atuação citadas em São Paulo foram a construção civil (27,2%), o comércio (4,4%), o trabalho doméstico (4,4%) e a mecânica (4,1%).
- Quanto aos serviços da rede de assistência social, em São Paulo, 44,3% utilizam o restaurante popular para comer; 23,7% utilizam os serviços de albergue para pernoite; 28% frequentam as casas e centros de convivência e 19% frequentam as tendas e núcleos de serviço onde podem cuidar da higiene pessoal e participar de

algumas atividades. A nível nacional, a rua ainda permanece como o lugar onde boa parte das pessoas em situação de rua tomam banho e fazer suas necessidades fisiológicas. Podemos aqui perguntar por que esses serviços são tão pouco utilizados. Se há duchas e banheiros públicos, por que as pessoas não os utilizam? Em minhas caminhadas pelo centro de São Paulo, algumas vezes tive a oportunidade de entrar na Tenda, onde esses serviços são disponibilizados. Todas as vezes que fui, havia uma fila grande, e apenas poucos banheiros químicos (de plástico) disponíveis e geralmente bem sujos. Em uma das vezes que estive lá, já havia fila para banho muito antes de os banheiros abrirem. Além das pessoas que estavam nas filas, havia algumas pessoas sentadas e deitadas pelos cantos e sempre um grande número de policiais, inclusive com viaturas no pátio da Tenda. Não me pareceu um lugar acolhedor.

- Mesmo vivendo em condições insalubres, em situação de risco constante, os censos divulgam que muitas pessoas em situação de rua afirmaram não sofrer de qualquer problema relacionado à sua saúde (46%, no censo paulista, 30% no censo nacional). Dentre aqueles que mencionaram algum sofrimento, destacamos hipertensão, HIV/Aids, acidentes, fraturas, problemas respiratórios, problemas de visão/cegueira e psicológicos/mentais. Resolveram esses problemas procurando o pronto-socorro ou hospital (cerca de 50% em ambos os censos) ou o posto de saúde (25%, também nos dois censos). Alguns não buscaram nenhuma ajuda e foram às vezes socorridos por terceiros. O acesso aos medicamentos é conseguido majoritariamente nos postos de saúde.
- Além disso, o consumo de drogas também é referido nos dois censos. Muitas das pessoas em situação de rua fazem uso de drogas (como o crack e a maconha) e consomem álcool (74,4% fazem uso de um ou mais dessas substâncias), o que pode ser compreendido como fator de degradação, porém, ao mesmo tempo, como estratégia de sobrevivência e de sustentação diante da fome, do frio e das ameaças de violência (Rosa, 2005). Dentre as substâncias ingeridas, destacamos: bebida alcoólica, 65%; crack, 27,3%; maconha, 21% e cocaína, 11,8%. Tais informações são corroboradas em diversos artigos publicados sobre a situação de rua no país:

Muitos já faziam uso de algumas dessas substâncias antes mesmo de chegar à situação de rua, o que pode ter sido também um fator desencadeador dos problemas subsequentes de desestruturação familiar, perda de emprego, perda da moradia. Independentemente das

causas, é alta a proporção dos que estão nas ruas atualmente e que declaram sem qualquer constrangimento, que fazem uso de álcool e drogas como algo incorporado em seus hábitos. (Schor & Vieira, 2009).

- Os censos chamam atenção também ao exercício da cidadania: quase a metade (42,6%) das pessoas em situação de rua em São Paulo não possuem os documentos fundamentais para seu exercício, ou seja, são pessoas que não existem como cidadãos. Nacionalmente, 61,6% não votam, porque não possuem título de eleitor.
- Em São Paulo, o Movimento Nacional de População de Rua é conhecido apenas por 24% das pessoas em situação de rua. Dentre esses, 38% participam de alguma atividade promovida pelo Movimento, enquanto que nacionalmente apenas 2,9% afirmam participar de algum movimento social.
- Informação importante é divulgada quanto aos programas governamentais que fazem parte da Previdência ou da Assistência Social: a maioria das pessoas em situação de rua não são beneficiárias (88,5% afirmaram não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais). Entre os benefícios recebidos, destaca-se: a aposentadoria (3,2%), o Programa Bolsa Família (2,3%) e o Benefício de Prestação Continuada (1,3%).

Apesar das muitas diferenças encontradas nas características das pessoas em situação de rua que vivem em cidades diferentes ou mesmo dentro de uma mesma cidade, certo perfil começa a ser delineado pelos resultados dessas pesquisas. A partir desses perfis, as políticas públicas passam a ser dimensionadas em relação ao contingente populacional a ser atingido e às principais vulnerabilidades que precisam ser focadas.

Antes, contudo, de adentrarmos o mundo das políticas públicas, pensamos ser importante refletir sobre a vida nas ruas em si mesma, sobre os sofrimentos envolvidos, a violência, sobre a forma como historicamente foi sendo delineado o governo das ruas, para neste contexto compreendermos as políticas públicas atuais elaboradas para as pessoas que aí vivem.

## Parte III – Como é viver nas ruas?

### Interlúdio III

*Saí hoje sozinha, sem a equipe, e quis circular pelo centro da cidade, reparando nas pessoas que ali circulavam. Precisei sentar e na praça, ficar um pouco, diminuir meu ritmo. Como eu andava rápido!! Parece que a velocidade das pessoas aumenta quando estão mais perto do metrô, seus passos apressados aceleravam os meus. E na praça, ufa! Sentar e parar! Em um momento me peguei um pouco distraída, olhando as outras pessoas em situação de rua que estavam ali bem perto, sem fazer nada. Eram cerca de vinte, mas elas não pareciam interagir umas com as outras. Estavam como eu, paradas na praça. Seus olhares não eram curiosos, pareciam vazios, seus corpos, rendidos, a espera de algum acontecimento ou simplesmente do passar do tempo. Eram os únicos que estavam sentados hoje. Perto deles, somente havia dois camelôs que estendiam óculos de sol e brincos em panos no chão e justo ao seu lado três policiais de GCM, circulando devagar. Fiquei um tempo olhando para as pessoas ali sentadas e o movimento frenético de todos os outros que pareciam correr para a vida que o metrô as transportaria. Que contraste! Pareciam dois mundos diferentes... Comecei a reparar em uma situação bastante corriqueira: um homem, sentado em um banco da praça, ao lado de um saco grande, onde suponho que guardava seus objetos pessoais. Estava ali com uma garrafa de cachaça na mão, daquelas de plástico de refrigerante de dois litros, quase cheia. Tomava goles bem devagar e olhava o ritmo acelerado à sua volta. Mas algo me chamou a atenção: abaixo dele, quase entre suas pernas um braço apareceu e uma mão foi estendida. Somente depois que o homem passou a garrafa, percebi que havia outro companheiro de rua, que estranhamente estava deitado embaixo do banco. Olhando aquilo, estranhei. Na verdade, não o havia visto ali. Coberto com uma manta dessas emaranhadas, parecia fundir-se com o asfalto. E ali, embaixo do banco, camuflava-se e conseguia alguma privacidade no meio de toda a correria da cidade. Creio que ainda estava despertando. Ainda*

*era cedo... Fiquei pensando se havia dormido ali a noite toda e imagino que sim. Devia ter sentido frio... Pelo menos não choveu essa noite! O banco grande da praça até daria para deitar, se não fossem aquelas separações de ferro... Como se as pessoas realmente precisassem apoiar os braços! Vi que o seu companheiro sentado o chamou para sentar no banco, mas ele preferiu ficar deitado, no chão mesmo... Mas não por muito tempo; em poucos minutos o caminhão pipa vai passar para lavar o chão da praça e todo mundo (inclusive eu) vai ter que correr! (Trecho de diário de campo, 13/12/2010).*

## **Capítulo V – Como governar o espaço público? A violência e insegurança das ruas e o governo das pessoas que nela habitam**

### **1. As políticas de segregação e a violência quase institucionalizada direcionadas à pobreza urbana**

Encontrar um espaço para viver no meio das cidades não é tão simples como pode parecer, principalmente para aqueles que não conhecem a cidade e não se inscrevem nas redes de solidariedade inscritas nas comunidades bairristas. Até mesmo o espaço público é disputado – os melhores lugares para construir os mocós (geralmente embaixo de viadutos) estão sempre ocupados e mesmo assim é preciso estar atento todo o tempo para a possibilidade de ser “despejado” através do confisco realizado constantemente pelo rapa ou mesmo por outros companheiros de ruas, através de furtos ou brigas de rua. Manter um espaço fixo é uma tarefa que exige a colaboração de várias pessoas – é por isso que os mocós mais antigos são aqueles em que famílias mais numerosas vivem, onde há sempre pelo menos uma pessoa tomando conta das coisas. Para aqueles que não contam com a proteção de grupos, muitas vezes o jeito é dormir embaixo de bancos, de marquises.

Dentro de cada bairro, as cidades crescem e a população urbana vem literalmente se sobrepondo, construindo habitações agora verticalmente. O vetor de crescimento das cidades se dá não somente na exploração de novas áreas nas periferias: a extensão das cidades segue o vetor vertical, através da construção de edifícios em condomínios nos bairros ricos e de classe média; de conjuntos habitacionais em bairros destinados às classes baixas; ou de lajes em bairros onde vive a população mais pobre, de urbanização geralmente irregular (como as favelas, por exemplo).

Quando falamos das soluções habitacionais elaboradas em bairros populares, o sucesso das lajes é evidente! E assim, nos bairros pobres e favelas, as casas parecem dobrar-se umas sobre as outras e os becos ficam cada vez mais estreitos. Essas soluções habitacionais verticais, contudo, não são para todos. Elas apareceram justamente como saída familiar de moradia, e apresentam pelo menos três vantagens claras: primeiro, elas evitam a compra de um novo lote de terra (o que as configura como uma solução mais

econômica), segundo, elas mantêm os laços familiares e comunitários e, terceiro, elas garantem a vida em localidades mais próximas ao centro (já que lotes de terra não construídos só estão disponíveis em regiões ainda não urbanizadas e bastante distantes do centro). Para escapar das ruas, os moradores urbanos precisam encontrar onde morar, ao mesmo tempo em que necessitam desenvolver habilidades ocupacionais.

Para aqueles que chegam às novas cidades de destino, não há espaço nos centros das cidades e, assim, lhes sobra somente instalações precárias nas periferias. É justamente esse movimento que faz crescer desordenadamente as invasões dos bairros marginais das grandes metrópoles brasileiras. Esse movimento expressa uma segregação espacial entre pobres e ricos, ao mesmo tempo em que cresce a especulação imobiliária nos centros das cidades e a pressão para retirada e eliminação de invasões nas proximidades dos bairros ricos. Essa tendência de hierarquização do uso do solo consiste importante vetor de espacialização de processos de exclusão social.

Em reflexão sobre as vantagens e desvantagens da vida nos centros e periferias das cidades, Bursztyn (2000a) comenta:

Residindo nas proximidades das áreas urbanas mais bem dotadas de, as populações mais pobres também usufruem – mesmo que marginalmente – de certas vantagens, que podem ser contabilizadas como “renda” adicional. Nesse sentido, cada indivíduo dispõe de uma “renda real”, que pode ser superior ou inferior à sua “renda monetária”, dependendo do acesso que tenha aos serviços, às amenidades e à infraestrutura urbana. Ora, a remoção dos pobres para a periferia representa um “confisco” de renda real, com perdas evidentes de qualidade de vida. (Bursztyn, 2000a, p. 49).

O alargamento dos bairros periféricos é somente mais uma consequência desse processo: moradias, mesmo que precárias, de algum modo sempre proliferaram nos espaços intersticiais das grandes cidades e irremediavelmente, depois de muita luta, acabaram sendo “integrados” (de forma marginal) à cidade. O processo de urbanização da maioria dos bairros populares, considerados inicialmente como invasões, é acompanhado de embates constantes, muitos despejos e destruições, até que por fim sejam assimilados oficialmente aos serviços urbanos (a partir de um processo paulatino de pavimentação e extensão das redes de energia elétrica, água e esgoto). Isso significa que essas pessoas conseguem a duras penas a proteção do lar, apesar de contarem em sua grande parte com subempregos ou com trabalhos temporários, com contratos

informais, o que as mantêm na condição de pobres. Mas esse afastamento do centro da cidade tem seu preço.

As políticas públicas, nesse contexto, operam como força centrífuga de remoção da miséria do centro para as periferias. As iniquidades e a estagnação das periferias e as precariedades das zonas rurais funcionam, ao contrário, como forças centrípetas de atração das pessoas para os núcleos centrais das cidades. Se somadas às fragilidades ou dificuldades relacionais no âmbito das relações familiares, essas forças centrípetas podem resultar no efetivo deslocamento dos pobres para o centro em busca de melhores oportunidades. Essa tensão entre forças centrífugas e centrípetas pode ajudar a compreender a crescente população em situação de rua nos centros, sem trabalho, sem laços familiares e sem moradia e o aumento do mal-estar urbano ligado à sensação de vulnerabilidade por conta da suposta ameaça que representam à segurança pública. “Diferentemente de outras épocas, as ruas tornaram-se território dos miseráveis, e a cidade oficial tem de edificar verdadeiras barricadas de grades e alambrados para proteger os prédios” (Bursztyn, 2000a, p. 50).

Mas viver nas ruas não é fácil e envolve a exposição constante a perigos, ao frio, à violência. Encontrar um canto para dormir em si mesmo é uma tarefa complicada e muitas pessoas em situação de rua disputam pelos espaços mais seguros, com menos exposição e pouca circulação de pedestres e carros. Em minhas caminhadas pelas ruas do centro da cidade de São Paulo pude testemunhar a segregação da pobreza muito claramente: uma verdadeira arquitetura antimendigo vem sendo erigida por todos os lados, desde câmeras de segurança que aumentam a visibilidade e constroem pessoas em situação de rua, até os bancos das praças (que agora têm apoios de braço que dividem o espaço dos bancos, impedindo que pessoas possam deitar e dormir). Até as portas dos estabelecimentos comerciais agora têm acopladas uma pequena grade (às vezes pontiaguda) no chão para impedir que pessoas possam dormir embaixo de suas marquises.

Além dessa arquitetura excludente, as cidades contam com programas especiais de remoção dos pobres do centro. Essa segregação socioespacial, incentivada pela necessidade do mercado imobiliário de apropriar-se seletivamente do espaço e da terra, pode ser observada em bairros com traços exclusivos ou diferenciados. Estes são bairros que se “beneficiam” de políticas públicas e práticas sociais particulares de caráter discriminatório e segregador, responsável por erigir uma “muralha invisível” nos contornos entre o centro valorizado da elite e a periferia destinada aos pobres.

*A história de vida de D. Cristina (apresentada no capítulo anterior) é um exemplo do caráter excludente das cidades. Para ela, a vida domiciliada em São Paulo exigia ao menos 1 hora e meia de viagem de sua casa alugada na periferia da Zona Leste até o centro (e depois mais uma hora e meia para voltar). Quando estava trabalhando em uma fábrica, me contou que precisava entrar às 07h00 e para conseguir chegar no horário acordava um pouco antes das 05h00 para pegar um dos primeiros trens e metrô. No fim do expediente, saía do trabalho às 17h30 e conseguia chegar em casa às 20h00 (porque às vezes não conseguia pegar os primeiros trens que passavam, porque estavam muito cheios). Isso significa que ela dedicava cerca de quinze horas de seu dia somente ao trabalho.*

*Depois que foi morar nas ruas do centro, muitas vezes foi abordada por serviços de assistência social e recebeu algumas vezes a oferta de voltar à Bahia (e para isso receberia somente um bilhete de passagem de ônibus, somente de ida, claro). A oferta de dormir em albergues fora do centro também existiu, porém não foi aceita por ela, já que preferia dormir na rua com seus companheiros a ter que se deslocar todos os dias. O centro ainda representava a possibilidade de conseguir pequenos bicos ou até mesmo algum trabalho temporário com os conhecidos da região. No mínimo, no centro ela conseguia se virar bem com os serviços de banho, doação de comida e roupa que recebia das entidades da região. D. Cristina somente aceitou sair das ruas quando foi oferecida a possibilidade de dormir em um albergue no centro, mas só conseguiu permanecer lá por algumas noites, porque não gostou do ambiente – sentia-se controlada e observada o tempo inteiro. Além disso, foi roubada enquanto dormia, e tinha dificuldades para dormir com o barulho das outras pessoas. O banho era frio e ela precisava estar na fila às 16h00, o que a impedia de trabalhar. E o pior de tudo era a impossibilidade de dormir com seus cachorros, o que a fazia se sentir muito mal.*

*De volta às ruas, D. Cristina foi pouco a pouco construindo estratégias de sobrevivência que estão totalmente integradas à vida no centro de São Paulo. De lá não quer sair e desconfia das pessoas que oferecem ajuda para que saia do lugar onde vive. “A rua não é lugar para viver, mas foi onde consegui encontrar meu cantinho”, dizia ela, afagando um de seus cachorros.*

*Apesar de muitas vezes não serem efetivas, tentativas de deslocamento dos pobres e pessoas em situação de rua da região central de São Paulo vêm sendo realizadas constantemente. O fechamento paulatino dos albergues do centro da cidade e seu deslocamento para a periferia não é uma simples coincidência. Desde 2008, a*

*prefeitura de São Paulo fechou quatro importantes albergues no centro da cidade: o Jacaré (antigo Cirineu, com quase 400 vagas), o Glicério (conhecido como albergue São Francisco, com 300 vagas, mas que chegou a abrigar quase 700 pessoas nas temporadas de frio), o República Condomínio AEB (com 85 vagas) e o Pedroso (com cerca de 400). É bem verdade que as condições sanitárias dos albergues eram péssimas (já que a maioria foi construída embaixo de viadutos e tinha pouca ventilação e muita umidade). Diante desse cenário de abandono o que fazer? A prefeitura poderia reformá-los ou em caso de impossibilidade, construir outros prédios para abrigar suas sedes na região do centro, mas ao invés disso, a promessa incluiu somente a construção de novos albergues na periferia ou no máximo, a ampliação das vagas dos albergues afastados do centro. Essa tentativa de deslocamento das pessoas em situação de rua do centro, contudo, não foi bem sucedida, já que, como D. Cristina, a população de rua que vive e trabalha na região prefere dormir ao relento a ter que se deslocar.*

Ademais, a atuação desta política de segregação, ou melhor, de marginalização social não se restringe à simples remoção dos serviços de acolhida para onde querem que os pobres se dirijam; a política social conta agora com um requinte de crueldade a mais.

## **2. A cracolândia no alvo das políticas de higienização social do centro de São Paulo**

Atualmente, na cidade de São Paulo vem sendo implementado o Projeto Ação Integrada Centro Legal, que, à princípio, não foi criado para atender nenhum desses objetivos. Esse projeto funciona desde julho de 2009 e apareceu nesse contexto como uma política social inicialmente destinada ao cuidado dos usuários de crack da região da Luz (centro de São Paulo), conhecida também como Cracolândia. Efetivamente, o projeto envolve profissionais de saúde de diversas instituições da região central de São Paulo que, através da construção de vínculos potentes de cuidado, foram pouco a pouco se aproximando dessas pessoas e assim construindo intervenções terapêuticas. Lancetti (2011) ressalta a importância de reconhecermos a potência de cuidado e vínculo desenvolvida por essas equipes em suas abordagens cotidianas, uma vez que um imaginário de abandono completo das políticas sociais é enfaticamente denunciado pela mídia sensacionalista. Além dos profissionais de saúde, o projeto também contava com a Central de Atendimento Permanente e de Emergência [CAPE], formada por 414

Agentes de Proteção Social que fazem abordagens diárias e sistemáticas aos moradores em situação de rua e com 44 kombis para realizar o encaminhamento dessas pessoas à rede socioassistencial da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social [SMADS] em toda a cidade. Desde o início do projeto, foram realizadas mais de 50 mil abordagens no centro por 27 equipes.

Contudo, implicitamente não podemos pensar no Projeto Ação Integrada Centro Legal (voltado aos pobres da região) sem seu gêmeo rico, o Projeto Nova Luz, de revitalização urbanística do centro. O objetivo deste último não tem a ver diretamente com as pessoas em situação de rua da região; ele está claramente associado à especulação imobiliária que, há alguns anos, está voltando sua atenção para a revalorização das áreas centrais, segundo o plano de planejamento urbano em que o Projeto Nova Luz integra. Mas como revitalizar uma área onde vivem muitas pessoas em situação de rua e usuários de drogas? Para dar conta deste novo projeto urbanístico, além de desapropriações, demolições e construções de novos centros comerciais, culturais e residenciais, o projeto requer antes de tudo uma ação: a remoção de pessoas em situação de rua que vivem na região. Em um artigo publicado na Folha de São Paulo, as intenções governamentais ficam bem claras:

O projeto de revitalização da cracolândia elaborado pelo governo Gilberto Kassab (DEM) prevê transformar a área, no centro de São Paulo, no bairro com a maior população por metro quadrado da cidade. Ocupada por prostitutas desde a década de 1930, a região concentra centenas de viciados, que fumam crack nas ruas em plena luz do dia, e é alvo de freqüentes operações policiais.

A prefeitura estabeleceu como meta uma densidade populacional de 35 mil habitantes por km<sup>2</sup> o equivalente a 17,5 mil moradores nos 500 mil metros da região.

O dado consta do edital – aberto ontem para consulta pública – de contratação da empresa que fará o projeto urbanístico do novo bairro, rebatizado de Nova Luz.

O projeto, que deve ficar pronto só no segundo semestre de 2010, dirá exatamente quais tipos de prédios poderão ser feitos em cada local e terá de prever a construção de praças, centros de lazer e garagens e o alargamento das calçadas.

Com o projeto pronto, a prefeitura vai abrir licitação para escolher outra empresa que será responsável por implantá-lo.

Essa empresa terá o direito de desapropriar imóveis, mas deve fazer as obras exigidas pela prefeitura. Em troca, poderá lucrar na venda dos imóveis na área valorizada. As obras não devem começar antes de 2011.

A prefeitura não sabe exatamente quantos moradores a área tem hoje, mas estima que são entre 10 mil e 12 mil.

O índice de 350 habitantes por quadra (100 m x 100 m) foi definido, segundo o secretário de Desenvolvimento Urbano, Miguel Bucalem, para aproveitar a infraestrutura já instalada – como as redes de água e luz.

Na região, já estão o Museu da Língua Portuguesa, a Sala São Paulo e a Pinacoteca. Ainda será instalado o futuro Palácio da Dança, com projeto estimado em R\$ 311,8 milhões. (Folha de São Paulo, 2009, 02 de julho).

Pouco mais de um ano depois, alguns quarteirões da região já haviam sido demolidos. Contudo, interessadas nos 3,5 milhões de reais a serem investidos, algumas empresas ainda disputavam a licitação, e diante do problema, a Justiça de São Paulo suspendeu as obras (ainda em fase de demolição) em setembro de 2009 e a região ficou abandonada. Nessa época e por mais de um ano, a mídia, ao invés de tratar o caso abordando o abandono das obras pela prefeitura, voltou sua atenção para as pessoas que usavam crack na região:

Antiga cracolândia voltou às origens, agora concentrada nos escombros da obra de demolição dos imóveis que vão ceder lugar ao futuro Complexo Cultural da Luz, em São Paulo.

Desde que os trabalhos foram suspensos por causa de disputa judicial, o imenso canteiro virou abrigo para um "exército de farrapos humanos": usuários de crack e moradores de rua.

Uma unidade móvel da Guarda Civil Metropolitana assiste à movimentação em torno da praça Júlio Prestes. (Folha de São Paulo, 2010, 14 de set.).



Figura 2: Foto da cracolândia (Folha de São Paulo, 2010, 14 de setembro)



Figura 3: Foto de usuários de crack na cracolândia (Folha de São Paulo, 2010, 14 de setembro).

O que fazer com essas pessoas? A Ação Integrada Centro Legal pouco a pouco começou a ser mais e mais requisitada para dar conta dessa situação e nesse processo sofreu a pressão da especulação imobiliária, o que efetivamente foi sentido tanto pela população alvo do programa como pelos profissionais. Em entrevista ao Portal G1, o médico psiquiatra Raul Gorayeb (coordenador do CAPS Infantil da Sé) relata como o projeto aos poucos foi perdendo sua intenção de cuidado para transformar-se em mais uma ferramenta de controle social e segregação e punição da pobreza. Após recusar-se a colaborar com tal projeto, foi afastado do cargo. Na entrevista oferecida à reportagem do G1, Gorayeb comenta sobre a pressão que sofria para internar adultos e crianças em situação de rua e desabafa:

“A gente tem responsabilidade. A gente ficou três meses avaliando crianças e nenhuma delas tinha indicação de internação. Eram pegos usando crack, fumando maconha, cheirando cola. Isso não é certo, mas não quer dizer que eu tenha o direito de trancá-la num hospital psiquiátrico.” [...] “A gente estava fazendo o trabalho no CAPS Infantil, e dá trabalho montar uma equipe para trabalhar bem, quando começou a operação que hoje eles chamam de Centro Legal e eu chamo de ‘varrição do entulho social. Eles imaginam que varrendo uma coisa feia do centro, vão ganhar dividendos perante a população. E começaram a fazer isso de forma truculenta e inadequada.” [...] (Portal G1, 2010, 24 de abril).

E continua:

“A grande maioria das pessoas que usam drogas, sejam lícitas ou ilícitas, não tem problemas de saúde e nem precisa se tratar por causa disso. Há equívoco, às vezes, da autoridade de saúde e até de alguns profissionais. Então o que essa diretriz da política pública atual fez? Convocou a Guarda Civil para passar e recolher as pessoas que encontravam e quem se deixava apanhar era levada para o Caps.(...) E queria que a gente concordasse em internarem hospital psiquiátrico que eles fizeram convênio.”

“O erro de querer interná-las está no fato de que para cuidar do problema eu não tenho que internar. Tenho que cativar confiança, levar para abrigo, ver se tem vínculos familiares que ele deseja ou possa retornar. Se não criar situação de lar substituto.” [...] O CAPS não pode ser usado como ‘quebra-galho da falência do sistema social’”. (Portal G1, 2010, 24 de abril).

A foto publicada no G1 representa bem como a abordagem aos dependentes químicos da região era realizada:



Figura 4: Abordagem de policias a pessoas em situação de rua (Portal G1, 2010, 24 de abril)

Antes mesmo de a GCM ser ativada, a própria CAPE foi convocada. Articulados ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [SAMU], os agentes de proteção social acabavam sendo requisitados a reproduzir a cultura manicomial de internação e medicalização dessas pessoas. Tal serviço deveria participar das operações de higiene e controle social que pouco contribuíram para forjar relações de cuidado e autonomia. Mas diante da recusa das instituições de cuidado em saúde mental de caráter aberto, também a CAPE saiu da jogada e foi preciso dar um passo adiante para levar a cabo a “varrição social”, nas palavras de Gorayeb.

Outros jornais de bairro do centro passaram a relatar essa situação chamando a atenção das autoridades de que algo deveria ser feito, já que nem a polícia poderia fazer algo ali, dada a quantidade de “vagabundos e desordeiros, viciados e ladrões” que perambulavam na região a qualquer hora do dia ou da noite. Diante deste cenário, em janeiro de 2012, uma ação policial foi planejada com o intuito de remover essas pessoas da região, com o objetivo explícito de “causar dor e sofrimento” como forma de “incentivar o tratamento”, como disse o secretário do prefeito, Luiz Alberto Chaves de Oliveira, coordenador de Políticas sobre Drogas do governo. Desse modo, um projeto de replanejamento urbano ligado à especulação imobiliária se viu atrelado ao um projeto de cuidado nos campos da saúde e da assistência social.

Vale lembrar que, no Plano de Ação Integrada Centro Legal, estava prevista a construção de um hospital de tratamento (mas não sabemos como efetivamente seria realizado esse tratamento, se o hospital teria caráter aberto ou mais pareceria com um manicômio ou com uma cadeia). Contudo, mesmo antes da construção do hospital e sem o apoio dos profissionais de saúde e dos agentes de proteção social, a intervenção

para “incentivar o tratamento” se viu reduzida ao uso da força bruta empregada por policiais, cachorros, viaturas e cassetetes. Esse trecho de um manifesto realizado por moradores da região dá a tônica da intervenção:

Após anos de descaso frente ao problema dos dependentes químicos e à ocupação do espaço público por eles na região da Luz, o poder público optou pela pior forma possível de “resolver” um problema de tamanha complexidade, do dia para a noite, através de uma operação “espanta mosca”, de “dor e sofrimento” não só aos usuários do crack, mas a todos os moradores, comerciantes e usuários do centro de SP.

A violência da força policial ao agredir os dependentes químicos, a “procissão do crack” pelo centro da cidade provocada pela estratégia de expulsão dos usuários e a guerra urbana que se instaurou com a ação policial são apenas algumas das consequências de uma política equivocada, ingênua e desastrosa. Esta medida tem gerado ainda ameaças aos moradores e comerciantes de roubo, de incêndio às lojas, além de toda sujeira “sanitária” gerada pela peregrinação dos viciados à diferentes locais na área. (Blog Apropriação da Luz, 2012).

Nos anos de 2011 e 2012, o cenário de combate e guerra às drogas e seus usuários não mudou. Em verdade, a situação de perseguição foi aprofundada, paralela à ampliação de sua repercussão midiática como grave problema social. Neste contexto, o Deputado Estadual Orlando Bolçone propôs em 2011 o Projeto de Lei nº. 673/11 de internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de droga, sendo que o tratamento médico previsto em clínicas de reabilitação deve ocorrer independente da autorização dos pais, sendo estes apenas notificados quanto ao local onde a criança ou o adolescente está recebendo o tratamento e às circunstâncias em que ocorreu a sua apreensão.

Em 2012, tal medida foi estendida a adultos e deveria ser posta em prática nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Nesta última, o governador Geraldo Alckmin (PSDB) encabeçou o convênio entre o Estado, o Tribunal de Justiça de São Paulo, o Ministério Público de São Paulo e a seção paulista da Ordem dos Advogados do Brasil. Estes órgãos devem funcionar em um anexo do Centro de Referência de Álcool Tabaco e Outras Drogas [CRATOD] para agilizar o tratamento compulsório de dependentes químicos. Lá, cada usuário de droga recolhido nas ruas deve passar por avaliações médicas e psicológicas para, então, ser encaminhado para o plantão judiciário. Cabe à junta, formada por advogado, promotor e juiz, definir se o paciente deve ou não ser

internado, independente de sua vontade. Segundo o governo, a internação compulsória só será indicada a dependentes químicos cujo estado de saúde seja grave e que, comprovadamente, não tenham consciência de seus atos.

Tal tratamento, compulsório e imediato, gerou imensa polêmica e o posicionamento contrário de diversos órgãos e entidades de classe, forçando o governo a justificar os interesses que se alinharam para que tal articulação fosse tão rapidamente assumida por tais instituições.

A ministra Gleisi Hoffmann (Casa Civil) disse ontem, durante evento de prefeitos em Brasília, que é necessário "acabar com a falsa polêmica" sobre as internações de viciados em crack, compulsórias ou não.

Para conselho, internação compulsória deve ser último recurso "Quando for necessária internação compulsória, colocando em risco outras pessoas, e não tiver condição de discernir, Estado e família têm que entrar, essa é a regra", disse a ministra. (Folha de São Paulo, 2013, 31 de janeiro).

E ainda,

Segundo o governador, com o convênio, o encaminhamento de casos graves e urgentes para internação involuntária e compulsória vai ganhar mais eficiência. "Não podemos ignorar o fato de que hoje há uma questão de saúde pública e social extremamente grave. Nós não podemos deixar ninguém para trás, não podemos desistir dessas pessoas e temos que dar a elas a oportunidade de tratamento", afirmou Alckmin. (O Estado de São Paulo, 2013, 11 de janeiro).

Todos esses acontecimentos dizem muito dos modos como nossa política social vem sendo elaborada para as pessoas em situação de rua, sejam elas usuários de droga, profissionais do sexo, ambulantes, guardadores de carro, catadores de lixo ou pedintes. Seus objetivos não se voltam para a garantia de direitos ou melhorias de sua qualidade de vida, mas sim às tentativas de expulsão dos espaços públicos valorizados da cidade, de segregação e marginalização social.

Para Escorel (2000), o tratamento social com base na violência e repressão foi incrementado em nossa sociedade por conta do aumento de visibilidade das pessoas em situação de rua decorrente da diminuição e delimitação dos espaços de obtenção de renda e de sociabilidade nas cidades. Pouco a pouco, foi sendo vedado aos pobres o acesso ao espaço privado (cada vez mais encerrado em condomínios fechados) e ao

próprio espaço público. Por meio de gradeamentos, nossas praças paulatinamente vão deixando de ser totalmente públicas; empresas custeiam seu cuidado e manutenção diários em troca de propagandas, o que lhes permite gradear praças como forma de impedir que sejam utilizadas por pessoas em situação de rua durante as noites. Como consequência, muitas pessoas acabam dormindo nas calçadas, embaixo de marquises ou viadutos, sem nenhuma privacidade e expostos a violências e roubos.

Mas como chegamos a esse ponto em que o espaço público está sendo privatizado e as pessoas que aí dormem estão cada vez mais expostas, mais visíveis, mais públicas? Parece que está havendo uma inversão da própria relação entre o que consideramos público e privado. O florescimento da esfera privada parece agora intensificado, sobreinvestido por nossas políticas atuais. Na raiz desse processo, descobrimos ser necessário refletir sobre como a rua e as pessoas que nela habitam passaram a ser alvo de estratégias de governo. É essa história antiga de ocupação das ruas e de governo dos espaços e das pessoas que apresentamos em seguida.

### **3. A arte de governar o espaço público**

Como falar de pessoas em situação de rua sem também realizar uma reflexão sobre a própria noção de rua, sobre o que ela significa em nossa sociedade? Sabemos que a rua como um lugar não pode ser considerada como uma realidade estanque e imutável, caracterizada pelo simples trânsito desordenado de pessoas que a utilizam para chegar onde precisam. Não é simplesmente lugar de passagem e configura-se como espaço vivido, locus de distintos relacionamentos sociais.

Historicamente a rua ganhou diversos significados, foi e é habitada de modos diversos, por populações distintas e ainda constitui-se como palco de disputas entre grupos que tentam controlar e governar seus espaços. Tal configuração multiforme informa sobre sua importância na configuração de nossa sociedade contemporânea. Para nos acercarmos desse mundo, reproduzimos aqui um trecho do diário de campo como forma de ilustrar diferentes maneiras de habitar a rua em um dia em que pude participar de uma outra forma de habitar e viver a rua.

*(...) Depois de passar pouco tempo na Casa do Imigrante, resolvi voltar à UBS. Lá, encontrei Luís e Larissa (os ACSs) de saída para fazerem VD [Visita Domiciliar]. Pedi para acompanhá-los. Subimos a rua da UBS, em direção a uma rua*

*de muito comércio informal da região. No caminho, em uma grande praça perto de uma saída do metrô, encontramos D. Sandra, no lugar onde sempre fica, embaixo de um grande viaduto, acendendo o fogo de seu fogão improvisado. Com ela, estava Cláudio, que nos recebeu também muito receptivamente. Fiquei impressionada com aquela cena, tão corriqueira para eles e tão diferente para mim. Estavam em um grupo de sete pessoas – Luís cumprimentou com um aperto de mão a todos e os chamou pelo nome. Com Luís, pareciam que todas as “portas” estavam abertas e de repente me senti sentada em uma sala, participando do café da manhã daquele grupo de pessoas. A primeira coisa que fizeram foi oferecer o café para nós e perguntar se não queríamos sentar. Luís e eu nos sentamos junto com eles no chão, Larissa ficou em pé conversando com Cláudio, que tinha chegado junto com a gente.*

*Embaixo do viaduto, Seu Elton cozinhava algo com um cheiro muito bom em uma lata de tinta em cima de dois tijolos que improvisavam um fogão a lenha. Dois deles, José e Aníbal, estavam com suas garrafas de plástico na mão e já tinham começado a beber sua cachacinha (o “desjejum”, me disseram, rindo). Uma moça jovem, Deise, cortava três pães franceses no meio; havia em um canto quatro copos de café, que ela me disse ter conseguido em uma padaria da região. Reparei que, além disso tudo, os “quartos” já estavam relativamente arrumados – haviam algumas caixas que separavam onde D. Sandra e Deise dormiam – os homens dormiam em papelões e seus cobertores estavam postos em cima de cada “cama”. Somente Seu Jorge ainda estava na cama (era um dos mais velhos do grupo e tinha um colchãozinho), e estava coberto com seu cobertor (apesar do calor que fazia às 10h da manhã em novembro). Tinha um copo de café na mão. D. Sandra me mostrou a faca que fica ao seu lado enquanto dorme e disse que é sempre complicado dormir perto de homens – mesmo que sejam seus amigos. Além de tudo isso, Cláudio tinha um carrinho de supermercado cheio de*

*coisas (e aquilo compunha bem aquela cena e a organização do grupo).*

*Fiquei impressionada em pensar que ali havia uma casa e um grupo que se organizava para manter aquele estilo de vida. Eram, de algum modo, uma família. Justo ao lado, passavam muitas pessoas que saíam do metrô, mas que pareciam tão imersas na correria cotidiana, que literalmente não olhavam para o lado e um pouquinho mais adiante para vê-los. Curioso pensar que talvez essa distância os permita ficar invisíveis e criar toda aquela organização, bem no meio de carros e pedestres, metrôs e ônibus.*

*Durante o café, D. Sandra falou que voltou a beber novamente e que Cecília (uma mulher que mora por lá) parou de beber, mas continua fumando muito crack. Ela disse que parou de ir ao CAPS por um tempo, mas que logo vai voltar a tomar as medicações todos os dias novamente. Achei engraçada a lógica, já que ela vai dar um tempo das medicações tomando cachaça (e segundo Larissa, também usando crack). Disse que seu corpo precisava de um tempo daquelas medicações (antidepressivos associados a um antipsicótico forte) para se recuperar. Ela precisava todos os dias ir ao CAPS para tomar medicação e muitas vezes não recebia os remédios porque mostrava sinais de embriaguez. Ficamos um pouco com eles e seguimos por uma avenida de grande fluxo, em direção a uma rua de comércio ali no centro. Pouco dias depois, Luís me disse que o rapa passou e pegou tudo o que tinham, mas que no outro dia de manhã estavam por lá novamente (Trecho de diário de campo, 03/11/2010).*

Neste dia, eu pude participar do espaço público de modo diverso do que estava acostumada, uma forma de habitar a rua como nunca antes havia experienciado. Claro que já havia visto este tipo de situação outras vezes – como os transeuntes que por ali passavam e que viam apenas de relance aquela reunião –, mas participar dela e compor aquele momento com aquele grupo nos fez repensar que lugar é esse a que chamamos rua.

Esse esforço de refletir sobre a rua como um lugar habitado diferentemente durante as épocas, marcado pelos relacionamentos de caráter público, só faz sentido se pensarmos as suas transformações, as suas mutações em consonâncias com processos sociais outros enfrentados pelas sociedades. É nesse âmbito que destacamos um processo fundamental para compreendermos os modos como hoje a rua é habitada: o desenvolvimento da vida privada e a sua paulatina contraposição com o mundo público.

### **3.1 Breve história da rua: florescimento da vida privada e esvaziamento da esfera pública**

No prefácio do primeiro volume da *“História da Vida Privada”*, Duby (2009) ressalta o contraste entre os mundos da vida privada e da vida pública expresso nos vocabulários do senso comum desde muitos anos atrás. No cerne deste contraste, o autor aponta uma oposição fundamental: de um lado encontramos a intimidade e segurança da vida privada – considerada como uma zona de imunidade devido ao recolhimento, à familiaridade e à vida doméstica – e de outro, o mundo do público – onde é preciso defender fachadas e imagens de prosperidade pessoal, além de proteger-se dos perigos externos.

Como raiz do processo que opôs estes dois âmbitos da vida moderna, Duby (2009) aponta a hipervalorização da intimidade, testemunhada pela Europa do século XVIII quando do desenvolvimento das cidades e dos centros urbanos. Parece paradoxal, mas o processo de constituição da vida privada aconteceu de modo concomitante ao florescimento da vida pública. O século XVIII constitui-se como a época em que o fortalecimento do comércio e da nova classe social emergente – a burguesia – estimulou a vida pública das cidades, que então estavam em pleno desenvolvimento.

O processo de hipervalorização das relações íntimas aparece neste contexto como central para a compreensão acerca do desenvolvimento de estratégias de governo voltadas ao controle e disciplinamento do espaço público. Sennet (1999), em seu livro clássico *“O declínio do homem público”*, corrobora com as reflexões dos autores da *“História da Vida Privada”*, analisando a sociedade europeia após a Idade Média – principalmente a partir do século XVIII – e as transformações paulatinas nos modos como as pessoas habitavam os espaços públicos e privados das cidades. Desse modo, compreendemos que a relação entre o governo do espaço público e o florescimento da esfera privada não pode ser dissociada.

Segundo Duby (2009), desde a Idade Média assistimos o fortalecimento do conflito entre as esferas do público e do privado. A rua, nesse processo, foi palco de disputas entre uma burguesia em ascensão e um Estado também fortalecido que tinha no príncipe sua representação. Foram nas ruas das cidades que muitas das guerras, revoltas e levantes foram travados, e foi em direção a elas que se desenvolveram modos de governo que tentavam acompanhar as transformações sociais e o crescimento das cidades e zonas urbanas. O próprio poder soberano por muitos anos fez-se funcionar a partir de uma exposição constante de seu poder em via pública – era nas ruas que a força da lei soberana deveria ser encarnada nos rituais públicos dos suplícios.

A execução pública, por rápida e cotidiana que seja, se insere em toda a série dos grandes rituais do poder eclipsado e restaurado (coroação, entrada do rei numa cidade conquistada, submissão dos súditos revoltados) [...] Antes de mais nada, a importância de um ritual que devia exibir seu fausto em público. Nada devia ser escondido desse triunfo da lei. Os episódios eram tradicionalmente os mesmos e no entanto as sentenças não deixavam de enumerá-los, de tal modo eles eram importantes no mecanismo penal; desfiles, paradas nos cruzamentos, permanência à porta das igrejas, leitura pública da sentença, ajoelhar-se, declarações em voz alta de arrependimento pela ofensa feita a Deus e ao rei. (Foucault, 1987, p. 67-68).

Nesse contexto, desde muito tempo, a rua serviu ao governo das cidades. Além de se constituir como palco para que o Estado soberano sustentasse seus abusos de poder, ela mesma, pouco a pouco, passou a ser considerada lugar perigoso, uma vez que era habitada somente por grupos a quem o Estado não conseguia controlar – os desempregados, os andarilhos, os ladrões, os vagabundos, as prostitutas, e também aqueles que se reuniam em revoltas e manifestações populares. A rua era o lugar do povo, onde era possível algum tipo de resistência coletiva, mesmo que pouco organizada ou momentânea.

Diante deste tipo de cenário comum de revolta e motim popular, certo governo deste lugar tido como *no man's land* social (“terra de ninguém”) passou a ser necessário através do controle das ruas e das estradas, exercido pelo recém-nascido Estado-Nação enquanto modelo de governo europeu. Nos relatos e reflexões realizados por Castel (2009), em seu livro “*As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*”, é possível perceber que o governo do espaço público elaborado desde os séculos XII e XIII mescla intervenções que responderam à princípio ao sistema de governo da soberania. À

medida que o sistema de soberania foi perdendo força, outras tecnologias de controle do espaço público passaram a ser desenvolvidas, como forma de governo que se sustentava na disciplina.

O espaço público, pouco a pouco, passou a representar a possibilidade de fuga institucional e liberdade ocasional, além de se constituir como um lugar que permitiria a reunião desses indivíduos, que em coletivos – mesmo que não organizados politicamente – representariam um obstáculo para seu controle e disciplinamento. Desse modo, caso não se constituísse também como lugar de controle e disciplina, o espaço público deveria ser tomado como ameaça à ordem e à moral, uma vez que não serve ao imperativo normalizador de produção de indivíduos mais eficientes, seguidores das regras da sociedade (segundo os imperativos de um sistema mais capitalista).

Mas como disciplinar o espaço público? Como normalizar esse lugar onde o caos, o impensado, o imprevisto podem acontecer entre pessoas que não se conhecem? Como domar a ordem de acontecimentos que a rua permite, com seu potencial de articulação de coletivos? Em *“Vigiar e Punir”*, Foucault (1987) desenvolveu a sua reflexão sobre o papel estratégico oferecido às instituições dentro do projeto de disciplinamento da sociedade do século XVIII e XIX. Para o autor, as instituições constituem-se como uma série de comportamentos, regras e leis organizados, propostos com o objetivo de criar novas formas de relacionamento social entre pessoas que ocupam posições de poder hierarquicamente diferentes. Tais dispositivos disciplinares necessitam ser levados a cabo através de materialidades específicas: edifícios especialmente desenvolvidos – fábricas, escolas, prisões – que têm como função suplementar o exercício de poder. Segundo Tirado e Domènech (2001), a disciplina, pensada por Foucault como um dispositivo de normalização, sempre esteve baseada em um exercício de poder que comporta uma dimensão institucional, e que esta depende intrinsecamente das materialidades oferecidas pelos edifícios para que seus mecanismos pudessem funcionar.

Mas como pensar em uma instituição para disciplinar o espaço público, se a própria rua por definição é o espaço do fora? Afinal, onde há edifícios materiais, não há rua. Assim, como institucionalizar a rua no sentido oferecido por Foucault – como exercício de poder suplementado por estas tecnologias materiais, por edifícios especialmente desenhados para controlar, disciplinar e normalizar? Que outras estratégias de governo foram necessárias segundo essa tentativa de minimamente

controlar os acontecimentos das ruas, as articulações diversas e as reivindicações e resistências que poderiam aí ser sustentadas?

Ora, com o passar dos anos, foi necessário o desenvolvimento de outras tecnologias para governar o público. Apesar de possuírem o mesmo objetivo de controle dos comportamentos individuais e disciplinamento, essas novas tecnologias precisaram adaptar-se à dinâmica das ruas. Neste intuito, regras e leis foram criadas com o objetivo de individualizar as ações que aconteciam no espaço público: assim, cada pessoa passaria a ser responsável por seu próprio comportamento e não mais estaria conectada com os coletivos que emergem a partir dos acontecimentos que aí as convocam. Segundo Castel (2009), a polícia apareceu neste contexto como uma tecnologia que exerceu e ainda exerce esse papel regulador e mantenedor da ordem social – suas rondas constantes obedecem ao imperativo de controle dos comportamentos de *todos* que ali estão e não somente daqueles considerados perigosos ou desviantes. Uma de suas principais funções é garantir a sensação de vigilância generalizada – o desconforto causado pelos olhares atentos dos policiais a quaisquer anormalidades deve ser sentido por todos. Sua simples presença serve como regulador social – através das rondas da polícia e da guarda municipal, badernas e pequenas revoltas podem ser evitadas, assim como furtos e pequenos roubos.

Uma vez que disciplinar as ruas não poderia acontecer com o auxílio de edifícios, outras instituições foram necessárias, que operavam muito mais focadas nas pessoas que dela deveriam participar. Se as instituições não podem ser criadas nas ruas, as pessoas que aí habitam podem ser institucionalizadas em edifícios, e assim, afastarem-se das ruas. Albergues, casas de mendicância e hospitais destinados a mendigos e vagabundos foram especialmente desenvolvidos com este intuito.

No contexto europeu onde foi desenvolvida a governamentalidade envolvida na Razão do Estado – que podemos localizar desde o final da Idade Média até meados do século XVIII –, foi gerado um modo de intervenção direcionado a algumas “populações” que representavam risco social e que, pouco a pouco, se tornaram alvo destas estratégias de controle. Historicamente, as pessoas em situação de rua destacam-se neste projeto de disciplinamento do espaço público; e uma verdadeira “perseguição” histórica foi e parece ainda ser travada nos interstícios de nossas cidades.

Seja sob a tutela da caridade e da assistência ou das leis que obrigavam os miseráveis a trabalharem, um governo das pessoas consideradas vagabundas foi pouco a pouco se estabelecendo a partir de uma abordagem que, de um modo ou de outro,

sempre esteve relacionado ao tratamento social dado à questão da pobreza extrema e à falta de trabalhos. Mesclando intervenções de caráter disciplinar e de soberania, a Razão de Estado elaborou durante quatro séculos tecnologias de governo voltadas às pessoas em situação de rua que ainda se fazem presentes nos modos como atualmente estão estruturadas as intervenções e políticas desenhadas para essa população.

Desde então, a *teoria da desvantagem* guia a forma como as intervenções no campo do “social” são propostas; somente aqueles considerados em desvantagem merecem ser beneficiários das ajudas do Estado. Esta teoria agrega em um só conjunto todo tipo de pessoa que não consegue por conta própria suprir suas necessidades básicas por meio do trabalho, sendo, portanto, isentos dessa obrigação. A categoria de pessoas envolvida é heterogênea quanto às condições que levam as pessoas a não poderem trabalhar (doença, viuvez, etc.), porém é a elas que se destina a assistência social. Como pré-requisito para garantir seu acesso aos benefícios oferecidos pelo sistema de assistência, duas condições eram exigidas (e ainda o são, atualmente): a pessoa merecedora da assistência deve não ter condições físicas ou psicológicas de trabalhar (e deve ser declarada oficialmente como inválida – o que lhes dá atualmente direito a uma aposentadoria por invalidez) e deve estar domiciliada no território de abrangência da assistência.

Portanto, automaticamente esta teoria prevê um outro tipo de pessoa que é preciso lidar: aqueles que não trabalham, mas que têm condições físico-psicológicas para realizar atividades produtivas (mendigos válidos) ou estrangeiros (que devem buscar assistência em seu país de origem). Essas figuras aparecem sob muitas formas, todas elas ligadas à condenação moral relacionada ao imperativo do trabalho – os indigentes, os andarilhos, os vagabundos, os forasteiros, os desfiliaados por excelência.

Desde 1349, legislações que ainda respondiam ao sistema de soberania foram elaboradas para evitar a mendicância válida. Na França, por exemplo, em 1351, o rei João II, o Bom, instituiu um decreto que punia aqueles que podiam trabalhar e eram considerados vagabundos, instituindo a obrigatoriedade do trabalho sob pena de prisão, tortura física, marcação de ferro em brasa na testa e banimento. Afirmou: “Aqueles que quiserem dar esmola, não devem dá-la a ninguém são de corpo e de membros que possa fazer tarefas por meio das quais possa ganhar a vida, mas devem dar esmola aos aleijados, cegos, impotentes e outras pessoas miseráveis” (Jourdan, Decrouzy & Isambert, 1662, citados por Castel, 2009, p. 90). Em cada Estado-Nação, algumas legislações foram propostas: o decreto de Carlos V, de 7 de outubro de 1531 para

Flandres e Países Baixos; a ordem de Moulin, de fevereiro de 1556 para a França; as *Poor Laws* inglesas, na segunda metade do século XVI (condenando mendigos válidos a chicotadas e exoneração) – que irão resultar na lei promulgada por Elisabeth em 1601. Em todas elas o mesmo espírito geral:

Ordenamos que os pobres de cada cidade, burgo e aldeia sejam alimentados pelos habitantes da cidade, burgo ou aldeia de que foram nativos ou moradores, a fim de que não possam vagar ou pedir esmola em outros lugares diferentes daqueles em que estão, os pobres devem ser informados e certificados do que é dito acima se, para o tratamento de suas doenças, forem obrigados a ir aos burgos ou povoações onde há hospitais centrais e leprosários a isso destinados (Parturier, 1897, citado por Castel, 2009, p. 74).

Essas leis foram seguidas pela “grande reclusão” dos mendigos em hospitais gerais por toda a Europa, em maximização do papel da hospitalização. Assistimos aqui uma paulatina substituição de intervenções que respondiam ao modelo da soberania às práticas relativas à institucionalização, típicas do modelo disciplinar. Como forma de justificar sua institucionalização (pela via da exclusão), a mendicância passou a ser considerada perigo social frente ao crescimento populacional dos miseráveis. Seus costumes e hábitos foram considerados como desordenados, sem lei, religião ou autoridade.

Em hospitais, os miseráveis domiciliados passaram a se tornar albergados, e permaneceram deslocados das comunidades. A função dos albergues atuais ainda confunde-se com esta (e não é a toa sua localização nas periferias – à medida que as cidades crescem, de tempos em tempos é necessário deslocar os albergues e abrigos para a periferia das cidades).

Essa reclusão, entretanto, não coube aos estrangeiros e vagabundos, que a partir de então deveriam sair das cidades, justamente por serem considerados dessocializados, indesejáveis e perigosos (sendo, portanto, excluídos até da reclusão). De acordo com Castel (2009), foi nessa época que os vagabundos passaram a ser condenados às galeras desde a primeira prisão e colocados fora dos limites das intervenções da caridade.

Dentro dos hospitais gerais, as técnicas empregadas incluíam desde o trabalho forçado a incessantes orações, a aprendizagem da ordem e da regularidade como forma de reeducação em direção à docilidade necessária. Em palavras do vice-chanceler francês:

Um mendigo domiciliado é aquele que, morando há mais de seis meses num lugar, só pede esmola de vez em quando, tem alguns bens para subsistir ou uma profissão, promete trabalhar, e pode, imediatamente, ser recomendado por pessoas dignas de fé (Paultre, 1906, citado por Castel, 2009, p. 79).

E enquanto a rua tornava-se lugar somente para aqueles que efetivamente não tinham outro lugar na sociedade ou para desordeiros e gente sem moral, no âmbito das relações privadas, os espaços começaram a diversificar-se em três âmbitos distintos: o espaço da casa, da morada – marcado pelo domínio feminino; o espaço do trabalho, das oficinas, fábricas e lojas – marcado pelas relações entre homens trabalhadores e seus empregadores; e o espaço do lazer, dos bares e dos clubes – marcado pelos jogos e sociabilidades masculinas.

Segundo esse movimento, algumas funções e comportamentos sociais deixaram de ser realizados nas ruas; passaram a ter na casa seu lugar apropriado: a nudez, as relações sexuais, o sono, a satisfação das necessidades fisiológicas, os hábitos de higiene... Segundo Chartier (1991), em volta de todas elas, uma névoa de vergonha e silêncio se estabeleceu; todos esses comportamentos, antes públicos, passaram a encerrar segredos particulares de ordem pessoal, que deveriam ser mantidos sob o sigilo e a privacidade do lar.

Por oposição ao espaço privado da casa, a rua pouco a pouco foi identificada ao caos e a falta de ordem, um anti-lugar onde só poderiam proliferar a doença e o vício. As palavras de Kant são esclarecedoras:

A casa, o domicílio, contra o horror do caos, da noite e da origem obscura; encerra em suas paredes tudo que a humanidade pacificamente recolheu ao longo dos séculos; opõe-se a evasão, a perda, a ausência, pois organiza a sua ordem interna, a sua civilidade, sua paixão. Sua liberdade desabrocha no estável, no contido, e não no aberto ou no infinito. Estar em casa e reconhecer a lentidão da vida e o prazer da lentidão imóvel. [...] O homem de lugar nenhum é um criminoso em potencial. (citado por Perrot, 1991, p.307-8).

Assim, a rua passou a ser evitada pelas classes dominantes, enquanto a casa passou a ser progressivamente investida – o que efetivamente resultou em uma complexificação e individualização dos espaços internos, como forma de salvaguardar a intimidade. Podemos notar esse movimento com o exemplo das transformações

relativas aos quartos (que antes eram coletivos e que, pouco a pouco, passaram a tornar-se espaços individualizados) e banheiros (antes localizados no espaço exterior e que, paulatinamente, foram ganhando espaço no interior das casas, a ponto de converterem-se em espaços de higiene pessoal acoplados aos quartos individuais).

No entanto, esse movimento não pode ser generalizado: nas classes populares, a relação entre a casa e a rua se dava de outra forma – esse processo aconteceu muito mais lentamente e dependeu de reformas de caráter higienistas realizadas somente em princípios do século XX. Desse modo, a experiência da rua como caos não é hegemônica e fala muito mais de um movimento nos costumes que começou com as classes dominantes. Duas experiências da rua e do espaço público, portanto. E uma só política de normalização que partiu dos interesses e transformações relativos aos hábitos, comportamentos e relacionamentos da classe dominante em direção à toda sociedade.

Essa dupla “natureza” da rua ainda pode ser sentida atualmente em cidades pequenas do interior e também nas nossas grandes cidades: ainda hoje essa relação simbiótica com o espaço público pode ser sentida a partir da experiência de viver em bairros populares, muito povoados e com ruas estreitas. O dormir e viver nas ruas também nos falam de uma outra experiência, muito mais integrada com esse espaço considerado por muitos como anti-lugar. Vale ressaltar que por trás dessa clivagem sentida atualmente pelos habitantes das grandes cidades há uma história antiga, intimamente relacionada com a valorização da intimidade em uma sociedade que se fortalecia politicamente em torno da figura do Estado e economicamente, através de relações de caráter capitalista.

Assim, a intimidade passou ao centro da sociedade. Os sintomas de hipervalorização da intimidade são a ascensão de uma cultura narcísica e a formação das “comunidades destrutivas”, nas palavras de Sennet (1999), onde homens temerosos constroem suas relações sociais enclausuradas em microcírculos sociais fechados. Segundo essa visão de comunidade, são aceitos somente os integrantes desse pequeno círculo identitário, aqueles que compartilham dos mesmos códigos de caráter e os mesmos hábitos de consumo – o que efetivamente dificulta qualquer movimento político por bens e direitos coletivos: “A procura por interesses comuns é destruída pela busca de uma identidade comum” (Sennet, 1999, p. 319).

Dois problemas contemporâneos foram herdados desta organização comunitária: o medo exacerbado de todos aqueles externos ao grupo social que são considerados como

ameaças à integridade desta identidade forjada, e o risco de fratura social devido à pouca coesão e à fragilização dos vínculos das comunidades. Nessa confusão entre o público e o privado há uma recusa do indivíduo em participar das decisões públicas, retraindo-se à esfera do íntimo, do privado. Para o autor, isso impede as pessoas de verem uma importante função da cidade como local de encontro entre estranhos.

Os projetos arquitetônicos dos séculos XIX e XX, por estarem cada vez mais voltados para o refúgio na intimidade, acabaram por dificultar a construção de laços sociais e vínculos dispersos, independentemente da distância social que existe entre as pessoas, o que acaba por difundir a incivilidade: “quanto maior a intimidade, menor a sociabilidade” (Sennet, 1999, p. 325).

As pessoas somente podem ser sociáveis quando dispõem de alguma proteção mútua; sem barreiras, sem limites, sem a distância mútua que constitui a essência da impessoalidade, as pessoas são destrutivas, não porque a natureza do homem seja malévola [...] mas porque o efeito último da cultura gerada pelo capitalismo e pelo secularismo modernos torna lógico o fratricídio, quando as pessoas utilizam as relações intimistas como bases para as relações sociais (Sennet, 1999, p. 379).

Não é de se estranhar, então, o progressivo abandono de uma cultura de rua em uma época de pleno crescimento populacional das grandes cidades. Por todo o mundo, as populações urbanas cresceram (e continuam a crescer mais e mais), e um novo modo de vida foi e continua sendo gerado todos os dias nestas cidades. Envolvidos em suas trajetórias pessoais, transitam sem se afetarem pelo que acontece ao seu redor.

A cena narrada em meu diário de campo e exposta acima, portanto, borra esses limites e faz pensar justamente sobre como nesta sociedade, em que os laços de intimidade estão encerrados em ambientes privados, um café da manhã em uma praça pode causar estranheza, tornando-se um analisador de nossos relacionamentos sociais. Afinal, por que o espaço da rua acabou sendo habitado e experienciado desse modo somente por aqueles que não possuem um lar recolhido e privado?

O sentimento de insegurança das ruas e sua vivência como lugar de passagem para muitos e lugar de morada para outros – para aqueles que não têm outro lugar – anuncia um abismo na experiência relativa ao âmbito público. Isso aponta para uma distância entre as perspectivas daqueles que aí vivem todas (ou quase todas) as

necessidades e momentos de sua vida e de outros, que pretendem afastar-se cada vez mais da insegurança e perigo que a rua representa.

Em nossos dias, a diminuição do espaço público (ou seu controle e seletividade de horários) implica em maior visibilidade das pessoas em situação de rua, o que efetivamente tem um correlato: o aumento da repressão a essas pessoas, seja por vias oficiais (realizadas por meio de abordagens policiais ou de agentes de proteção), seja por meios não oficiais (realizados por pessoas que se sentem no direito de agredir e até mesmo matar pessoas em situação de rua que dormem nas ruas). O número de homicídios a pessoas em situação de rua é incerto, o que dificulta nossa análise. Segundo Costa (2005), a sociedade somente torna-se consciente dessas atrocidades quando a mídia relata casos de homicídios escabrosos realizados contra essas pessoas como a queima do índio pataxó Galdino Jesus dos Santos que dormia em um ponto de ônibus em Brasília, notícia muito explorada pela mídia em 1997. Nesse caso, por exemplo, o que chama nossa atenção foi o arrependimento dos cinco homens de classe média autores do assassinato, justificando que queriam apenas dar um susto e haviam feito aquilo achando que ele era um mendigo, não sabiam que se tratava de um índio!

Apesar de parecer pouco significativo, já que raramente sabemos de notícias sobre homicídios de pessoas em situação de rua, alguns casos recentes nos fazem lembrar o caráter atroz dessa violência. Alguns dados dispersos divulgados pelos jornais nos ajudam nessa tarefa: durante o ano de 2009, vinte pessoas em situação de rua foram assassinadas nas ruas de Belo Horizonte, e em 2010, foram trinta e sete no estado de Alagoas. As autoridades começam a investigar a possibilidade de este tipo de caso ser realizado por grupos de extermínio, geralmente formados por policiais ou com conivência da polícia.

A chacina de cinco pessoas em situação de rua em Salvador no ano de 2012 relatada no portal web de notícias da Polícia Federal (Agenda de Notícias da Polícia Federal, 2012, 11 de fevereiro)<sup>17</sup> nos serve como ilustração. Durante uma greve da polícia militar de Salvador, um grupo de policiais disfarçados começou a agir de modo truculento, causando pânico e medo na população. Entre outras estratégias usadas para aumentar a insegurança da população (e assim pressionar o Estado a concordar com suas reivindicações), dois deles resolveram assassinar cinco pessoas que dormiam nas

---

<sup>17</sup> Disponível em: <http://www.dpf.gov.br/agencia/pf-na-midia/jornal/2012/fevereiro/policiais-presos-por-chacina>.

ruas em um bairro movimentado da cidade. Por meio da morte de pessoas, pretendiam fazer valer suas reivindicações trabalhistas! Considerar que a vida e a morte de pessoas pode servir a esses propósitos nos faz refletir sobre o status de descartáveis atribuídos às pessoas escolhidas para serem mortas – não foi coincidência que se tratava de pessoas em situação de rua.

Bursztyn (2000a) alerta para o *status* de *dessemelhante* que pouco a pouco vem sendo atribuído às pessoas em situação de rua, o que acaba por “justificar” a violência social. Para ele, existe um processo de ocultação da violência fundado em três fases: uma primeira, que envolve a *desqualificação* do outro (a partir da construção de uma imagem demonizada ligada à desordem, marginalidade, insegurança e criminalidade), uma segunda, que demanda a *desvinculação* do outro, ou seja, a *rejeição dos desqualificados*, que devem estar afastados do resto da sociedade; e por fim sua *eliminação*, por meio de extermínio, esterilização, genocídio cultural ou deportação.

*Durante o tempo em que acompanhei a equipe de saúde nas ruas, testemunhei algumas situações e ouvi muitos relatos que dialogam com essa perspectiva. Uma, entre elas, foi a situação mais chocante:*

*Combinei com Vitor e Daniel de encontrá-los para VD às 08h15. Estava animada em meu caminho à UBS; queria começar o dia bem cedinho. E para minha surpresa, antes de mesmo de eu chegar, o dia já havia começado para a equipe. Sem esperar encontrar com os ACSs tão rápido, logo às 08h, quando saía do metrô em direção à UBS, vi Luís e Pedro junto a três homens embaixo do viaduto. Fui em direção a eles para cumprimentá-los. Percebi de longe que havia uma tensão no ar: estavam todos parados, com rostos cerrados, olhando para o chão. Aquilo me deu um frio na espinha. Vi que algo estava errado e olhei para onde eles olhavam. Vi então o motivo de toda aquela situação estranha: um homem todo ensanguentado estava deitado com a cabeça partida junto à marquise do viaduto. Tomei um susto muito grande com aquela cena... Pensei que ele estivesse morto, havia muito sangue. Mas logo Luís me disse que ele ainda estava consciente.*

*Eles já haviam chamado a SAMU desde as 07h40 e estavam esperando o atendimento. Seu nome era Abílio – a única informação que eles conseguiram do homem. Olhando aquilo tudo, não consegui entender o que havia acontecido. Para Luís, só havia três opções: 1. Ele havia sido desovado pelo PCC ali e tomado como morto, 2. Havia tomado*

*uma advertência do PCC, mas sem intenção de morte ou 3. Havia sido agredido por policiais (que faziam isso quando não estavam fardados – às vezes em atos tão violentos, que causavam a morte). Abílio não quis dizer se havia sido uma briga, nem quem fez aquilo com ele. Essa recusa em dizer o que aconteceu fortaleceu as suspeitas de Luís sobre o PCC ou a polícia. Mas ainda assim, continuei sem acreditar muito nessa história. Para mim, era demais pensar nesses termos.*

*Só depois que olhei para a marquise, para a pilastra de sustentação do viaduto entendi o que Luís falava e tive certeza: aquilo era mesmo obra do PCC ou da polícia, já que ali era uma área destinada a isso. Lá havia um grafite em que estava escrito “Cidade Morta – Aqui jaz o respeito”, junto a um desenho de um saci fumando seu cachimbo e uma lápide onde novamente se lia “Aqui jaz o respeito”. Luís me disse que eles adotaram aquele lugar para mostrar que o povo de rua deveria mostrar a respeito, sob pena de morte. Fiquei chocada. Luís perguntou se eu não queria uma foto daquilo tudo e se ofereceu para tirar do seu celular: era impressionante demais, real demais.*



Figura 5: Cidade morta, aqui jaz o respeito (Foto tirada em campo, 2010, 16 de fevereiro)

*Abílio às vezes se mexia, mas evitava falar porque seu rosto estava desfigurado e devia doer muito. Havia muito sangue também. Ele tentava esconder seu rosto, sem conseguir enxergar quantos estavam a sua volta. Seus olhos estavam muito inchados e roxos, cobertos pelo sangue que escorria de um corte fundo na parte de cima da cabeça e*

*no meio de seu nariz. Todos que passavam perguntavam se ele estava vivo. Apesar de ele responder com a voz firme sempre que se dirigiam a ele, eu estava ansiosa pela chegada da SAMU, porque achei que ele poderia mesmo morrer a qualquer momento. A pele de sua mão e de seu pescoço estava muito amarelada e ele começou a tremer de frio.*

*Já estávamos lá há mais de 50 minutos e nada. De tempos em tempos, Luís voltava a ligar para a SAMU e sempre voltava dizendo que a ambulância ainda não havia saído do pátio em Pinheiros. Ao que parece, havia acontecido um acidente na Rodovia Raposo Tavares e oito ambulâncias haviam deslocado-se para lá. Estávamos na fila de espera. Luís me disse que não havia avisado à SAMU que se tratava de uma pessoa em situação de rua, porque às vezes eles não aparecem quando sabem disso. Por fim, ligaram para Luís dizendo que estavam indo. Avisamos a Abílio, que continuava consciente.*

*Às 09h em ponto, a SAMU chegou. Um dos profissionais ficou chateado por se tratar de um morador de rua e vi outro xingar também, mas não sei se era por isso. Eles tentaram conversar com Abílio, que também não respondeu às perguntas que faziam, apenas lhes dava seu primeiro nome. Os três paramédicos limparam seu rosto com soro, apesar de Abílio tentar que eles parassem porque devia estar doendo muito. Cortaram sua camiseta para ver como estava seu tórax e tiraram seus sapatos para dar uma olhada em seus pés. Guardaram seus sapatos em um saco e o deslocaram para uma maca. Nesse momento, conseguimos ver o verdadeiro estrago que fizeram em seu rosto. Do lado direito, sua cabeça estava amassada na parte de cima, devia ser um afundamento de crânio bem grave. Seu maxilar estava quebrado e uma parte do osso estava deslocada para fora, o que me assustou bastante. Nessa hora fiquei muito emocionada e chorei pensando nos sofrimentos que esse povo passa e que nós não temos a menor ideia. A SAMU levou ele para o HSPM [Hospital do Servidor Público Municipal] e nós seguimos para a UBS.*

*Fiquei pensando se continuava lá na UBS ou voltava para casa. Como estava mesmo precisando conversar, resolvi continuar com Luís, porque ele sempre tinha uma visão otimista das situações, e ao mesmo tempo muito realista. Luís me disse que havia dois homens do outro lado da Av. do Estado olhando nossa movimentação. Ele acredita serem homens do PCC. Em outra ocasião em que encontrou uma de*

*suas pacientes com os braços com fraturas expostas feitas pelo PCC, outros homens o abordaram e o proibiram de ajudar à senhora. Dessa vez, ele ligou para Pedro e pediu para que ele o acompanhasse – o que lhe daria alguma salvaguarda.*

*Seguimos em direção à R. 25 de março, em busca de pacientes. No caminho Luís ia me colocando à par desse mundo que não pertence a nossa vida de classe média. Encontramos alguns de seus pacientes, mas estava tão chocada que não conseguia falar mais com ninguém, somente cumprimentá-los. (Trecho de diário de campo, 16/02/2011).*

Seja o PCC ou a polícia o responsável por tal agressão, cenas como estas não são incomuns e fazem parte dos medos das pessoas que dormem nas ruas. Essa situação acontece muito mais frequentemente do que imaginamos. Além de toda a crueldade e sofrimento da situação, algo também chama a atenção: os profissionais de SAMU chateados por terem se deslocado tanto para tratar de uma pessoa em situação de rua. Dava para ver certo nojo quando o limpavam. Parecia mesmo que, para eles, aquele homem era uma pessoa de segunda classe.

Muitas vezes na raiz de tanto preconceito reside a falta de conhecimento, tanto na esfera da vida pessoal quanto por parte das políticas públicas. Na vida cotidiana, topar com pessoas em situação de rua aqui e ali não é raro, porém muitas vezes um contato real, ou mesmo um diálogo parece muito distante para muitos. Há muitos mitos sobre as pessoas em situação de rua, o nojo é só um de seus reflexos. Nesse sentido, tanto as pessoas individualmente, como as instituições (com seus profissionais ancorados em políticas públicas) reproduzem relacionamentos estereotipados com essas pessoas, sem conhecer minimamente seu contexto, suas características e modos de vida.

## Parte IV – Quem cuida da saúde das pessoas em situação de rua?

### Interlúdio IV

*Cheguei na UBS às 08h em ponto, e encontrei a Dr.<sup>a</sup> Renata e o ACS Daniel do lado de fora conversando com outra profissional, já no espaço da AMA. Assim que eles pararam de conversar com ela, me explicaram que estavam indo ao grupo Café com Saúde (organizado por Luís) e encontraram na calçada da UBS Seu Gabriel, cadastrado de Regina, que estava todo evacuado, dizendo que estava com muita dor na barriga e diarreia após ter comido uma sopa que haviam oferecido a ele na Sé. A Dr.<sup>a</sup> Renata e o ACS Daniel estavam conversando com essa profissional para tentar conseguir um atendimento na AMA para ele, mas os profissionais de lá disseram que era preciso que ele tomasse um banho antes de entrar, porque estava muito sujo e fedido. Ele mesmo já havia tentado atendimento, e os profissionais negaram, alegando estar muito sujo para a unidade. Isso me soou de uma insensibilidade absurda – como é que uma instituição de saúde, um ambulatório para emergências, pode fazer uma exigência dessa? Por acaso, ele estava assim por que queria? Justamente esse problema de saúde não seria uma situação de emergência de baixa complexidade para ser atendido pela AMA? A Dr.<sup>a</sup> Renata me disse que esse problema dos cheiros é algo que não é muito tolerado pelos profissionais do AMA, que chegam mesmo a sentir nojo de atender pessoas em situação de rua. Eles apresentam sempre alguma resistência em atender aquelas pessoas que estão mais malcheirosas, como se estivessem assim por vontade própria. Depois da conversa com essa profissional, ficou acertado que, no caso de a equipe da UBS conseguir algum lugar para ele tomar banho, o pessoal da AMA disponibilizaria a cadeira para banho, e somente depois o atenderia. A cadeira era necessária porque Gabriel tinha uma paralisia na perna direita e não conseguia andar muito facilmente. Estava desse jeito, todo evacuado, porque se locomovia com muita dificuldade e não estava conseguindo se mexer com tanta dor na barriga. Senti que Daniel e Renata estavam muito chateados*

*com tudo aquilo, mas tiveram que tolerar. Renata me disse que essas relações institucionais são às vezes muito perversas.*

*A Dr.<sup>a</sup> Renata e eu fomos ao CAPS tentar conseguir um banho e algumas roupas para ele. Lá fomos recebidas por uma assistente social, que se prontificou a ajudar, com roupas, sabonete e barbeador para ele. Descemos novamente, pegamos a cadeira de banho e fomos ao encontro de Gabriel, que continuava na calçada. Para fazer companhia, o ACS Daniel ficou conversando com ele, enquanto a Dr.<sup>a</sup> Renata estava negociando o banho com o CAPS. Acompanhei esta negociação. Depois que ela conseguiu tudo, propôs muito educadamente a Gabriel o banho, que aceitou imediatamente e o levamos direto ao CAPS. Lá ele tomou banho sozinho, enquanto esperávamos no corredor. Ele parecia satisfeito e cantava muito no chuveiro feminino (o único que tinha água quente). Enquanto isso, fomos à cozinha do CAPS tentar um lanche que ajudasse em sua reidratação. Conseguimos uma maçã e uma água de coco de caixinha. Após uns quinze minutos, o levamos para a AMA e ficamos esperando atendimento. Ele pegou a senha 51. Uma profissional nos falou que ele seria atendido com prioridade, mas ao levarmos Gabriel para a recepção, a atendente do guichê 3 para prioridades (onde ele estava) o ignorou e parou de chamar. Quando chegou a senha de atendimento normal 51, ela o chamou. A Dr.<sup>a</sup> Renata estava muito chateada com essa situação. O levamos à triagem e aguardamos do lado de fora. Pouco depois, o levamos para os consultórios e a Dr.<sup>a</sup> Renata combinou com ele de se encontrar no fim da manhã (em uma hora) em seu consultório da UBS, explicando que iria a um grupo e que suas coisas estavam guardadas no consultório em dois sacos grandes.*

*Conversei um pouco com ele, enquanto esperávamos atendimento na AMA. Gabriel me disse que era baiano, e que seus pais e irmãos ainda vivem por lá, em uma cidadezinha bem pequena perto de Teixeira de Freitas. Passou a infância lá, na roça, e decidiu vir ao Sudeste porque sentia dor ao trabalhar fazendo esforço físico. Chegou ao Rio de Janeiro com vinte e três anos e viveu por lá durante quinze anos. Morou na rua e em albergues neste tempo e disse que nunca fez amigos ou teve namoradas com pessoas que estão nessas condições. Disse também que há oito anos atrás, sua tia que vive em São Paulo o*

*viu uma reportagem da Band sobre moradores de rua e entrou em contato com a redação para encontrá-lo. Ela disse que queria ajudá-lo a sair dessa vida e o convidou para vir morar com ela em São Paulo. Ele veio, mas não se adaptou à sua casa, porque tudo o que fazia era um problema para sua tia, que reclamava sem parar. Voltou às ruas e tinha conseguido uma vaga no albergue Boracéia. Pouco depois, quis sair de lá e disse que houve problemas, mas não quis entrar em detalhes. Agora está tentando vaga em outros albergues e quase todos os dias aparece na UBS para falar com a ACS Regina sobre isso. A Dr.<sup>a</sup> Renata me disse que ele tem aparecido sempre e que é bem vinculado com a equipe. O ACS Pedro me contou que ele recebe aposentadoria por seu problema na perna e que é bem agilizado – sabe se cuidar sozinho. Senti que toda a equipe conhecia intimamente Seu Gabriel; eles o cuidavam há mais de dois anos. Ele parecia muito à vontade com todos e me disse que se sente tranquilo em saber que pode contar com a equipe sempre que precisar: “São todos muito bacanas”, me disse com um sorriso largo no rosto. Depois que saiu do AMA, passou em consulta com a Dr.<sup>a</sup> Renata e conseguiu uma “carona” em uma cadeira de rodas da unidade com Daniel até o lugar onde costuma dormir, perto de um viaduto da redondeza. (Trecho de diário de campo, 15/02/2011).*

## **Capítulo VI – Qual é a rede de cuidado destinada às pessoas em situação de rua?**

Em um mesmo edifício, duas equipes da Secretaria Municipal de Saúde abordam um mesmo caso de modo completamente díspar. Por quê? A diferença de tratamento entre os profissionais da equipe e do AMA salta aos olhos. Do lado do AMA, encontramos insensibilidade profissional e descaso, burocratização no atendimento e até mesmo certo preconceito institucionalizado às pessoas em situação de rua em relação a sua suposta falta de higiene (considerada como uma questão de escolha). Já com relação à equipe de Saúde da Família sem Domicílio, encontramos uma equipe vinculada, que interrompe seu cronograma diante de uma emergência (de baixa complexidade) para cuidar de um de seus pacientes e passa com ele praticamente toda a manhã tentando barganhar um atendimento em outra instituição de saúde, mais adequada para suas necessidades. Os profissionais da equipe conhecem seu caso intimamente, e agem no AMA como se fossem sua família – apresentam ele à equipe do AMA, negociam os termos de seu atendimento, buscam a solução entre os recursos disponíveis (no caso institucionais – por meio do CAPS) e sustentam a espera. Continência, responsabilidade, intensificação de vínculo e cuidado, essas são suas principais ferramentas, que giram em torno do paciente e não somente de sua enfermidade.

Sua ação também tem efeitos institucionais importantes: a equipe articula a rede assistencial, forçando outras instituições a implicarem-se com o caso. Além disso, reordena a atenção, porque não se contenta com intervenções centradas somente na enfermidade, obrigando a assistência a repensar a terapêutica em direção às necessidades de Gabriel.

Esse tipo de situação delicada faz parte do cotidiano desta equipe. Tais relações institucionais frágeis e voláteis fazem parte de um *know-how* que a equipe teve que desenvolver com base nos recursos que possuía. Em geral, esta equipe consegue manejar de forma muito competente problemas relativos à saúde em geral. Por quê? Aqui, nosso interesse recai nas tecnologias desenvolvidas por este tipo de estratégia de cuidado, em tentativa de refletir sobre suas intervenções e sua sustentação em diretrizes políticas que informam um certo modo de produzir saúde. Esse capítulo destina-se a

refletir sobre essas estratégias de cuidado, fundamentadas em políticas públicas destinadas especificamente a essas pessoas, suas necessidades e modos de vida.

A equipe de Saúde da Família Sem Domicílio que pude acompanhar nesta investigação faz parte de rede assistencial em saúde delineada para as pessoas em situação de rua da região central da cidade. Como dispositivo estratégico da rede de atenção básica, estrutura-se através do cuidado oferecido e dos vínculos criados com as pessoas que vivem nas ruas do entorno da UBS.

Mas para compreender suas intervenções e seu processo de trabalho, temos que refletir sobre o contexto de políticas públicas em saúde em que este programa se insere (ou seja, sobre o Sistema Único de Saúde, e mais especificamente sobre o Programa de Saúde da Família que atua como ferramenta de reordenação do sistema de saúde a partir da ênfase na atenção básica realizada pelo Ministério da Saúde). A seguir, apresento a história que está por trás da adaptação deste programa às pessoas em situação de rua.

## **1. O Programa de Saúde da Família Sem Domicílio e seus antecedentes no SUS**

A nível nacional, foi somente em 1994, oito anos após a criação do SUS, que o Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde da Família [PSF] no Brasil. No entanto, segundo Silva (2001), podemos encontrar seus antecedentes desde a formulação dos programas de extensão de cobertura [PEC] da atenção básica, formulados em distintas iniciativas no país e levados a cabo por instituições como o Serviço Especial de Saúde Pública (1942-1960) e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (1960-1990). Esses serviços foram responsáveis por Programas Específicos de Extensão, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento [PIASS], que teve duas etapas, uma primeira que aconteceu no Nordeste entre 1976 e 1979 e uma segunda, que aconteceu entre 1980 e 1985, no Vale do rio Ribeira, em São Paulo, conhecido como Projeto DEVALE. Segundo Silva (2001), foram essas as iniciativas que desenvolveram a função de agente comunitário de saúde, mesmo antes do SUS se constituir como tal.

No âmbito do SUS, podemos destacar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará, que começou no ano de 1987, por ocasião de um período de seca extensa e de uma situação de miséria agravada por essa circunstância. Após o período de estiagem, e com o risco de desativação do Programa, as comunidades assistidas se manifestaram e os técnicos foram a favor de sua manutenção e expansão, que passou, a partir de então (estávamos no ano de 1988), a ser financiado com recursos

do Tesouro do Estado (Minayo et al., 1990). Em 1991, a Fundação Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde criaram o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde [PNACS], que contemplou, a princípio, as regiões Nordeste e Norte do país. Em seguida, difundiu-se pelas periferias das grandes capitais e áreas carentes, as quais ao longo dos anos vinham apresentando altas taxas de morbi-mortalidade.

O PSF como tal foi idealizado somente no ano de 1993, foi oficializado em 1994 e expandido em 1995 (Viana & Dal Poz, 1998). Em seu texto original está presente uma função primordial: funcionar como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, uma vez que sua implantação deveria privilegiar áreas de maior risco social. De acordo com Carneiro Jr., Jesus e Crevelim (2010),

Como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, a Saúde da Família tem provocado um importante movimento no sentido de reordenar o modelo de atenção no SUS, já que busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e produz resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes. (Carneiro Jr., Jesus e Crevelim, 2010, p. 712).

O seu modelo de assistência à saúde tem como objetivo desenvolver a promoção e proteção à saúde em três níveis: do indivíduo, da família e da comunidade. Para conseguir tal objetivo, as equipes de saúde devem realizar seu atendimento no nível de atenção primária, tanto na unidade local de saúde, como na comunidade, ou seja, nas casas de seus usuários, por meio de visitas domiciliares [VD]. Como forma de estabelecer vínculos de cuidados entre usuários e equipe que não reproduzam o modelo médico-centrado, sua estruturação requer equipes multiprofissionais, às quais se adscvem um dado número de usuários. De acordo com Campos (1992), assim é possível

(...) responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscrito, de atendimento de uma certa parcela de demanda que espontaneamente procura a unidade bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos. (Campos; 1992, p. 153).

Segundo esse modelo, prontuários familiares devem ser realizados, no sentido de compreender o contexto de produção do processo saúde-doença, ou seja, compreender

os modos como essa unidade familiar lida com seu entorno e entre si no que tange à prevenção e à promoção da saúde e ao tratamento de enfermidades. Desse modo, atenção integral deve ser oferecida a cada pessoa da família, independentemente da idade e do estado de saúde. Por assumir essa função de acompanhamento e de produção de ambientes familiares saudáveis, o PSF se constitui como porta de entrada ao sistema de saúde em todas as localidades onde estiver implantado.

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Ministério da Saúde, 1998, citado por Silva, 2001, p. 63).

Como forma de organização, o PSF define cada equipe básica como responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitem de 800 a 1.000 famílias em geral. Onde as condições de acesso e a densidade demográfica sejam muito distintas, este critério pode ser alterado. A composição das equipes mínimas do PSF inclui um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde. Contudo, também aqui essa estrutura poderia ser modificada para adequar-se às realidades locais. De acordo com Silva (2001), em seu documento inicial, consta que a equipe do PSF deveria residir na comunidade onde está instalada a unidade de saúde, e deveria trabalhar em regime de dedicação exclusiva. Esse critério de domiciliação foi, posteriormente, revogado para os outros profissionais de saúde, com exceção do Agente Comunitário de Saúde, que permaneceu referenciado em sua comunidade de origem.

No âmbito da formação de redes de saúde, o PSF prevê que as equipes deveriam atuar, sempre que possível, em parceria com os diversos segmentos da sociedade. Além de fazer funcionar os conselhos gestores de saúde como forma de ampliar o controle social, as equipes deveriam desenvolver ações de educação e promoção da saúde, com a difusão permanente de informações para incentivar a participação ativa da comunidade.

Apesar da paulatina difusão do PSF em todo o Brasil, por meio de sua municipalização, em São Paulo esse processo se deu de outro modo. Na gestão do Prefeito Paulo Maluf, a Secretaria Municipal de Saúde aderiu em 1995 a um modelo de gestão diferente, organizada por meio do Plano de Assistência à Saúde [PAS], que não

recebia recursos do SUS, de acordo com um modelo francamente liberal. Por conta desse complicador, em 1995 o Ministério da Saúde precisou adaptar o modelo PSF na cidade por meio da criação de outro projeto: o Projeto Qualis – Qualidade Integral em Saúde – que, embora tivesse sido inspirado no modelo do PSF, apresentava particularidades, principalmente em sua forma de gestão, operacionalizada através da parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e uma Organização Social, a Casa de Saúde Santa Marcelina, com financiamento do SUS. A princípio, tal projeto estava adscrito à Zona Leste da cidade, para depois ser ampliado em 1997 aos subdistritos de Vila Nova Cachoeirinha, Parque São Lucas e Sapopemba.

Nesse contexto, à medida que o tempo passava, novas experiências na atenção básica foram sendo geradas, à medida que o modelo PSF ia se adequando às necessidades de uma grande metrópole. Neste contexto, podemos destacar o Centro de Saúde-Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac [CSEBF-AV], da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, que a partir de 1995, de acordo com Carneiro Jr. et al. (2006), começou a sistematizar ações voltadas para a atenção à população em situação de rua no sentido de agregar experiências e compor um campo de conhecimentos sobre esse tipo de atuação, suas particularidades, suas exigências. As discussões giravam em torno da construção de processos de trabalho que se sustentassem em tecnologias de equidade, como preconiza o SUS, e que garantam, portanto, a justiça social.

Tal serviço atende primordialmente os distritos administrativos da Barra Funda, Bom Retiro e Santa Cecília e, de acordo com Carneiro Jr. et al. (2006), entre seus usuários, havia uma parcela considerável de pessoas em situação de rua, profissionais do sexo e imigrantes internacionais (em sua maioria bolivianos), em situação muitas vezes ilegal.

A concepção de equidade, com forte acento na estratégia da discriminação positiva, foi a resposta encontrada para garantir acesso diferenciado a essas populações que não se enquadravam na estruturação tradicional da unidade. Para os profissionais do CSEBF-AV, a noção de excluídos sociais possibilitava a organização de perfis populacionais, em que processos de desvinculação social eram facilmente reconhecidos. Os primeiros passos para buscar respostas adequadas eram, naquele momento, reconhecer esses grupos no interior do serviço, tornando-os visíveis em relação com as ações

operadas, possibilitando, assim, uma reflexão com o conjunto dos profissionais sobre as nossas respostas e uma combinação com outras práticas e usuários. (Carneiro Jr. et al., 2006, p. 34).

Nina Laurindo, uma das informantes-chave dessa investigação, me contou que trabalhou neste serviço e participou do processo de adaptação do PSF a grupos vulneráveis. Segundo ela, o primeiro grupo a quem o serviço voltou sua atenção foi para as profissionais do sexo. Para atender a essa população que trabalhava nas ruas durante as noites, o Centro de Saúde-Escola Barra Funda desenvolveu a estratégia de agentes multiplicadores de prevenção por pares para DSTs e HIV, ou seja, outras profissionais do sexo, após capacitação no CSEBF-AV, trabalhavam como agentes de prevenção e faziam visitas de rua durante as noites, assim oferecendo informações e preservativos e a possibilidade de agendamento de consultas ginecológicas na unidade durante o dia. Esse trabalho por pares é interessante, porque aposta nos relacionamentos entre pessoas que compartilham a mesma situação social, facilitando o diálogo e beneficiando-se dos conhecimentos e proximidades que já existem no campo da sociedade (Ministério da Saúde & Secretaria em Vigilância em Saúde, 2008). A partir daí, já estava aberto o caminho para o trabalho com pessoas em situação de rua<sup>18</sup>.

Antes, contudo, de reorientar os processos de trabalho em direção às pessoas em situação de rua, os profissionais da unidade enfrentaram-se com certo desconhecimento da realidade dessas pessoas, que, nessa época (no final da década de 1990), ainda não estavam sendo abordadas como uma população. Segundo Carneiro Jr et al. (1998), diante dessa ignorância inicial, o CSEBF-AV desenvolveu o projeto de pesquisa "População de rua: necessidades de saúde e organização de serviços", desenvolvido em conjunto com algumas Organizações Não Governamentais que atuavam na região central de São Paulo, com financiamento da Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul e do Centro Internacional de Investigação para o Desenvolvimento de Canadá. Esse projeto teve como objetivos "identificar as necessidades de saúde da população de rua, promover articulação entre os diferentes serviços que prestam atendimento a essa população e, no futuro, subsidiar a organização

---

<sup>18</sup>A iniciativa de adaptar o Programa de Saúde da Família às pessoas em situação de rua também foi realizada em Belo Horizonte a partir de 2002 e envolveu atores sociais diferentes (como a Pastoral do Povo de Rua, envolvida com a discussão desde a década de 1970, o Programa de População em Situação de Rua, elaborado em 1993, e o Fórum da População em Situação de Rua. A descrição e reflexão sobre tal processo pode ser encontrado em Bastos (2003) e Reis Júnior (2011)).

tecnológica de assistência à saúde e também promover a capacitação dos profissionais de saúde” (Carneiro Jr et al., 1998, p. 51).

A partir de 2002, o cenário para as pessoas em situação de rua já havia mudado na cidade, principalmente após a nomeação de Nivaldo Carneiro Jr., médico sanitário da Santa Casa e CSEBF-AV, como coordenador regional de saúde centro-oeste no governo da Prefeita Marta Suplicy em 2000. Após a promulgação da lei municipal 40.232 em 2001, e da implantação de uma série de serviços destinado às pessoas em situação de rua, estas começaram a perceber que agora poderiam ser respeitadas e atendidas, o que teve efeitos no aumento pela busca de atendimento em diversas instituições no centro de São Paulo. Carneiro Jr., Jesus e Crevelim (2010) ressaltam que a forte demanda pelo CSEBF-AV pressionou os profissionais a elaborarem o Projeto-piloto Agentes Comunitários de Saúde, por meio do Termo de Convênio entre a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. De acordo com Carneiro Jr. et al. (2006), uma inovação foi a tônica do projeto: para atender pessoas em situação de rua, os agentes comunitários deveriam ser, preferencialmente, ex-moradores de rua. Isso representa uma importante mudança no processo de trabalho em saúde, na medida em que tal contratação valoriza os saberes aprendidos pelas pessoas que já viveram nas ruas, assumindo, portanto, que uma outra *expertise* deveria ser desenvolvida pelas equipes. “Torna-se essencial à produção de serviços em saúde a incorporação da visão de mundo desses segmentos sociais e não somente suas características sociodemográficas e epidemiológicas” (Carneiro Jr. et al. 2006, p. 32). Ele explica melhor:

é necessário conceber e organizar processos de trabalho que deem visibilidade a esses grupos sociais e incorporem no cotidiano das práticas sanitárias um certo “saber fazer” na atenção às demandas trazidas por esses indivíduos, articulando-os no conjunto de outras práticas sociais. (Carneiro Jr. et al., 2006, p. 34).

A princípio, apenas um agente comunitário, ex-morador de rua, e uma enfermeira foram contratados para dar início ao projeto. Em resposta às reivindicações realizadas no “Dia de Luta da População em Situação de Rua” por maior acesso aos serviços sociais e de saúde, com ênfase na promoção e prevenção da saúde, a unidade reelaborou o projeto para adequá-lo ao modelo do PSF. Foi assim que, segundo Carneiro Jr., Jesus e Crevelim (2010), surgiu o projeto “A Gente na Rua”, que desde o princípio

representou desafios constantes à equipe, uma vez que de partida exigia a necessidade de elaboração de novos termos e conceitos.

Nesse novo contexto, “visita domiciliar” passou a ser considerada “visita de rua”; e domicílio passou a significar “o lugar em que se costuma ficar na rua”. Outra importante discussão refere-se à noção de família. Nas ruas, não encontramos essa família nuclear, composta pelas figuras do pai, da mãe e dos filhos, em relações duradouras de cuidado e proteção mútuos. A família, nesse contexto, passa a ser constituída por aquelas pessoas que são declaradas no momento do cadastro, e devem incluir, inclusive, animais de estimação. Nos prontuários familiares, os recursos institucionais que são acionados pelas pessoas em situação de rua também devem ser registrados, como o uso de albergues, de restaurantes populares, de serviços de banho e higiene, etc. Todas essas adequações foram necessárias devido às singularidades da situação de rua, o que deve reestruturar o processo de trabalho a partir dessas novas aprendizagens.

A expansão do projeto “A Gente na Rua” aconteceu em novembro de 2004, quando foi implantado em sete Unidades Básicas de Saúde (UBSs), nas regiões das subprefeituras Sé, Mooca e Pinheiros. Nesse momento, o projeto contava com onze Agentes Comunitários de Saúde de Rua [ACSR] e uma enfermeira. Entre outras ações, Carneiro Jr., Jesus e Crevelim (2010) apontam que era, inicialmente, responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde de Rua:

- 1) acompanhar em média 200 pessoas em seu local de moradia, vinculando-as às Unidades Básicas de Saúde; 2) desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção em todas as fases do ciclo de vida e nos projetos prioritários, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, mobilizando a população atendida com vistas à ampliação de autonomia na saúde. Para isso, a equipe deveria: 1) prestar assistência in loco, quando houvesse necessidade; 2) atuar de forma integrada com os diversos segmentos da comunidade, na perspectiva de estabelecer canais de diálogo, criando vínculos e compromissos compartilhados na tarefa de promover a saúde. (2010, p. 714).

Em 2005, já eram três o número de equipes de Saúde da Família sem Domicílio, e já somavam trinta e cinco os Agentes Comunitários de Saúde nestas regiões. De acordo com Carneiro Jr., Jesus e Crevelim (2010), dados divulgados pela Secretaria Municipal da Saúde em dezembro de 2007 revelavam que já havia cinco mil pessoas cadastradas

nas regiões em que o projeto estava implantado. Tal processo de ampliação se intensificou em 2008, quando as equipes de PACS foram transformadas em equipes de PSF. Nesse momento, já eram nove equipes, com cinquenta e sete ACSs, três médicos e seis auxiliares de enfermagem.

Neste processo, cursos de capacitação específica foram necessários, no intuito de refletir sobre temáticas e reflexões sobre a situação de rua, sobre as peculiaridades dos processos saúde-doença dessa população, assim como sobre as características dos serviços, e os desafios enfrentados cotidianamente. Além disso, Carneiro Jr., Jesus e Crevelim (2010) destacam a importância da supervisão técnica intensiva e particularizada, diante da necessidade de intervenções assistenciais, em especial no campo da saúde mental.

O PSF Sem Domicílio faz parte de um conjunto de ações governamentais elaboradas para as pessoas em situação de rua, que devem atingi-las ao nível de população. Enquanto programa isolado, não consegue dar conta da complexidade das necessidades envolvidas com as situações de extrema vulnerabilidade em que tal população se encontra. Após sua elaboração, outros programas governamentais foram criados, que por fim, foram reestruturados e integrados em uma política única; ganharam estatuto de política nacional, que, a partir de então, passou a reconfigurar e reposicionar os programas e legislações anteriores. Me parece, portanto, muito importante compreender o processo de produção de tal política e os efeitos que ela produz no campo assistencial.

## **2. As políticas públicas voltadas à população em situação de rua**

No Brasil, as políticas públicas voltadas especificamente às pessoas em situação de rua são muito recentes. A primeira referência a essa população realizada pelo Estado brasileiro sob a forma de legislação nacional foi feita em 2005, por meio da Lei 11.258/05, que alterou o texto da Lei Orgânica de Assistência Social [LOAS], decretada em 1993. Com a nova legislação, o poder público municipal passou a ser responsável por manter serviços e programas de amparo à população de rua, “garantindo padrões básicos de dignidade e não-violência na concretização de mínimos sociais e dos direitos de cidadania a esse segmento social” (Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, 2008, p. 4).

No campo da elaboração de políticas concretas e mais específicas, as legislações municipais deveriam ser responsáveis pela própria população de rua – o que efetivamente aconteceu de modo disperso e segmentado no país. No campo da Assistência Social em São Paulo, por exemplo, o decreto 40.232, de 2 de janeiro de 2001, volta-se para o conjunto das pessoas em situação de rua regulamentando ações emergenciais e de caráter promocional em regime permanente, cujas propostas são: 1. Oferta de serviços que estimulem a saída de crianças, jovens e adultos das ruas, sem uso de coerção, agressão ou maus tratos; 2. Garantia de acolhimento digno; 3. Oferta de instalações físicas com condições de salubridade, segurança e grau de privacidade compatível com um processo de contínua recuperação e reinserção social; 4. Acesso a serviços de saúde sem discriminação e com provisão de condições de recuperação em situações de agravamento; 5. Alimentação com adequado padrão de nutrição; 6. Manutenção de higiene nos locais de atendimento; 7. Provisão de local para guarda de pertences da população; 8. Extensão da atenção à população de rua para além de abrigos e albergues, incluindo programas que aiancem autonomia pela oferta de condições de trabalho e moradia; 9. Respeito às características de gênero e das faixas etárias. Entre os serviços oferecidos encontram-se abrigos emergenciais, albergues/abrigos especiais, centros de serviços, restaurantes comunitários, casas de convivência, moradias provisórias, soluções habitacionais definitivas, oficinas, cooperativas de trabalho e comunidades produtivas, programas integrados e projetos sociais.

Contudo, tais decretos, por dependerem da vontade política de cada governante, muitas vezes não saíram do papel. Em cada cidade, o processo de implantação das leis municipais se dava de modo diferente. Tornava-se cada vez mais urgente a elaboração de uma política estatal, com estatuto de lei, que não mais dependesse da vontade política dos governantes.

Em conversa com Anderson Lopes, coordenador geral do Movimento Nacional da População de Rua, e com Nina Laurindo, integrante do Fórum Permanente de Acompanhamento das Políticas Públicas para a População em Situação de Rua de São Paulo, participantes-chave dessa investigação, pude acercar-me dessa história.

Em 2004, uma ação extremamente violenta da polícia com um massacre de quinze pessoas em situação de rua ocorrido na Praça da Sé em São Paulo (entre eles sete mortos) foi o estopim para a organização de um coletivo que reivindicaria outro lugar para as pessoas em situação de rua. Reunidos e fortalecidos pelo Movimento Social, articularam-se a favor da defesa de uma política nacional, que deveria ser elaborada

com a participação deles enquanto coletivo. Em setembro de 2005, foi realizado o 1º Encontro Nacional sobre População de Rua, momento em que foram discutidas estratégias e recomendações para a formulação de política nacional e também da pesquisa censitária de população em situação de rua.

Assim, o Movimento Nacional da População de Rua [MNPR], reunido com entidades que trabalham com pessoas em situação de rua e especialistas em políticas públicas, realizaram intensos debates e discussões em torno da construção da política. Desde 2006, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua através do decreto presidencial, s/nº (de 25 de outubro), composto por representantes do governo e da sociedade civil organizada. A partir de maio de 2008, o Governo Federal abriu consulta pública para formulação da política. Um grupo foi formado em São Paulo com representantes do MNPR e de organizações sociais, como a Pastoral do Povo da Rua, a Organização de Auxílio Fraternal, o Serviço Franciscano de Solidariedade [SEFRAS] e a Associação Rede Rua, para discutir e avaliar o texto. Em fevereiro de 2009, o grupo foi ampliado nacionalmente e transformou-se no Fórum Permanente de Acompanhamento da Política Nacional, que tinha como tônica a ação coletiva com o intuito de ampliar o protagonismo da própria população de rua no processo de elaboração da política. Nesse sentido, foram realizados encontros e plenárias “Fala Rua”<sup>19</sup> durante o ano de 2009, divulgados para participação popular nas ruas, albergues, abrigos, moradias provisórias e hotéis sociais.

A política nacional foi selada durante o 2º Encontro Nacional da População de Rua que aconteceu entre os dias 18 e 20 de maio de 2009, e foi instituída pelo Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva em 23 de dezembro deste mesmo ano, através do decreto nº 7.053. A partir de então, foi criado o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua, que contava com nove representantes da sociedade civil, entre titulares e suplentes, sendo cinco de organizações nacionais da população de rua (movimentos sociais) e quatro de entidades que tinham como finalidade o trabalho com moradores de rua. Além disso, contava também com nove representantes do governo, um de cada

---

<sup>19</sup> Essas plenárias ainda acontecem, atualmente dirigidas para o controle do processo de implementação da política.

órgão: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República [SEDH/PR], (responsável por sua coordenação); Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério das Cidades; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério dos Esportes; e Ministério da Cultura.

Em consonância com a Política Nacional, foi lançado também o Programa Nacional dos Direitos Humanos, no dia 21 de dezembro de 2009 (SEDH/PR, 2010), que contempla a população em situação de rua em dezenove ações programáticas distintas, distribuídas predominantemente em quatro dos seis eixos temáticos. Propõem políticas nacionais de geração de emprego e renda; enfrentamento ao preconceito; garantia de registro civil; garantia de albergues e abrigos adequados; garantia de acesso a serviços de saúde e a atendimento médico; garantia de criação de centros de referência; garantia de criação de programas de reinserção; garantia de proteção contra abusos e exploração sexual; garantia de campanhas de prevenção à violência contra esse segmento; capacitação de policiais para o atendimento cidadão e não-violento em relação à população de rua; punição para policiais que cometam violência contra população em situação de rua.

Quanto à Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, são cinco os seus princípios:

- I. Promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos;
- II. Respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais;
- III. Direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade;
- IV. Erradicação de estigmas negativos e preconceitos sociais que produzam ou estimulem novas formas de discriminação e marginalização, seja pela ação, seja pela omissão; e valorização da diferença entre pessoas, qualquer que seja a origem, raça, idade, condição social, nacionalidade, gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, atuação profissional, religião, e situação migratória;
- V. Supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua. (SEDH/PR, 2009, p. 12).

Diante de tais desafios, uma série de ações estratégicas foram definidas como agenda mínima necessária no processo de implementação da política. Essas ações foram organizadas nas seguintes áreas de intervenção: Direitos Humanos; Segurança Pública e

Justiça; Trabalho e Emprego; Desenvolvimento Urbano e Habitação; Assistência Social; Educação; Segurança Alimentar e Nutricional; Saúde; e Cultura. Em todo o processo, as informações apresentadas nos diferentes censos foram fundamentais para a elaboração de tais ações estratégicas – intervenções em elementos específicos garantiriam a produção de efeitos que deveriam incidir sobre essa população no sentido esperado pela política.

Todas as ações elaboradas para cada uma dessas áreas estão intrinsecamente relacionadas e mereceriam ser abordadas mais profundamente. Contudo, como esta investigação volta-se para os relacionamentos entre pessoas em situação de rua e a rede de serviços em Assistência Social e Saúde, chamam a nossa atenção especialmente as áreas relacionadas ao Trabalho e Emprego, à Assistência Social e à Saúde. Tais ações estão diretamente relacionadas com o contexto de políticas públicas atualmente desenvolvidas para as pessoas em situação de rua, as quais pude entrar em contato por meio da etnografia realizada no centro da cidade de São Paulo.

Com relação ao Trabalho e Emprego, as ações preveem:

1. Inclusão da população em situação de rua como público-alvo prioritário na intermediação de emprego, na qualificação profissional e no estabelecimento de parcerias com a iniciativa privada e com o setor público para a criação de novos postos de trabalho;
2. Promoção de capacitação, qualificação e requalificação profissional da população em situação de rua;
3. Incentivo às formas cooperadas de trabalho no âmbito de grupos populacionais em situação de rua;
4. Ampliação da discussão sobre níveis de renda para a população em situação de rua;
5. Incentivo a ações que visem à inclusão produtiva e reserva de cotas de trabalho para população em situação de rua;
6. Promoção de oficinas sobre economia solidária, centradas no fomento e na capacitação, a partir de recortes regionais, com o apoio do Ministério do Trabalho e Emprego;
7. Ampliação das cartas de crédito e do crédito solidário para a população em situação de rua;
8. Garantia de acesso por parte da população em situação de rua a seus direitos trabalhistas e à aposentadoria. (SEDH/PR, 2009, p. 14-15).

Fica claro que as propostas de ação estão relacionadas à garantia de direitos sociais e não se resumem a intervenções de caráter mitigatório ou assistencialista. Nesse sentido, estas ações atacam diretamente uma das raízes da desigualdade e da pobreza extrema no país, uma vez que têm como objetivo incluir as pessoas em situação de rua no mundo do trabalho e emprego e das proteções relacionadas a direitos trabalhistas. As transformações resultantes de tais ações estão diretamente relacionadas com as linhas de ação sugeridas pela literatura sociológica acerca do tema.

No âmbito da Assistência Social, são estas as ações propostas:

1. Estruturação da rede de acolhida, de acordo com a heterogeneidade e diversidade da população em situação de rua, reordenando práticas homogeneizadoras, massificadoras e segregacionistas na oferta dos serviços, especialmente os albergues;
2. Produção, sistematização de informações, indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social acerca da população em situação de rua;
3. Inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único do Governo Federal para subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas sociais;
4. Assegurar a inclusão de crianças e adolescentes em situação de trabalho na rua no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil;
5. Inclusão de pessoas em situação de rua no Benefício de Prestação Continuada e no Programa Bolsa Família, na forma a ser definida;
6. Conferir incentivos especiais para a frequência escolar das pessoas inseridas nos equipamentos da Assistência Social, em parceria com o Ministério da Educação;
7. Promoção de novas oportunidades de trabalho ou inclusão produtiva em articulação com as políticas públicas de geração de renda para pessoas em vulnerabilidade social. (SEDH/PR, 2009, p. 16-17).

Nesta área, podemos notar certa continuidade com os modos como as políticas sociais vêm sendo desenvolvidas no Brasil contemporâneo. A ênfase na participação nos programas de transferência de renda pode ser interessante a curto prazo, já que tais ações têm efeitos imediatos na melhoria da qualidade de vida das pessoas em situação de rua, mas não possuem o poder de transformar a estrutura de desigualdade social, mantendo-os na posição de pobres tutelados pelo Estado.

Desde 2009 até o ano de 2011, pude presenciar o efeito das políticas públicas no cotidiano das pessoas em situação de rua que vivem no centro de São Paulo. Infelizmente não consegui perceber os benefícios esperados pela Política Nacional – efetivamente as ações com relação à ampliação de empregos e vagas direcionadas especialmente às pessoas em situação de rua ainda é um sonho distante da realidade, assim como a expansão da cobertura dos programas de transferência de renda ou mesmo a melhoria da rede de albergues e abrigos públicos, que cabem à área da Assistência Social.

No que tange às ações estratégicas em Saúde, podemos encontrar as seguintes propostas da Política Nacional:

1. Garantia da atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais;
2. Fortalecimento das ações de promoção à saúde, a atenção básica, com ênfase no Programa Saúde da Família sem Domicílio, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população, como doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, problemas dermatológicos, entre outras;
3. Fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e o acesso aos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I, II, III e AD);
4. Instituição de instâncias de organização da atenção à saúde para a população em situação de rua nas três esferas do SUS;
5. Inclusão no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde, destacando-se as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), agentes comunitários de saúde e operadores do Sistema Nacional de Ouvidoria, dos conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades da população em situação de rua;
6. Divulgação do canal de escuta do usuário: Sistema Nacional de Ouvidoria, Disque-Saúde (0800611997), junto à população em situação de rua, bem como das demais instâncias de participação social;

7. Apoio às iniciativas de ações intersetoriais que viabilizem a instituição e manutenção de Casas de Apoio ou similares voltadas para pessoas em situação de rua, em caso de alta hospitalar, para assegurar a continuidade do tratamento;
8. Incentivo a produção de conhecimento sobre a temática saúde desta população e aos mecanismos de informação e comunicação;
9. Apoio à participação nas instâncias de controle social do SUS e ao processo de mobilização junto aos movimentos sociais representantes dessa população;
10. Quando da seleção de agentes comunitários de saúde, considerar como um dos critérios a participação de moradores de rua e ex-moradores de rua. (SEDH/PR, 2009, p. 18-19).

Como podemos observar, a aposta de cuidado é fundamentada nos princípios da prevenção e promoção da saúde da população de rua. A ênfase da política recai sobre a importância de formação permanente dos profissionais para o cuidado com essa população, intensificação da atenção básica, das ações intersetoriais e fortalecimento das intervenções com relação à saúde mental. A proposta dessa tese é justamente compreender como acontecem concretamente estas estratégias de cuidado.

### **3. Como se articula a rede de instituições?**

Antes de apresentar quais as instituições que prestam atendimento à população em situação de rua e quais as relações que estabelecem entre si, é preciso refletir sobre o próprio conceito de “rede” utilizado no contexto da organização de serviços, especialmente de saúde. Este é um conceito multifacetado, que vem sendo abordado por inúmeras tradições e que tem sido utilizado para referir-se a diversos objetos (como as redes sociais, de relacionamento pessoais, as redes sociotécnicas – estabelecidas entre elementos heterogêneos humanos e não humanos – e as redes de serviços e instituições). Nos interessa aqui especialmente quando o conceito de rede é aplicado ao contexto do sistema de atenção, especialmente aquele articulado em torno das necessidades de cuidado de pessoas em situação de rua.

De acordo com a OPAS (2009, p. 6), no domínio dos serviços de saúde, o termo *rede de serviços* refere-se principalmente a: a) articulação funcional de unidades provedoras de diferente natureza; b) organização hierárquica consoante os níveis de complexidade; c) um referente geográfico comum; d) única autoridade de saúde na

gestão de todos os serviços; e) normas de funcionamento, sistemas de informação e outros recursos logísticos partilhados; e f) um propósito comum.

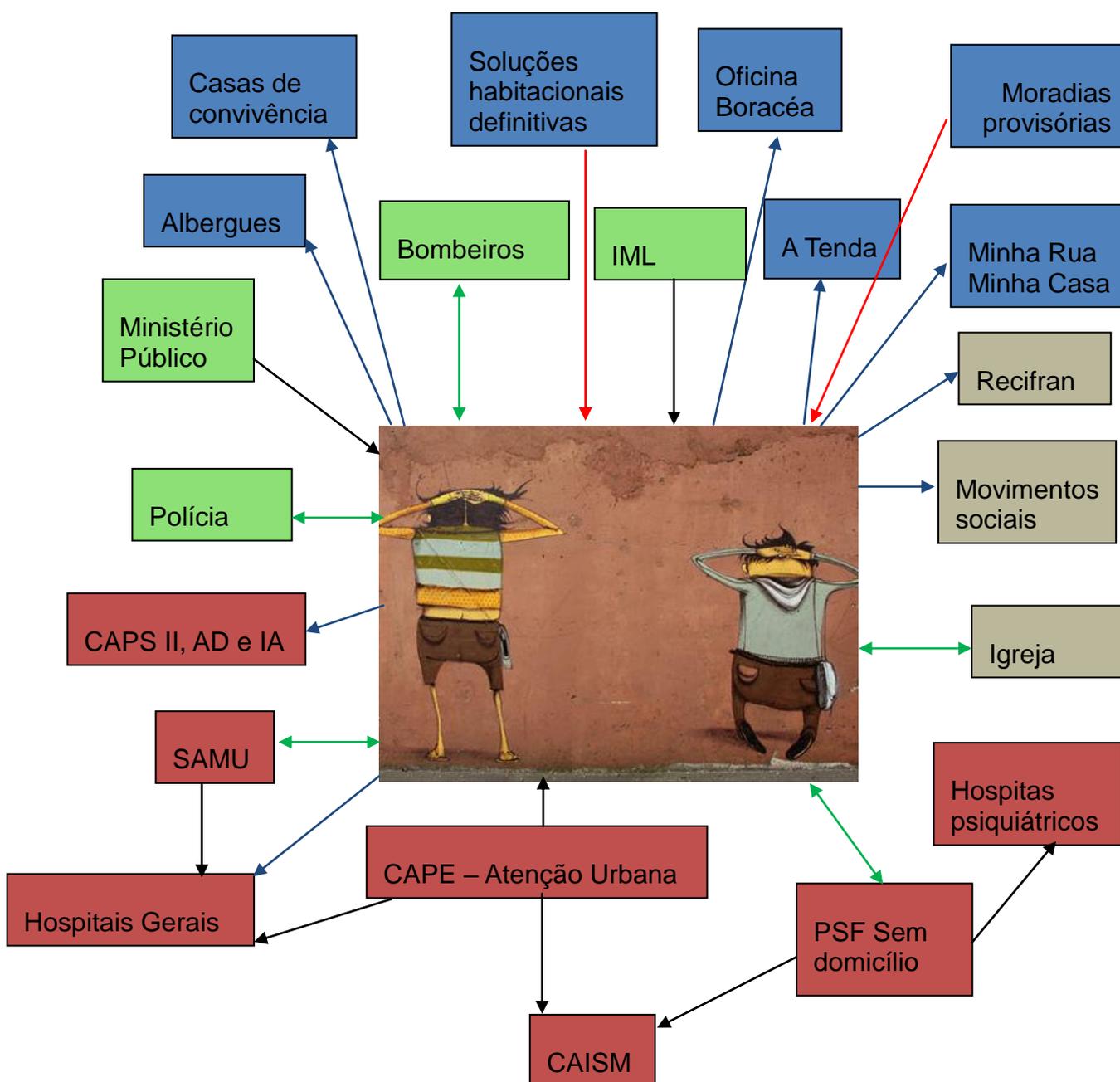
No que tange à articulação estabelecida entre serviços e instituições de diversos setores (como os que encontramos no caso das pessoas em situação de rua), recorremos ao conceito de intersectorialidade, que “ consiste nas articulações dos setores em redes de parcerias entre órgãos governamentais, não governamentais e a comunidade, na resolução de problemas prioritários de uma população que vive em determinado território (Wheshthal & Mendes, 2000, citado por Souza; Silva & Caricari, 2007, p. 812).

Dada a constante transformação do campo institucional configurado em torno das pessoas em situação de rua e a vastidão de equipamentos que podemos encontrar em cada região, torna-se fundamental conhecer como se articula a rede intersectorial de instituições. Em meu campo de pesquisa, pude acompanhar o cotidiano da equipe do PSF Sem Domicílio e perceber que tal equipe circula por tal rede e acessa de modo peculiar as instituições que a compõem. Esta aproximação acontece muitas vezes por conta da necessidade de encontrar os pacientes cadastrados para realizar as VD, o que exige da equipe mobilidade constante. O trabalho efetivamente realizado em cooperação entre instituições ainda mostrou-se incipiente, apesar de algumas tímidas iniciativas de ações conjuntas com a cooperativa de reciclagem, a Tenda e a Associação Minha Rua, Minha Casa. Contudo, apesar de existir uma aproximação tímida, a intersectorialidade ainda configura-se como um desafio, já que as ações em saúde parecem não se integrar a outras intervenções levadas a cabo por estas instituições.

Partindo agora para a análise da rede de instituições intersectoriais articulada em torno das necessidades das pessoas em situação de rua, exponho abaixo um gráfico esquemático das instituições em que entrei em contato em meu campo de pesquisa no centro de São Paulo. Pondo as pessoas em situação de rua no centro do gráfico (com a ajuda dos grafites dos Gêmeos, que encontrei nas ruas do centro), podemos visualizar a rede de serviços ofertados que conheci: nos retângulos azuis estão as instituições da Assistência Social; em verde, vemos as instituições da Segurança Pública; em cinza estão as instituições do Terceiro Setor; e em rosa estão as instituições da Saúde. A relação oferta/demanda está representada pelas setas coloridas: as setas azuis representam as demandas das pessoas em situação de rua pelos serviços; as setas vermelhas representam serviços que efetivamente não atuam ou, se atuam, seu impacto é mínimo (funcionam em teoria, mas na prática não presenciei nenhuma intervenção

proposta por eles); as setas pretas representam a oferta dos serviços às pessoas em situação de rua sem que eles os demandem; e as setas verdes representam instituições que acolhem demanda espontânea, mas que predominantemente buscam pelas pessoas em situação de rua e oferecem ativamente intervenções e serviços (e nem sempre tais serviços são do interesse delas).

Figura 6: Esquema de visualização da rede de serviços ofertada a pessoas em situação de rua no centro de São Paulo (no centro, Grafite dos Gêmeos, sem título, representando as pessoas em situação de rua).



Podemos notar que há uma vasta gama de serviços ofertados e a maioria deles é utilizada pelas pessoas em situação de rua. Além deles, há muitos outros serviços que não entrei em contato em minha investigação. Dentre os serviços do Terceiro Setor que conheci, destaco o RECIFRAN, por ser uma cooperativa de reciclagem de lixo, que acolhe apenas aquelas pessoas que trabalham com esse material. O Movimento Nacional da População em Situação de Rua está sempre aberto à participação, mas muitas pessoas em situação de rua desconhecem a sua existência e seu local de reunião (que atualmente fica no SEFRAS, mais especificamente no Centro Franciscano de Acolhimento da População de Rua, também conhecido como Chá do Padre, por oferecer um lanche no período da tarde). Já as distintas igrejas que compõem a paisagem do centro de São Paulo são bastante ativas e oferecem frequentemente doações de roupa, café da manhã e sopas, enquanto convidam as pessoas para comparecerem à igreja em cultos mais direcionados para elas.

Dentre as instituições da Assistência Social, destaco o Núcleo de Convivência Associação Minha Rua Minha Casa como o serviço mais utilizado que eu presenciei, uma vez que oferece almoços gratuitos (com distribuição de senhas) e um espaço de convivência para sociabilidade. Sempre que estive por lá, havia muitas pessoas dentro e fora da associação em um clima de convivência e cooperação. Já o Espaço de Convivência Jardim da Vida II, conhecido como “A Tenda”, é um equipamento da Secretaria de Assistência Social gerido pela Associação Aliança de Misericórdia que é frequentado apenas por poucos, apesar de oferecer serviços importantes: no local, são realizados atendimentos por assistentes sociais e técnicos da saúde, que oferecem orientação e encaminhamento para os serviços da Prefeitura. Além disso, são disponibilizados banheiros com chuveiros, kits de higiene (quando há), oficinas de capacitação e, ainda, atividades culturais e de lazer, com o objetivo de estimular a reintegração social. Além do Jardim da Vida I e II, existem outros quatro espaços, todos no centro da cidade: Mooca, Santa Cecília, Bela Vista e Barra Funda. Apesar da proposta ser interessante e importante, a polícia também é frequentadora assídua da Tenda e talvez seja por isso sua impopularidade entre as pessoas em situação de rua. Lá, além de haver sempre longas filas para o uso dos banheiros, há sempre algumas pessoas deitadas pelo chão ou sentadas na grade (apesar da placa dizer que é proibido deitar no chão – mas que não explica os motivos...).

Os albergues, hoje chamados de Centros de Acolhida, são bastante frequentados pela população de rua – o difícil mesmo é encontrar vaga em algum deles. Acompanhando a equipe, conheci o Lygia Jardim, o Glicério e o Pedroso, que estavam cheios e com condições de higiene precárias. Um dos pacientes da equipe tinha uma vaga fixa no Portal do Futuro, no bairro da Luz, que não tive a oportunidade de conhecer. Dentre as Casas de Convivência, destaco a Porto Seguro, no Retiro e a Brás – que estão fora da área de abrangência da equipe e que por isso não foram visitadas por mim. Não muito central, está o Projeto Oficina Boracéia, localizado na região da Barra Funda, que oferece um albergue (para adultos em geral e para idosos ou para pessoas acamadas, já que é um Centro de Acolhida II, 24 horas e também Especial). Lá também são promovidas oficinas profissionalizantes, atividades culturais, cursos de alfabetização, lavanderia industrial, regularização dos documentos, autenticação e xerox, guarda volumes, maleiro, restaurante popular (que serve 2 mil refeições diárias), entre outros. Também é um destino bastante procurado por pessoas em situação de rua, mas vagas no albergue são muito difíceis de conseguir. Uma das pacientes da equipe chegou a utilizar o albergue algumas vezes, e sempre pedia para que conseguissem de novo vaga para ela. Apesar de ser um serviço aberto, a entrada no albergue não é facilitada – eu mesma fui barrada duas vezes, e não tive nenhuma chance de apresentar a proposta da pesquisa. Quanto às soluções habitacionais definitivas e às moradias provisórias, somente tive acesso a um hotel social, situado bem próximo à Praça da Sé, que é destinado às pessoas que já estão econômica e socialmente ativas.

Quanto aos serviços oferecidos pelas instituições da Segurança Pública, os bombeiros são os mais populares entre as pessoas em situação de rua. Quase todas as pessoas com que conversei chamam os bombeiros em caso de emergência, principalmente porque eles atendem imediatamente e não tratam mal a ninguém, respeitam e protegem as pessoas em situação de rua. Muitas vezes funcionam como polícia, como a SAMU e como Instituto Médico Legal [IML]. Quanto à polícia, ela é solicitada muito raramente – somente ouvi o relato de uma pessoa em situação de rua que me disse ser a polícia um agente de proteção das ruas, principalmente à noite. Dormir perto de um posto policial era sua estratégia. Na maioria das vezes, a Guarda Civil Metropolitana [GCM] e a Polícia Militar [PM] agem como o “rapa”, principalmente durante as noites, recolhendo os pertences das pessoas em situação de rua e às vezes as abordando de modo truculento. Quanto ao Ministério Público, é somente acessado por instituições da Assistência Social ou da Saúde por conta de algum

caso específico. As pessoas em situação de rua não costumam buscar por si mesmas essa instituição. Somente depois desta primeira demanda realizada por outros serviços, o Ministério Público passa então a gerir os casos. Muitas vezes, mulheres que têm seus filhos em situação de rua são acompanhadas por essa instituição e seus filhos postos para adoção. Acompanhei o caso de Luísa, paciente da equipe, que estava morando em um cortiço na região do Glicério com seu companheiro e que teve seu terceiro filho posto para a adoção pelo Ministério Público e Conselho Tutelar quando tinha apenas três meses. Depois dessa intervenção, ela voltou a viver nas ruas e a usar crack novamente.

Com relação às instituições de saúde, presenciei a demanda espontânea dos usuários pelos CAPS, pela SAMU e principalmente pelas UBS. O contato com hospitais gerais se dá via SAMU em emergências, e os encaminhamentos ao CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde Mental, uma instituição voltada a internações de transtornos mentais graves de curta duração – e a hospitais psiquiátricos são realizados por outras instituições de saúde ou mesmo pela polícia. Por um ano, compreender como funciona essa rede, como tais instituições relacionam-se entre si e intersetorialmente foi um dos objetivos dessa tese.

No que tange à própria área da saúde, as instituições que compõem a rede assistencial timidamente estão articuladas pelo sistema de referência e contra-referência, organizado pelo sistema de regulação de fluxos do SUS – o que efetivamente funciona de modo bastante diverso no cotidiano. Um caso em particular pode ajudar a discutir tal articulação:

*Lucas apareceu há cinco dias no quarteirão da UBS. Está dormindo por lá, junto a fezes humanas e lixo. Quando Luís (ACS) e Vitória (Enfermeira) tentaram falar com ele na semana passada, ele nem estava falando direito. Quase não os respondia e dizia ser uma fibra ótica de Deus. A Supervisão Técnica (que fica no quarto andar) está insistindo com a equipe para que eles resolvam seu caso e o tirem dali, porque parece que não pode haver pessoas em situação de rua dormindo tão próximo da UBS. Por causa dessa pressão (que parece ser realmente séria), a equipe está tentando insistentemente acionar a rede, mas não tem conseguido nenhuma resposta.*

*Após algumas tentativas, Lucas começou a cooperar com a equipe. Luís o encontrou muito sujo, evacuado e muito confuso. Depois de algumas tentativas, conseguiu convencê-lo a ir ao CAPS-AD tomar um banho.*

*Luís conseguiu roupas novas e chegou a discutir com o dono de um restaurante da região para conseguir uma refeição para ele. Eles também fizeram um curativo em seu pé, onde há uma ferida meio grande no tornozelo (de onde ele retirava as casquinhas e comia em seguida – o que causava incômodo em todos a sua volta, inclusive em mim). Está tomando Benzetacil, um anti-inflamatório e um analgésico para dor. Depois dessas iniciativas, Lucas começou a se sentir mais à vontade com a equipe e começou a conversar mais sobre sua história.*

*Lucas tem vinte e oito anos e disse que morava com os pais adotivos no Jardim Primavera, na Zona Sul, perto de Santo Amaro. Disse que tem uma boa relação com eles, com seus três irmãos, que moram na mesma casa, e com sua avó, que mora na casa em frente à sua. Tinha dito que o nome de sua mãe era um e depois disse que era outro. Quando a equipe tentou contatar o número de telefone que ele forneceu, descobriu que era um número fictício, ninguém o conhece por lá. Em sua primeira versão de como foi parar ali, Lucas disse que um amigo da família o deixou ali, mas que depois iria pegá-lo. Por isso, Pedro, o ACS, acredita que ele sempre volta para o mesmo lugar, à espera desse conhecido ou de algum familiar. Hoje, entretanto, contou outra versão: disse que foi à Praça da Sé de ônibus e que resolveu ficar na rua depois que chegou lá. Ele nem havia levado nada (roupas, dinheiro, carteira de identidade...). Disse também que já tomou Diazepam e Gardenal e que não usa drogas. Luís acha que ele já deve ter usado muita droga e que isso parece coisa de cola (que tem como efeito “colar o cérebro”, na gíria das ruas). Luís construiu essa hipótese dada as três tatuagens que ele tem no corpo – indícios que ele já “curtiu muito”.*

*Vitória me disse que eles tentaram muitos recursos da rede, mas não conseguiram nenhuma ajuda. Ligaram para o CRAS, CAS, para a Atenção Urbana, para alguns albergues (principalmente o Boracéia), para a Comissão de Direitos Humanos e nada. Até mesmo para a Ouvidoria da População de Rua eles ligaram, mas também não tiveram nenhuma ação concreta proposta. Eles não podem encaminhá-lo para a Santa Casa porque não é um hospital de referência da UBS (somente do AMA), apesar de ser o hospital indicado porque lá ele poderia ser cuidado do pé, enquanto estivesse sendo avaliado psiquiatricamente. Mas para ser encaminhado para lá, seria preciso que ele estivesse com uma série de exames realizados, para justificar sua internação – o que*

*seria quase impossível, dada a demora em conseguir liberação e datas próximas para os vários exames necessários. Em último caso, teriam que recorrer à AMA para pedir que eles o encaminhassem para lá, mas esse seria o último recurso, dada a relação tensa que ambas as unidades mantêm.*

*Os albergues não o aceitam porque ele é paciente psiquiátrico. Alguns não aceitam porque está com uma ferida na perna. No Boracéia, não há vagas em leito baixo, somente em beliche – o que não é ideal para ele, por causa de sua dificuldade em se locomover. O PS Barra Funda não aceitou sua internação porque lá não existe psiquiatra. Lá ele foi atendido e apenas foi realizado um curativo em seu pé e foi administrada uma injeção de Haldol – que ele havia recusado à princípio porque não gosta de injeções. Nem no CAPS eles conseguiram uma vaga temporária para o fim de semana, porque nesses dias não havia psiquiatra de plantão. Ele acabou na rua mesmo, para frustração da equipe.*

*Assim que essa história me foi contada, pedi a Luís que me levasse até ele. Quando chegamos lá, Lucas estava deitado, envolto em um cobertor que a equipe tinha conseguido para ele. Luís falou a Lucas que a psiquiatra, a Dr.<sup>a</sup> Hélen, iria até ele para conversar um pouco. Não chegamos a ser apresentados e Luís parecia desconfortável. Voltamos à UBS. 40 minutos depois, a Dr.<sup>a</sup> Hélen nos encontrou e fomos em direção a Lucas novamente. Dessa vez, Pedro estava conosco. Pedi permissão para ouvir de perto a consulta e ela disse que era para eu ficar afastada e que depois ela me chamaria. Quando chegamos perto, eu e Pedro paramos do outro lado da calçada para evitar qualquer intromissão, ela e Luís foram ao encontro de Lucas. Enquanto estávamos sozinhos, Pedro me falou estar muito chateado com a Supervisão porque toda essa pressão acaba os deixando todos loucos, por causa de somente uma pessoa em situação de rua (dentre as milhares que eles conhecessem), que nem é cadastrado da equipe. Cinco minutos depois, a Dr.<sup>a</sup> Hélen me chamou para aproximar-me. Chegando lá, ouvi a consulta padrão, com perguntas ligeiras sobre sua história e sobre suas necessidades atuais e desconfortos. Como o barulho era muito por causa do tráfego intenso de carros, ônibus e caminhões que passam pela avenida, a Dr.<sup>a</sup> Hélen pediu para Lucas acompanhá-la à UBS para uma consulta interna no consultório. Lucas cooperou, mas estava andando com muita dificuldade por causa de seu pé. Quando chegamos do outro lado da rua, Pedro*

*disse que iria pegar a cadeira de rodas para levá-lo mais confortavelmente. Pouco depois ele já estava de volta com a cadeira e seguimos para a UBS.*

*Antes de entrarmos, me apresentei a Lucas como pesquisadora e pedi permissão para acompanhar a consulta – o que foi assentido por ele. No consultório, ela continuou sua consulta, sem grandes informações inovadoras – apenas o nome da rua onde mora e o número da casa. Ela saiu para atender outra paciente e me deixou sozinha com ele na sala. Durante mais de meia hora conversei com Lucas, que não me pareceu tão confuso quanto eles haviam comentado. Respondeu todas as minhas perguntas (inclusive que ele era adotado, que tinha mais três irmãos, que já havia trabalhado como cabeleireiro e vendendo lanche na rua e que sua avó parecia uma pessoa muito importante para ele). Estava confuso quanto aos dias e onde estava, mas sabia ler e de vez em quando propunha um tópico de conversa que eu não entendia muito bem – sobre cachorros, por exemplo. Falou sobre suas tatuagens, que foram alguns amigos que fizeram junto com ele há muito tempo atrás (pareciam bem antigas mesmo, já desbotadas). Disse que hoje em dia não tem muitos amigos mais.*

*Quando a Dr.<sup>a</sup> Hélen voltou, ela fez um relatório, solicitando a realização de um exame clínico completo e internação psiquiátrica. Não me lembro dela ter receitado nenhuma medicação psiquiátrica. Ao final, ela saiu e nos deixou novamente sozinhos no consultório.*

*Quando Vitória (a enfermeira) voltou, mostrei a ela o relatório feito pela Dr.<sup>a</sup> e ela disse que aquilo não iria adiantar nada, já que não havia possibilidade de conseguir tais exames e muito menos uma internação que exigisse tais resultados. Luís estava tentando conseguir contato com sua família através da busca pelo site da telelistas. Vitória, visivelmente desapontada, voltou a ligar para o Boracéia para ver se conseguia um leito baixo para Lucas. Caso não conseguisse, iria entrar em contato com o CAISM para ele ser internado provisoriamente, até conseguirem uma vaga em hospital psiquiátrico.*

*Saí da UBS com essa promessa de que Lucas iria ter sua situação resolvida, de uma forma ou de outra, porque eles precisavam dar conta desse caso – por conta da Supervisão. Espero que ele não seja internado em hospital psiquiátrico como única opção da rede. (Trecho de diário de campo, 24/11/2010).*

Neste caso, acompanhei a aflição da equipe ao tentar acionar a rede e se deparar com as recusas e a falta de vagas. Mas isso já faz parte da rotina do PSF: não conseguir vagas (na rede de Assistência Social e na rede de Saúde) parece ser uma constante que sempre traz a sensação de impotência. É como se cada instituição trabalhasse sozinha e o sistema de regulação dos fluxos do SUS atuasse como trava impedindo que outras instituições, além das já previstas pelo sistema, sejam acessadas. A rede, então, parece endurecer e cronificar-se. Sobre tal aspecto, a própria OPAS reconhece as dificuldades enfrentadas pelos sistemas de atenção em saúde e comenta:

A fragmentação dos serviços de saúde se manifesta de formas múltiplas nos diferentes níveis do sistema de saúde. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação é expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência dos serviços com as necessidades dos usuários. Alguns exemplos pontuais compreendem a procura reprimida, as listas de espera, as derivações tardias, a necessidade de visitar vários locais de assistência para a solução de um episódio único de doença ou a falta de uma fonte regular de serviços. Outras manifestações incluem repetições desnecessárias do histórico clínico e das provas diagnósticas ou da indicação de intervenções que não levam em consideração as particularidades culturais de alguns grupos populacionais. No desempenho geral do sistema, a fragmentação se manifesta na falta de coordenação entre os diferentes níveis e locais de atenção, duplicação dos serviços e infraestruturas, capacidade instalada ociosa e serviços de saúde prestados em locais menos apropriados, especialmente, nos hospitais. Alguns exemplos concretos incluem a fraca capacidade de resolução do primeiro nível de atenção, o uso de serviços de urgência para permitir o acesso à atenção especializada, evitando assim a consulta ambulatorial, a admissão de pacientes nos hospitais cujos casos poderiam ter sido resolvidos de forma ambulatorial ou a prolongação da estadia nos hospitais devido a dificuldades em dar alta aos doentes com problemas sociais. (OPAS, 2009, p. 3-4).

Diante de tantas dificuldades vividas cotidianamente pelas equipes (especialmente aquelas da atenção básica, quando precisam dos recursos dos outros níveis de atenção), parece ser necessário refletir sobre as ferramentas de regulação do sistema, de modo a

compreender quais os atuais desafios para tornar efetivas as redes de atenção à saúde do SUS, articulando seus recursos a nível regional.

### **3.1 A organização das Redes Integradas de Serviços de Saúde: a regulação de fluxos e o sistema de referência e contra-referência**

Integrar instituições com diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), de modo regionalizado, requer ferramentas próprias de gestão, que facilitem o fluxo dos usuários (e não travem a sua circulação pelo sistema). Este fluxo, contínuo e a princípio desordenado, deve ser organizado em torno de um sistema de referência e contra-referência (RCR), que deve funcionar como articulador de redes regionalizadas de atenção à saúde. De acordo com Silva (2011), desde a regionalização do SUS realizada em 2006, o tema das redes regionalizadas em saúde vem ganhando força, principalmente após o Pacto pela Saúde, onde estão definidas como “estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos” (Ministério da Saúde, 2008, citado por Silva, 2011, p. 2755).

O Ministério da Saúde referencia-se com esse propósito nas discussões realizadas por um documento produzido pela OPAS que determina a política regional da América Latina para a formação de Redes Integradas de Serviços de Saúde [RISS]. Em 2008, a Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] propôs um sistema de organização de redes, denominado em sua versão final "Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária", que provê um marco conceitual para os países latino-americanos (OPAS, 2009). O documento propõe a seguinte definição para as RISS: “rede de organizações que presta, ou faz arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas sobre seus resultados clínicos e econômicos e o estado de saúde da população à que serve” (OPAS, 2009, p. 6-7).

Como tal documento propõe-se a ser um marco conceitual para o tema da redes de saúde, determina que treze atributos devem ser adotados para o seu bom funcionamento:

1. Devem ser definidos a população e o território dependentes, assim como deve ser estabelecido o amplo conhecimento de suas

necessidades e preferências em questões de saúde, que determinam a oferta de serviços de saúde.

2. Deve ser entregue à população uma rede extensa de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de doenças, reabilitação e assistência paliativa, e que integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde das pessoas e os de saúde pública.

3. Deve ser estabelecida a atenção primária multidisciplinar que abranja toda a população e sirva como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população

4. Devem ser prestados serviços especializados no local mais adequado, oferecidos de preferência em ambientes extra-hospitalares.

5. Devem existir mecanismos de coordenação assistencial para os serviços de saúde, de forma contínua.

6. Atenção à saúde deve estar centrada no indivíduo, família e comunidade, tendo em consideração as particularidades culturais e de gênero, e os níveis de diversidade da população.

7. Um sistema de governança única deve ser estabelecido para toda a rede.

8. Ampla participação social.

9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.

10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.

11. Sistema de informação integrado entre todos os membros da rede, com desagregação dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia e outras variáveis relevantes.

12. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com os objetivos da rede.

13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e igualdade na saúde. (OPAS, 2009, p. 8-9).

Tal discussão, contudo, não foi inaugurada tão tardiamente. Em realidade, segundo Kuschnir e Chorny (2010), o primeiro documento oficial que se propôs a descrever e refletir sobre redes regionalizadas em saúde é conhecido como Relatório

Dawson, e foi publicado em 1920, por solicitação do governo inglês. Este relatório aparece como resultado de intensos debates acerca das mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial, e tinha como objetivo aprimorar formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região.

Tal relatório aponta para as diferentes missões e objetivos de cada instituição no campo da atenção integrada, começando pelos equipamentos menos complexos, que se configuram como porta de entrada do sistema (atenção básica), à atenção especializada, em ambulatórios de especialidades (atenção secundária), até chegar aos equipamentos de maior complexidade, como os hospitais (atenção terciária). O relacionamento entre os equipamentos deveria seguir o fluxo dos usuários, à medida que eles fossem encaminhados de um serviço a outro de acordo com suas necessidades. “Para que essa coordenação fosse possível, já era apontada a necessidade de estabelecer-se um sistema uniforme de histórias clínicas; no caso de um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de consulta ou tratamento, deve ser acompanhado de uma cópia de sua história clínica” (Kuschnir & Chorny, 2010, p. 2309).

Quanto aos desafios da gestão do sistema, o relatório aponta a necessidade de um operador único no comando de gestão de todos os serviços – tanto curativos como preventivos – para cada região territorial. “É indispensável a unidade de ideias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade.” (Kuschnir & Chorny, 2010, p. 2309).

O Relatório Dawson teve o mérito, portanto, de introduzir o conceito de territorialização, ausente até então dos sistemas de seguro social; propor a articulação entre a saúde pública e a atenção individual (medicina preventivista e curativa) e determinar uma autoridade de saúde única no território. Quanto à organização de serviços, o relatório introduziu a discussão sobre os níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração (a importância dos sistemas de informação e da integração no sistema de transportes).

Para garantir o acesso universal e a equidade frente às desigualdades de renda, de condições de saúde e de qualidade de vida, seria importante estabelecer mecanismos de regionalização, que deveriam estar baseados em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção,

subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. “O conjunto estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes” (Kuschnir & Chorny, 2010, p. 2309).

No centro desta questão reside a difícil noção de integralidade; ou seja, a reflexão crítica acerca do papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde. De acordo com Hartz e Contandriopoulos (2004), essa discussão leva à reflexão acerca das dificuldades de integrar serviços por meio de redes assistenciais, “reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos da vida” (p. S331). Segundo as reflexões de Serra e Rodrigues (2010), é preciso debruçar-nos sobre os modos inventivos que devem ser levados a cabo de modo a garantir o direito de acesso dos usuários às ações e serviços em diferentes níveis de complexidade, “com fluxos ou percursos definidos e organizados espacialmente de forma a assegurar a continuidade dos cuidados em unidades localizadas o mais próximo possível dos cidadãos” (p. 3580).

Para integrar instituições em *redes* regionais, potentes e funcionais, diversos aspectos estão envolvidos para a efetiva construção de um sistema de referência e contra-referência. Segundo Serra e Rodrigues (2010), este mecanismo organizado de encaminhamentos mútuos deve ter na Estratégia de Saúde da Família um elemento-chave de articulação da rede e reorganização dos processos de trabalho. Contudo, não basta esperar que a atenção primária à saúde trace seus principais pontos de apoio: é preciso coordenar diversos elementos críticos para que tal regulação dos serviços seja realmente eficaz, o que inclui desde processos de gestão da clínica, à reflexão acerca das condições de acesso aos serviços, recursos humanos, sistema de informação e comunicação e apoio logístico. Para Hartz e Contandriopoulos (2004), a ideia é de um “sistema sem muros”, que elimine as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção. Esse sistema deveria ser ligado por corredores virtuais que ultrapassem barreiras físicas, de modo a aproveitar recursos e ampliar a atenção e as práticas de cuidado. Contudo, tal sistema sem muros “tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação” (Hartz & Contandriopoulos, 2004, p. S332).

Alguns níveis de integração são propostos como forma de refletir sobre os processos de trabalho e os recursos necessários para a real implantação desse sistema

sem muros. Integrar sistemas de saúde exige a criação e a manutenção de uma “governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo” (Hartz & Contandriopoulos, 2004, p. S332). Voltando ao caso de Lucas, podemos vislumbrar o quão distante está a articulação entre as instituições que deveriam ser guiadas por esta noção integrada de rede de atenção e cuidado.

Para compreender o que é necessário para formar redes, os autores propõem que nos atentemos para diversas dimensões de integração, entre as quais destacamos: a *integração dos cuidados* (das práticas clínicas, visando assegurar a continuidade e integralidade dos serviços necessários de diferentes profissionais e instituições), a *integração das equipes clínicas* (a constituição multidisciplinar dos integrantes das equipes) e a *integração relativa à gestão da clínica* (gestão das diversas unidades e equipamentos de saúde que devem ser articulados em torno das necessidades dos usuários ou de uma população adscrita). No caso da Unidade Básica de Saúde acompanhada nesta investigação, é possível perceber que tais níveis de integração ainda estão muito incipientes – o caso de Lucas ressalta como a equipe do PSF tenta integrar as práticas clínicas e consegue algum nível de cuidado, mas definitivamente não conta com a integração das equipes clínicas e muito menos com os benefícios do sistema de referência e contra-referência gerido a partir da integração que poderia ser levada a cabo pela gestão da clínica.

Como se trata de âmbitos de gestão que escapam dos campos de ação imediatamente locais e vão em direção à coordenação entre instituições situadas em territórios regionalizados, torna-se fundamental para o funcionamento geral do sistema a regulação de fluxos e acessos permitida pelo sistema de referência e contra-referência (RCR). É este sistema que deve orientar uma melhor distribuição da demanda das ações em saúde para microrregiões (Silva, 2012). Um texto de Silva comenta este sistema no site do Ministério da Saúde:

A atenção hospitalar possui uma gama variada de protocolos, especialmente na atenção às urgências, e sua demanda vem, na maioria dos casos, dos pronto-atendimentos, prontos-socorros e do atendimento pré-hospitalar, efetivado pelo Corpo de Bombeiros ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, que possui uma central de regulação própria. Essa ação depende de uma boa grade de referência e da ação reguladora integrada entre a urgência e a internação hospitalar.

Os ambulatórios de especialidades e a atenção básica também demandam internações hospitalares, e todos devem estar sujeitos a protocolos e à ação reguladora, seja nos casos de urgência ou eletivos.

Os fluxos da internação estão ligados à capacidade instalada de leitos na rede de serviços de saúde e consistem na alocação do leito e na autorização dos procedimentos hospitalares, por meio da Autorização de Internação Hospitalar – AIH. Essa ação é desencadeada pelo laudo para emissão da AIH, que passa pela autorização no complexo regulador, gerando a reserva da vaga. Quando o paciente é efetivamente internado, segue-se à ocupação do leito e à execução dos procedimentos hospitalares, seguindo o leito ocupado até a alta do paciente e a liberação da vaga para uma nova internação. Nesse fluxo estão também os leitos complementares. (Silva, 2012, s/p.)

O estabelecimento do sistema de RCR requer uma logística que deve contar, de acordo com Silva (2011), com meios de identificação individual das pessoas, melhor conhecimento das usuários, suas famílias e as condições socio sanitárias do território, além de um efetivo sistema de cadastro de profissionais e prestadores de serviço.

No plano da política, esta organização foi elaborada e está regulamentada pela Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, decretada em 1º de agosto de 2008. Em seu texto, encontramos:

A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

- I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. (Ministério da Saúde, 2008).

O ponto IV é, portanto, estratégico. No caso da UBS que pude acompanhar, sua regulação foi a responsável por criar as alternativas para que algumas instituições e não outras fossem acessadas (o que exclui a Santa Casa, por exemplo, como instituição de referência para o PSF Sem Domicílio, mas a vincula ao AMA – o que não faz nenhum sentido, dada a tradição desta instituição em cuidar de pessoas em situação de rua). Portanto, o que deveria facilitar o acesso e organizar o fluxo (evitando assim que alguns equipamentos fiquem sobrecarregados e outros pouco utilizados), muitas vezes trava a rede e endurece o fluxo de atendimentos e cuidados, revelando-se como impedimento para o efetivo cuidado integral.

Neste contexto, cabe nos perguntarmos quem é o responsável por essas definições. De antemão, vale ressaltar que o estabelecimento do fluxo de acordo com o sistema de RCR se dá por meio de pactos. Esta organização, contudo, não pode ser feita por cada unidade ou equipamento de saúde. O Artigo 7º da mesma política define as atribuições dos Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas Centrais de Regulação. São estas estruturas as responsáveis por gerir o fluxo de usuários, e estabelecer o sistema de referência e contra-referência, organizador das relações institucionais no território.

Apesar de esta instância reguladora existir institucionalmente, Cecílio (2012) aponta para outro sistema informal de regulação, que existe na prática das instituições e que faz funcionar uma rede diversa daquela proposta oficialmente pelos Complexos Reguladores. São os regimes de regulação orientados pelas relações pessoais e informais entre profissionais, instituições e usuários, que podem se constituir como efetivas práticas de cuidado, ou podem ser orientados por redes de interesses escusas. O autor aponta para um típico regime de regulação, ligado à tradição política brasileira, a que ele chama de *regulação clientelístico-eleitoreira*, guiada por favores pessoais a cargos políticos da administração de governo que estão à frente das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Atua como contra-regulação e subverte o sistema de fluxo organizado pelos Complexos Reguladores, em troca de favores especiais. Há também, segundo Cecílio (2012), o sistema de *regulação leiga*, realizada pelos usuários que orientam o acesso e o consumo de serviço da saúde segundo suas necessidades e tempos. Quando a rede oficial trava ou está desregulada, os usuários partem eles mesmos, segundo suas necessidades, para as instituições, e muitas vezes não conseguem resultados positivos. E há também o sistema de *regulação profissional*, realizado pelos

trabalhadores de saúde, via contatos pessoais, relações de conhecimento e confiança – o que dá certa leveza e flexibilidade à rigidez exigida pelo RCR.

Quando atentamos para a atenção aos casos crônicos no SUS, podemos notar que o sistema de RCR proposto pelos Complexos Reguladores é falho e não vem dando conta das necessidades dos usuários. Muitas vezes, esses contatos pessoais são o único recurso que os profissionais podem contar. No caso de Lucas, praticamente toda a rede é acessada através deste sistema de regulação profissional – mas, em seu caso, nada funcionou. Casos crônicos exigem tratamentos continuados e em geral circulam pelos três níveis de complexidade, desde a Atenção Básica (como porta de entrada), aos serviços de diagnóstico e de especialidades, até as internações hospitalares. Os casos de saúde mental, por sua complexidade, parecem exigir maior articulação e apoio integrado entre instituições – o que representa certo entrave para que um efetivo cuidado integral seja levado a cabo pela rede. As condições dos pacientes crônicos exigem ações complexas e interinstitucionais para a garantia da continuidade dos cuidados, como preconiza o conceito de integralidade.

Torna-se necessário um sistema em redes usuário-centrado (em contraposição ao sistema centrado em procedimentos), o que exige que diversas articulações sejam possíveis (Silva, 2011). Ou seja, este sistema de referência e contra-referência deve levar em consideração as peculiaridades dos usuários (que variam de acordo com suas necessidades de saúde) e não somente as características socio sanitárias da população e do território atendidas pelas instituições. Desse modo, *linhas de cuidado* específicas (saúde da mulher, do idoso, saúde mental, materno-infantil, etc.) devem organizar a articulação de diversas redes possíveis, o que torna o fluxo mais complexo e o sistema de referência e contra-referência mais maleável. A saúde mental mereceria uma linha de cuidado específica, complexa e autorregulada, sensível às situações particulares (como pessoas em situação de rua em sofrimento grave). Além disso, projetos terapêuticos singulares são ferramentas que também devem ser levadas em consideração e devem ser articulados a este “sistema sem muros”.

Voltando ao caso de Lucas, podemos notar as tentativas da equipe de criar um fluxo de atendimentos que se adequasse a suas necessidades (por exemplo, ao tentar conseguir somente um leito baixo em albergue). É essa clínica sensível que deveria contar com uma rede acolhedora que levasse a cabo uma continuidade de ações e mantivesse a equipe do PSF em constante diálogo. Infelizmente, a equipe não pôde contar com nenhuma instituição oficialmente disponível pelo RCR de sua unidade.

É nesse momento que destacamos a importância de ser oferecida certa autonomia à Atenção Primária a Saúde como importante ferramenta para a coordenação de ações de cuidado organizadas em redes a partir das necessidades dos usuários. Isso efetivamente deveria se concretizar na articulação de itinerários através da organização do acesso a serviços e profissionais de saúde possibilitadas pelas equipes do Programa de Saúde da Família para cada caso. Para cumprir tal função, Silva (2011) destaca algumas condições necessárias para o seu adequado funcionamento: (1) disponibilidade de médicos generalistas com boa formação para cuidar da saúde da comunidade; (2) ações de amplo escopo que englobem vigilância em saúde, prevenção de enfermidades e promoção de saúde; (3) gerenciamento do cuidado e continuidade por meio de regulação do acesso e integração com os demais níveis de atenção; (4) articulação com outras especialidades médicas; (5) integração matricial com os especialistas.

Apesar destas condições nem sempre serem encontradas no cotidiano das equipes de PSF, compartilhamos a percepção da ESF ser uma ferramenta articuladora de redes. Nesta investigação, pudemos ser testemunha desta capacidade de regular os fluxos de atendimento de acordo com os casos; momento em que pudemos notar certa malícia e maleabilidade no acesso ao sistema de referência e contra-referência.

O Programa de Saúde da Família Sem Domicílio parece englobar todas essas funções, mas enfrenta uma dificuldade adicional: compor uma rede de cuidado para uma população alvo de preconceitos (tanto da sociedade em geral, como também dos próprios profissionais da rede SUS). Os cuidados à saúde de pessoas em situação de rua representam desafios constantes frente às resistências de outras instituições em tomarem para si a tarefa de construir conjuntamente ações e práticas de cuidado para esta população. A sujeira, os cheiros, o uso de substâncias psicoativas, ou mesmo a embriaguez, são os primeiros pontos relatados pelos profissionais de outras instituições como motivos para não serem admitidos em suas unidades.

E, como se não fosse suficiente tamanho descaso e negligência, as equipes do PSF Sem Domicílio ainda têm que enfrentar a omissão frente aos casos de saúde mental. O tratamento oferecido às pessoas em situação de rua em sofrimento mental parece chegar ao extremo do preconceito e é para eles que voltamos nossa atenção, em tentativa de complexificar o debate acerca dos desafios da clínica psicossocial às pessoas em situação de rua em sofrimento mental.

## **Capítulo VII – Como vem sendo realizado o cuidado em saúde mental às pessoas que vivem nas ruas?**

Tratar das complexas relações entre as vulnerabilidades sociais experienciadas nas ruas e o sofrimento mental sentido por pessoas concretas em suas vidas é uma tarefa que exige fôlego. Este se configura como um campo minado, que impõe desafios ao pesquisador na medida que exige posicionamentos teóricos e políticos no que diz respeito ao que consideramos ser o sofrimento mental, quais são as suas raízes (sociais, biológicas, relacionais) e como elas se articulam com as vulnerabilidades impostas por determinantes socio-históricos a certos grupos populacionais. Isso implica considerarmos o papel de fatores individuais relativos a aspectos biológicos e à história relacional de cada pessoa, assim como fatores de ordem social e cultural ou mesmo coletiva, como o seu pertencimento à determinada parcela da população que sistematicamente não tem respeitados seus direitos sociais e políticos, vulnerabilizada por não estar completamente inserida na sociedade de consumo.

Para começar a discussão, partimos do óbvio: é preciso que duas condições básicas sejam encontradas para que uma pessoa possa ser considerada louca de rua: ser louca e viver nas ruas. Como comentamos no Capítulo II, definir a loucura, especialmente nos apropriando do discurso etiológico das ciências psi, é uma tarefa que escorregadia. Longe da pretensão de conseguir uma explicação etiológica que explicasse a relação da loucura com a pobreza extrema preferimos considerar a loucura como existência-sofrimento de um corpo em relação ao corpo social (Basaglia, 1985), e adotar como critério o discurso que assim designa uma pessoa no seu entorno social, seja ele proferido em primeira ou terceira pessoa<sup>20</sup>.

Partimos do princípio de que não podemos desvincular a encenação de sua loucura de seu palco fundamental: as ruas ou o espaço público por excelência. Para essas pessoas, a relação da loucura com a rua é constituinte e não pode ser considerada

---

<sup>20</sup> Essa postura frente ao nosso objeto de estudo foi melhor aprofundada no Capítulo II, especialmente na sessão 5: Por uma leitura construcionista do desabrigo e das pessoas em situação de rua consideradas “loucas”.

como arbitrária ou acidental. Aquele que vaga pelas ruas exibindo sua loucura para os habitantes da cidade experiencia seu desvio na tensão com o espaço – sua loucura reside e é constituída justamente nesse embate com o público, nessa insistência em produzir um desvio e publicizá-lo nas ruas no embate com os habitantes da cidade. Sua existência exige um modo de relacionamento com as ruas que escapa aos moldes da divisão público-privado, nos desafiando a compreender seus arranjos bizarros na cidade e no uso do espaço público.

Assim, não importa saber se é a loucura o fator que desencadeou a vida nas ruas ou o contrário, algo que nem mesmo estudos que atendem essa agenda psiquiátrica conseguiram provar (Lovisi; Lima & Morgado, 2001). A importância dada às questões de saúde mental entre a população em situação de rua superestima essa característica, ao mesmo tempo em que negligencia outras. Segundo Cooper et al. (1999), somente um terço da população de pessoas em situação de rua dos Estados Unidos apresenta algum tipo de transtorno mental (taxa semelhante à população em geral). Entre famílias que vivem nas ruas, esse percentual para 4 a 9%.

Em um estudo realizado entrevistando pessoas residenciais de Olinda, a taxa de prevalência de transtornos mentais comuns foi aproximadamente 35%, taxa esta intimamente associada com variáveis relativas às condições de vida dos sujeitos entrevistados (analfabetismo, baixa escolaridade, precárias condições de moradia e médio acesso a bens de consumo duráveis) (Ludemir & Melo Filho, 2002). Em Belo Horizonte, contudo, em pesquisa semelhante, porém com pessoas em situação de rua, foi encontrada uma taxa de 49,2%, que também variava de acordo com algumas características sociais e pessoais (estado civil, faixa etária, tempo de moradia nas ruas, escolaridade) (Botti et al., 2010). Assim, podemos perceber que o sofrimento mental está mais presente entre pessoas em situação de rua, e tal sofrimento não pode ser dissociado das dificuldades e vulnerabilidades vividas por essas pessoas nas ruas.

Mesmo em estudos que mostram uma taxa relativamente alta de transtornos mentais entre pessoas em situação de rua, o papel destas como *causas* do viver nas ruas pode estar exagerado, uma vez que transtornos mentais podem surgir como consequências dos perjúrios vividos nas ruas (e é justamente essa relação que vem sendo salientada por autores que estão orientados por uma perspectiva mais crítica). Desse modo, podemos apenas afirmar que o sofrimento mental é mais acentuado entre as pessoas em situação de rua, considerando tanto os transtornos mentais comuns (distúrbios mentais menores, como humor depressivo ou ansioso, sintomas somáticos,

decréscimo da energia vital e pensamentos depressivos), como aqueles crônicos e graves (como os distúrbios psicóticos) (Lovisi, Lima & Morgado, 2001). Basta afirmarmos que qualquer tentativa de aproximação com este universo apresentado pela loucura em domínio público tem que levar em consideração que “a própria condição de vida da população de rua pode vulnerabilizar esse grupo à maior prevalência de transtornos mentais” (Botti et al., 2010, p. 189), trazendo para o centro da análise as implicações entre o sofrimento psíquico grave e as vulnerabilidades sociais, econômicas e relacionais (entre as quais destacamos a fraca inserção no mercado de trabalho, a baixa escolaridade, a fragilidade dos vínculos familiares e condições de moradias precárias).

Os Transtornos Mentais Comuns [TMC] estão diretamente relacionados a fatores socioeconômicos e inversamente relacionados à densidade da rede de apoio social; portanto, quanto mais baixo o nível socioeconômico de uma população, mais altas as taxas de prevalência de TMC. No contexto tão adverso da situação de permanência na rua, são relatados inúmeros fatores que comprometem a estrutura individual agravando as capacidades mentais e físicas, extremamente presentes na vida dos moradores de rua: a miséria, a violência, o consumo abusivo de drogas, o rompimento com a família e as situações de violência doméstica, sexual e moral (Botti et al., 2010, p. 185-186).

O que nos chama a atenção é o poder de cronificação do empobrecimento frente ao sofrimento mental, o que acaba por gerar uma reação circular de reforço das situações de vulnerabilidade econômica e psicológica. É possível identificar “um modelo circular de relação entre pobreza e transtornos mentais comuns, em que a pobreza se desdobra em reações psicológicas, essas em consequências funcionais que retornam novamente à pobreza” (Botti et al., 2010, p. 186).

Portanto, podemos escapar à armadilha etiológica, compreendendo tal círculo de vulnerabilização entre a vida nas ruas, o empobrecimento e o sofrimento mental. Assim, podemos partir para uma análise de como este sofrimento se configura em vidas concretas, quais as configurações que a loucura ganha ao estar associada às vulnerabilidades sociais, econômicas e relacionais presentes na vida das ruas.

Nesta tarefa, podemos encontrar alguns autores que buscam compreender o louco de rua e caracterizá-lo a partir do sofrimento que apresenta e das relações que

estabelecem com seu entorno social. Apresentamos a caracterização realizada por Brito (2006) acerca dos loucos de rua:

São pessoas, de modo geral, oriundas das camadas extremamente pauperizadas da população e, entretanto, diferentemente das demais, encontram, na estrutura psíquica que lhes é própria – a psicose – um elemento agregador ao “estado de miserabilidade e desamparo em que se encontram” (dificuldade com o cuidado de si, alheamento com relação à questão do tempo, dificuldade maior e diferenciada de fazer laço social). Por conseguinte, terão dificuldades também no estabelecimento das mediações simbólicas necessárias na apropriação do espaço e no convívio com seus pares na miséria. Fazem laços com o mínimo de pessoas e são, geralmente, portadoras de uma dignidade avessa à filantropia, figuras de uma estética bizarra e singular, que vagam pelo território urbano ou se fixam em algum ponto do espaço público, carregados de objetos aparentemente inúteis, expostos às intempéries do tempo e às vicissitudes da rua (Brito, 2006, p. 323).

No que tange às relações do louco de rua com seu entorno social, Ferraz (2000a) comenta

O louco de rua vive a maior parte de seu tempo nas ruas, perambulando e mendigando; por isso, ele acaba se tornando conhecido de praticamente toda a comunidade, quando vive em uma pequena cidade. Convertido em figura pública, ele relaciona-se com as mais diversas pessoas da comunidade, nelas despertando uma série de sentimentos variados e provocando a sua imaginação. Daí o fato de surgirem muitas histórias sobre ele, histórias que correm de boca em boca e que se acabam tornando verdadeiras lendas comunitárias. Quase todas as pessoas têm um caso para contar sobre um determinado louco, que pode ser algo que sobre ele se escutou ou alguma experiência vivida pessoalmente. Tais histórias, que algumas vezes beiram a fantasia, incorporam-se ao repertório das tradições orais da comunidade, aí podendo ocupar um lugar de destaque. (Ferraz, 2000a, p. 116).

Ferraz (2000a) aponta para diversos modos de relacionamento entre os loucos de rua e os outros habitantes da cidade, que vão desde provocações, xingamentos e apelidos pejorativos para desencadear a fúria dos loucos, à pedidos para que eles cantem, dancem, contem histórias, imitem, encenem. A rejeição e o desprezo também

são frequentes, assim como a compaixão (por via de esmolas, doações de roupa e comida), a empatia com suas histórias (mesmo as mais delirantes) e sua sacralização (elevação de sua condição a um plano místico).

Uma das funções do louco de rua para a cidade é, portanto, a de catalisar o potencial mítico comunitário, contagiando com sua loucura a razão comum. O louco oferece sua existência, seus pensamentos e suas falas delirantes, estranhas, obscuras, misteriosas ou simplesmente engraçadas a um público ávido – ainda que, muitas vezes, inconsciente dessa avidez – por entrar em contato com algo que escape de seu modo ordinário de pensar e de explicar o mundo.

O louco parece despertar fantasias adormecidas. Ele introduz as dimensões do fantástico, do poético e do lúdico na vida comum das pessoas; daí o fato de muitas histórias que se criam para dar conta de sua existência também recorrerem ao poético e ao fantástico. A razão, em seu sendo estrito, é posta momentaneamente de lado, abrindo espaço a explicações de natureza mítica. O louco, por meio do fascínio que exerce, produz no outro – na cidade, em nosso caso – uma breve ruptura com o “universo da razão” (Ferraz, 2000a, p. 230-231).

Contudo, vale ressaltar uma diferença fundamental entre a loucura encenada por pessoas em situação de rua nas vilas e pequenas cidades do interior e nas grandes cidades. A relação da comunidade com seus loucos de rua parece íntima no interior, ao passo que na cidade grande, parece não haver comunicação possível entre os loucos de rua e seus habitantes. Tratando dos loucos de rua das pequenas cidades, Ferraz (2000a) comenta

Os loucos de rua configuram um grupo que escapou de qualquer forma de tratamento e da institucionalização de sua “doença”. Sobrevivem como remanescentes de uma era pré-psiquiátrica, quando os loucos tinham a liberdade de compartilhar com todos o espaço da cidade e a internação ainda não os ameaçava. Nem mesmo o diagnóstico dessas pessoas provém do saber psiquiátrico, visto que elas se encontram à distância da assistência ou da intervenção médica. Quem os reconhece e os aponta como loucos é o próprio povo. Assim, essas pessoas não são psicóticas, esquizofrênicas ou maníaco-depressivas, mas são simplesmente loucas, doidas, malucas atrapalhadas ou algo equivalente (Ferraz, 2000a, p. 245-246).

Essa, contudo, é a descrição de uma relação da loucura com o espaço público que não pode ser generalizada. Atualmente nas grandes cidades, já não encontramos essa intimidade e aceitação entre os loucos de rua e os outros habitantes. Novos Profetas Gentileza<sup>21</sup> são bem raros. Subsumidos no meio da multidão de carros e pedestres apressados, as pessoas em situação de rua em sofrimento mental parecem invisibilizarem-se. As perambulações passam despercebidas, assim como suas histórias de vida, as idiossincrasias e peculiaridades de suas loucuras em seus relacionamentos com o espaço público. O único modo de chamarem a atenção é quando incomodam ou representam ameaça potencial aos transeuntes.

É importante anotar que, para os loucos que vivem nas ruas, a sociedade em geral se mantém em silêncio e as poucas tentativas de aproximação e auxílio social, na maioria das vezes, são frustradas, desde que se desconhece que essas pessoas são avessas à formas usuais de filantropia, por força mesmo de sua condição psíquica. (Brito, 2012, p. 47).

Os maus cheiros e o acúmulo de materiais e lixo parecem ser seus chamarizes; já não há espectadores para seus discursos, suas histórias já não são ouvidas pela comunidade. Nesse sentido, vale ressaltar que

É verdade que não é tão simples aproximar-se desses “loucos”, uma vez que estão encarcerados em si mesmos, por vezes em um lugar tão além da possibilidade de interação ou de comunicação que não se sabe em que lugar colocam as outras pessoas em sua maneira própria de atribuição de sentido a quem deles se aproxima. (Pagot, 2012, p. 147).

Como recursos de sobrevivência restam o lixo, alguns pequenos comerciantes do centro que podem ajudar com doações de comida, a caridade de alguns religiosos, a abordagem de profissionais de saúde perambulantes e os relacionamentos muitas vezes fugazes com outras pessoas em situação de rua que vivem nas redondezas. As internações

---

21 O Profeta Gentileza foi uma personalidade urbana carioca, espécie de pregador, que se tornou conhecido a partir de 1980 por fazer inscrições peculiares sob um viaduto situado na Avenida Brasil, na zona portuária do Rio de Janeiro, onde andava com uma túnica branca e longa barba. Na década de 1970, foi um andorilho incansável: caminhava entre ruas, praças, nas barcas da travessia entre as cidades do Rio de Janeiro e Niterói, em trens e ônibus, fazendo sua pregação e levando palavras de amor, bondade e respeito pelo próximo e pela natureza a todos que cruzassem seu caminho. Aos que o chamavam de louco, ele respondia: - "Sou maluco para te amar e louco para te salvar". A partir de 1980, ele pintou 56 pilastras do viaduto da Avenida Brasil com inscrições em verde-amarelo propondo sua crítica do mundo e sua alternativa ao mal-estar da civilização (Guelman, 2000).

psiquiátricas são um fantasma recorrente e há uma profusão de serviços psi que ofertam intervenções e medicamentos, fundamentados, sim, em diagnósticos psiquiátricos.

Podemos afirmar que a loucura em domínio público vem sendo alvo de diversos empreendimentos no campo da assistência social e da saúde (mental) e podemos mesmo dizer que, se não há um projeto de medicalização dos loucos de rua sendo implementado, há, na melhor das hipóteses, efeitos claros de institucionalização a partir de novas práticas de cuidado ainda em elaboração. Podemos identificar também o papel de diversas organizações sociais filantrópicas que oferecem seus serviços diretamente às pessoas em situação de rua.

Na falta de uma política consistente, apresentam-se muitas vezes, nas ruas, os mais variados segmentos sociais caritativos, que acabam por realizar, com o desprendimento e boa vontade que lhes são próprios, a proeza de cuidar, mantendo as pessoas em um estado de indignação, humilhação e assujeitamento, alimentando um processo que poderíamos denominar institucionalização da população de rua. (Brito, 2006, p. 322).

Mas como estão sendo elaboradas relações de cuidado com essas pessoas, especialmente no contexto das grandes cidades? Como forma de aprofundar essa difícil e complicada discussão, nada melhor do que começar com um caso que congregue concretamente os elementos convocados nessa arena, a partir de situações vividas e aqui narradas a partir de minha perspectiva interpretativa.

*Começamos então apresentando a história de Camila, construída a partir de conversas que tive com ela e de relatos da equipe transcritos em seu prontuário. Quando a conheci, Camila tinha 35 anos, e há 5 anos vivia nas ruas do centro de São Paulo. Nessa época, ela dormia embaixo de um viaduto bem alto, junto com seu companheiro, Igor, e dois cachorros. Apesar de participar de discussões da equipe sobre seu caso desde o início da pesquisa de campo e acompanhar as ações e encaminhamentos realizados, não pude conhecê-la pessoalmente por três meses. Quando comecei a acompanhar a equipe, Camila havia acabado de ser cadastrada, mas já estava internada em um hospital psiquiátrico e somente a conheci pessoalmente após sua alta hospitalar.*

*Em seu prontuário estava descrito um breve relato, indicado como história de vida, escrito no dia em que foi feito seu cadastramento, em agosto de 2009:*

*Está há quatro anos na rua – saiu de casa porque apanhava da tia e da sobrinha. Teve dois filhos com o ex-marido, assassinado por um traficante. Uma filha mora com a irmã e a outra deu para adoção. A última vez que viu os familiares foi em um Natal (não sabe o ano). Pai e mãe morreram de derrame.*

*Foi internada na infância em Sorocaba, na ala infantil de um hospital psiquiátrico. Tomava calmante. Era roqueira e muito nervosa, rasgava a roupa em casa.*

*Nega uso de drogas e álcool. Nega alucinações, mas já viu o diabo com dentes e olhos vermelhos, peludo.*

*Frequentou a casa Restaura-me (tem carteirinha). (Trecho do prontuário de Camila do dia 19/08/2009).*

*A situação em que Camila vivia nas ruas não era fácil. Segundo relatos de seu prontuário, ela estava sempre muito suja e vivia em péssimas condições de higiene. Foi encontrada comendo restos de comida estragada, junto a dois cachorros e muitos objetos sujos, que ela considerava como seus pertences. Estava frequentemente confusa, “com a linha de pensamento prejudicada”, o que exigiu da equipe a necessidade de seu caso ser acompanhado pela psiquiatra e pela psicóloga do NASF. Suas vulnerabilidades referiam-se especialmente à situação de extrema pobreza, já que não havia qualquer indício de que ela conseguia renda para sobreviver, à constante violência física e sexual a que era frequentemente submetida e ao rompimento das relações familiares. Ela vivia nas ruas somente com um companheiro, Igor, que também estava em situação de rua e que havia conhecido alguns meses antes de ser cadastrada.*

*Dada a falta de recursos econômicos, uma das primeiras intervenções da equipe foi tentar encontrar a sua família, em tentativa de restaurar laços familiares e quem sabe conseguir que Camila saísse das ruas. Para complicar, Camila não possuía documentos, o que dificultou o rastreamento de seus familiares. Foi preciso ligar para o Tribunal de Justiça de São Paulo para saber se existia algum processo em nome da paciente. Assim, a equipe descobriu que ela nasceu em Jundiaí e viveu com a irmã, Paula, em Campo Limpo (não havia nenhum processo no Tribunal de Justiça, mas ela estava cadastrada lá, mesmo sem documentos). Após contato com a Secretaria de Assistência Social da Prefeitura de Campo Limpo, eles conseguiram o endereço de Paula, assim como pactuaram com a assistente social da prefeitura uma VD para contato inicial.*

*A assistente social da Prefeitura realizou a visita à casa de Paula, e através de contato telefônico contou à equipe sua história de vida, narrada por essa irmã. Segundo Paula, Camila sempre teve evidência de comprometimento mental desde criança e foi internada ainda na infância em hospital psiquiátrico em Sorocaba e também na APAE [Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais]. Na adolescência o quadro agravou, principalmente após a morte do pai. Nesta época, passou a tomar medicação controlada (provavelmente psiquiátrica). Não há relatos sobre seu marido ou sobre a época em que teve suas duas filhas. Sua irmã apenas comentou que quando estava muito confusa, ela foi interditada judicialmente e que, no processo, perdeu o poder familiar sob os filhos e a possibilidade de gerir a pensão paterna, que tem direito. Paula passou a ser sua responsável legal, ou seja, possui a tutela de sua primeira filha e administra sua pensão. A segunda filha foi posta para adoção. Paula contou que quando isto aconteceu, Camila se revoltou com a família e desde então passou a viver nas ruas, primeiro em Campo Limpo e depois em São Paulo. Paula contou também que ela ofereceu um quarto no fundo de sua casa, mas que ela não quis ficar lá e que rejeita sua primeira filha desde então, porque, segundo ela, Camila só pensa na segunda filha, que já foi adotada.*

*A assistente social do NASF entrou em contato por telefone com Paula para comentar acerca do acompanhamento de Camila pela equipe e confirmar tal conversa (sua história de vida relatada por telefone). Nesta ocasião, a irmã foi informada que a equipe iria mediar a documentação para ampliar o exercício de sua cidadania – o que me pareceu indicar que o processo de interdição judicial e de curatela poderia ser renegociado (principalmente no que diz respeito à administração da pensão paterna de Camila). Em seguida, a assistente social do NASF entrou em contato com a Prefeitura e com o cartório de Jundiaí para conseguir informações sobre sua certidão de nascimento e solicitar (via correio) a 2ª via. A ideia era entrar com o pedido de aposentadoria por invalidez (por retardo mental) segundo a LOAS, assim que a equipe tivesse acesso à sua documentação.*

*Em seu prontuário, chama a atenção o fato de Camila frequentemente apresentar hematomas, no rosto e em todo o corpo. Pude encontrar uma série de relatos de violência (inclusive sexual), que culminaram em seu encaminhamento para tratamento dentário (já que ela perdeu alguns dentes decorrentes de traumatismos na região da boca). Por conta disso, o caso foi discutido pela equipe junto com a gerente da UBS e a assistente social do NASF, principalmente no que se refere a procedimentos a serem*

*realizados para vítimas de violência com comprometimento intelectual. Ao que parece, Camila sofria violência (especialmente sexual) de muitos homens que viviam nas ruas da região, o que a fazia sentir-se especialmente vulnerável e insegura todo o tempo. Isto está relacionado à sensação de que está constantemente sendo ameaçada, e que é impotente frente a tais situações (o que a leva a pensar que pode morrer a qualquer momento). Em uma situação como esta, Camila passou a se isolar das pessoas e até mesmo a pensar em se suicidar. Em seu prontuário, encontrei este relato, realizado pela psiquiatra:*

*A paciente estava “arrumando” a roupa do cachorro, em péssimas condições de higiene, cercada de seus pertences (entre eles, várias garrafas de água, alimentos deteriorados). Colaborativa. Queixou-se de coceira pelo corpo.*

*Referiu-se sentir muito ameaçada, principalmente à noite, pelos “noias” da região. Frequentemente sofre abusos e é vítima de violência sexual praticada pelo “jacks” (vários).*

*Mostra-nos a faca com a qual tenta se defender dos agressores. Sofre mais esse tipo de violência do que as outras mulheres da região porque é “otária” (sic.) e eles sabem disso e se aproveitam.*

*Se sente sozinha porque o marido, Igor, some por 3 ou 4 dias. Nesses momentos de medo e solidão, sente vontade de se matar, se jogar no rio ou atirar-se na frente dos carros que passam na Avenida. Desiste de se matar por causa dos cachorros que dependem dela. Gostaria de sair de lá para um lugar que não apanhasse e não houvesse “jacks”.*

*Vai batizar-se em uma igreja de crentes, gostaria de ir para a escola e vai tirar documentos na Tenda.*

*Nega alucinações auditivas e visuais, uso de álcool e drogas ou desânimo.*

*Exame de Estado Mental*

- Orientada no tempo e no espaço*
- Concentrada, memória preservada*
- Sem alterações da senso-percepção*
- Afeto preservado, boa ressonância afetiva*
- Humor não polarizado*

*(Trecho de prontuário de Camila, 27/08/2009)*

*Apesar de o exame de estado mental parecer “normal”, Camila estava passando claramente por sofrimento mental, de modo intenso e continuado. Parecia que não*

*havia muitos recursos vinculares a que a equipe pudesse recorrer para fortalecer seus laços e ajudá-la a sair dessa situação de vulnerabilidade. Mesmo seu companheiro, Igor, não servia como vínculo protetor e como suporte. Segundo ela, em muitas ocasiões, Igor a manteve protegida, e por conta da importância que ele representava para ela, a equipe imediatamente o vinculou a seu prontuário familiar. Contudo, muito frequentemente, Camila aparecia com hematomas, mesmo estando em relacionamento com Igor. Segundo ela, os “jacks” a violentavam quando Igor não estava presente, mas a equipe passou a desconfiar desse vínculo, dada a constância das violências.*

*No final de agosto, ela apareceu na UBS para extrair um dente e nesse momento teve uma consulta compartilhada com a médica clínica da equipe e com a psiquiatra do NASF. Nessa consulta, ela contou que estava seriamente pensando em se matar e que foi impedida de se jogar no rio por Igor. Nesse momento, a psiquiatra receitou Fluoxetina (um antidepressivo) e entrou em contato com o CAISM para uma internação de curto prazo, por conta do risco de suicídio. E assim, Camila foi imediatamente levada para lá com o transporte do CAPS-AD.*

*No dia seguinte, o CAISM transferiu Camila para a Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, em Pirituba, um hospital psiquiátrico, parceiro do SUS. Neste mesmo dia, a equipe realizou contato com a irmã para visita na Casa de Saúde (momento em que pediram a certidão de nascimento de Camila, já que o procedimento com cartório de Jundiaí não havia funcionado).*

*Foi justamente nesse momento que eu comecei a acompanhar seu caso. Em meu primeiro dia junto com a equipe, havia uma tensão no ar – Luís me contou que Igor havia aparecido na UBS procurando por ele e que estava muito aborrecido porque Luís havia internado Camila sem seu conhecimento. Luís nem mesmo sabia do que havia acontecido, ele não havia participado da decisão realizada pela psiquiatra – ele apenas a havia levado Camila à UBS para ser atendida pelo dentista. Apesar de desconhecer exatamente o que havia acontecido, Luís sabia que Camila havia tentado se suicidar e acreditava que a internação havia sido protetiva. “Pelo menos lá, ela vai parar de tomar porrada e ser estuprada todos os dias!”.*

*Na reunião de equipe que aconteceu dois dias depois, Luís solicitou que as técnicas da equipe fossem ao encontro de Igor para tentar explicar os motivos da internação. Ele estava muito aflito. No mesmo dia, acompanhei a psicóloga, a enfermeira e Luís, mas não conseguimos encontrá-lo na rua. No dia seguinte, a psiquiatra e a enfermeira foram mais uma vez ao encontro de Igor para tentar*

*esclarecer a necessidade de internação – uma conversa que durou mais de uma hora devido ao estado agressivo e nervoso em que se encontrava. Para Luís, essa conversa era fundamental para que ele pudesse continuar seu trabalho, uma vez que ele se sentiu de algum modo amedrontado, pelo fato de Igor andar armado com uma faca (mesmo que ele não o tenha ameaçado explicitamente). Luís acreditava que Igor estava assim tão chateado porque ele conseguia dinheiro através da prostituição de Camila – em sua opinião, isso explicava ela continuar sendo espancada e apresentar sinais de violência sexual (e para ele, isso também falava um pouco de seu sofrimento e da vontade de se matar). A história dos “jacks” também se encaixava nessa hipótese. Essa me pareceu uma suspeita bem séria, mas plausível. Luís estava investigando essa hipótese com outras pessoas que viviam perto dos dois, na rua.*

*Depois dessa conversa, Igor se acalmou e a equipe estava tentando convencê-lo a visitar Camila junto com eles na semana seguinte. Mesmo com sua recusa, a equipe marcou uma visita para uma quarta-feira às 09h00. Mas, quando estávamos de saída descobrimos que o horário de visita da Casa de Saúde é somente das 16h às 17h – o que nos pareceu bastante estranho. A psicóloga tentou, em seguida, agendar com a assistente social de lá uma “visita institucional” fora do horário para público geral. Em reunião com a psiquiatra do NASF, elas combinaram a visita para a quinta-feira às 14h, um horário que eu não poderia participar, mas que resolvi não comunicar no momento essa incompatibilidade para não atrapalhar a agenda delas.*

*No dia seguinte, a enfermeira, a psiquiatra e a psicóloga fizeram a visita, mas não conseguiram nem mesmo falar com o médico da instituição. Também não tiveram sucesso com a enfermeira, que se recusou a comentar o caso ou dar quaisquer informações, porque não tinha permissão. Dez dias depois de sua internação no CAISM, Camila estava lentificada e muito chorosa ao falar sobre Igor. A enfermeira acredita que ela estava impregnada (com sintomas de sobredose de medicação psiquiátrica).*

*Uma semana depois, tentaram novamente marcar uma visita com Igor, mas ele não compareceu à unidade. Após esse contato, houve mais algumas tentativas de marcar uma visita com ele, mas todas foram em vão. Desde então, e até o final de novembro, quando ela recebeu alta, a equipe não teve notícias de Camila.*

*Durante este período, Igor mostrou-se mais receptivo à equipe, inclusive a Luís, mas isso não aconteceu assim tão facilmente. Essa mudança se deveu, na verdade, a Pedro, o outro ACS da equipe, que começou a passar sistematicamente por lá para*

*conversar com Igor. Pedro havia comentado isso comigo, dizendo que estava tentando negociar com ele a partir das regras da rua, coisa que as técnicas não podiam fazer. Sozinho, ele conseguiu conversar com Igor “de igual para igual” e conseguiu fazê-lo repensar suas atitudes. Disse a Igor para ele tomar cuidado com as outras pessoas em situação de rua, porque havia um comentário nas ruas de que se ele continuasse ameaçando Luís de morte, algo poderia acontecer com ele primeiro. Estava claro que Luís tinha muitos amigos na rua e alguns até já haviam se manifestado contra Igor, dizendo que ele estava quebrando um pacto da rua de proteção dos ACSs. Igor não ameaçou mais Luís, mas disse que ele precisava ir lá pedir desculpas, porque apesar de ele não ter sido responsável pela internação (sugerida pela psiquiatra), foi Luís que levou Camila à UBS e é ele quem deveria ter a levado de volta para casa.*

*Na alta de Camila, o hospital não entrou em contato com a equipe para informá-los que Paula, sua irmã, iria levá-la para sua casa. A equipe somente soube que ela havia saído quando, alguns dias depois, ela apareceu novamente na rua. Luís a encontrou novamente com Igor. Dois dias depois, foi realizada uma VD por Luís e uma auxiliar de enfermagem. Não foi surpresa a encontrar machucada – Camila disse que havia sido uma enfermeira da Casa de Saúde. Ela continuava bastante triste e chegou novamente a comentar que se sentia ameaçada e que achava que iria morrer.*

*Alguns dias depois, encontramos com Camila na UBS – ela pediu para ser atendida pela médica da equipe, porque estava novamente com o rosto machucado, dessa vez por causa de uma briga de rua. Após a consulta, enquanto a equipe negociava um banho no CAPS-AD para ela, tivemos uma conversa breve no consultório. Ela comentou que não gostou de ter ficado tanto tempo no hospital e que lá era ruim porque ela não fazia nada o dia inteiro e porque os outros pacientes às vezes batiam nela. Disse que estava com saudade de Igor. Contou também que tem uma boa relação com sua irmã, mas que prefere ficar na rua por causa de seu companheiro e porque gosta desse estilo de vida (de preparar a comida na rua, por exemplo). Quando perguntei, ela disse que não usava drogas, mas que Igor usava. Perguntei se foi ele que bateu nela (uma suspeita da equipe) e ela disse que foi outra mulher de rua que veio com um pau bater em seu rosto.*

*Diante de tais vulnerabilidades, a equipe montou um plano terapêutico. No prontuário, um parecer da psiquiatra do NASF resume as hipóteses diagnósticas e o plano elaborado:*

*Pensamento com conteúdo depressivo (morte, ameaças), mas mantém perspectiva de futuro melhor. Dificuldade de abstração. Velocidade e curso de pensamento sem alteração. Juízo e crítica preservados.*

*HD – Retardo mental? Defeito pós-surto psicótico? Sintomas negativos de esquizofrenia?*

*Plano terapêutico (ACS+ Psiquiatra + Psicóloga):*

*1. Integração da paciente ao grupo de Arte terapia para melhor avaliação e esclarecimento diagnóstico (grupo + entrevista individual)*

*2. Avaliação clínica pela médica da ESF*

*3. Contato com a família (Assistente Social)*

*4. Discussão com gerente da UBS e Assistente Social quanto à orientação de procedimentos para vítimas de violência com comprometimento intelectual.*

*(Trecho de prontuário de Camila, 26/11/2009).*

*Contudo, tal plano não foi propriamente posto em ação. Após esse episódio, e até o momento em que acompanhei o caso, a intervenção da equipe resumiu-se a acompanhar os relatos de Camila e cuidar das queixas quanto à sua saúde mental, sem grandes intervenções no que diz respeito à violência sexual ou à aposentadoria (e o processo de interdição judicial). É possível perceber, contudo, que a equipe havia começado sua intervenção a partir da retirada dos documentos e da tentativa em conseguir um benefício relativo à aposentadoria por invalidez. Tal estratégia relacionava-se à história familiar de Camila e poderia transformar sua relação com a irmã e a sua situação socioeconômica. E apesar de o parecer ressaltar quatro frentes importantes de atuação, não foi bem esse plano que foi seguido. Após a sua internação, parece que tal estratégia perdeu força e a equipe passou a focar em seu sofrimento mental a partir de uma perspectiva biomédica. A partir daí, medicações foram prescritas e Camila passou a participar de um grupo de arte-terapia, coordenado pela psiquiatra na Tenda, uma vez por semana.*

*De tempos em tempos, Camila aparecia com marcas de violência e, apesar de seguir o tratamento psiquiátrico, continuava a sentir-se perseguida e angustiada – e não sem razão. Estranho seria se ela ficasse contente e feliz com sua vida quando nada havia mudado. As raízes psicossociais de seu sofrimento continuavam a incidir sobre ela e nenhuma mudança significativa havia acontecido em sua vida após ter sido abordada pela equipe. Algum tempo depois, Camila voltou a falar em suicídio e*

*novamente a opção da internação no CAISM passou a ser cogitada pela equipe. Estava claro que a equipe não gostava do tratamento oferecido pelo hospital psiquiátrico, e tentava ao máximo evitar que este recurso da rede fosse acionado. Mas quais seriam os outros recursos que poderiam dar suporte a situações de crise no território? A opção pela curta internação no CAISM respondia a uma necessidade aguda e pontual, mas ainda assim, o hospital (acionado com muita frequência pelo CAISM) aparecia como sombra e representava sempre o risco de retrocesso e de impotência frente à incapacidade de sustentar tal crise em meio aberto.*

Mas por que isso aconteceu? Algumas perguntas podem nos orientar a compreender tal processo:

1. Frente a tantos sofrimentos, que estão relacionados a diversos âmbitos (biológicos, familiares, relacionais, sociais e econômicos), por que focar apenas em uma intervenção orientada por uma perspectiva psiquiátrica e medicalizada para sustentar seu sofrimento em meio aberto?
2. Será que tal clínica, que se sustenta no espaço aberto do território, efetivamente consegue cuidar de um sofrimento tão complexo?
3. Quais os desafios que enfrentamos para gestar uma clínica antimanicomial, que sustenta o sofrimento em diálogo íntimo com o contexto em que foi produzido?
4. Por que o hospital psiquiátrico ainda assume uma pretensa função de cuidado, quando, na verdade, continua a exercer seu papel como espaço institucional destinado ao isolamento e disciplinamento dos anormais e perigosos?

Para responder a essas perguntas, é preciso refletir sobre as dificuldades de implementação desta nova clínica da saúde mental; esta clínica territorial, ainda em invenção, embasada em novos princípios, postos em prática artesanalmente frente aos desafios de cada contexto. É para esta clínica, forjada nos princípios da desinstitucionalização, que precisamos nos atentar em nossa empreitada para compreender os efeitos concretos gerados por novas tecnologias de cuidado em saúde mental no território.

## **1. A reorientação do cuidado e os desafios da desinstitucionalização**

Desinstitucionalizar... Mas o que isso significa exatamente? A palavra desinstitucionalização é em si mesma escorregadia e atualmente representa um ponto de

crítica que os atores da Reforma Psiquiátrica precisam estar atentos. A palavra nos prega peças e pode facilmente nos levar a julgar a Reforma Psiquiátrica brasileira de modo injusto. Dependendo do modo como compreendemos essa palavra, podemos avaliar os efeitos de nossas práticas de cuidado de modos muito diversos.

De acordo com Amarante (1996), por desinstitucionalização podemos compreender três diferentes processos, que exigiriam esforços bem distintos para produzir efeitos completamente diferentes: desospitalização, desassistência e desconstrução. Cada sentido é assumido por diferentes atores do campo social em seus posicionamentos frente à Reforma Psiquiátrica. É para eles que direcionamos nossa atenção, no sentido de refletir sobre as diferentes perspectivas que podem ser tomadas sobre a desinstitucionalização (concretizadas em diferentes objetivos e princípios).

### **1.1 Desinstitucionalizar ou desospitalizar? Uma reflexão crítica acerca da psiquiatria comunitária**

Um primeiro modo de compreensão acerca da desinstitucionalização refere-se ao paulatino processo de desospitalização de pacientes e fechamento definitivo de hospitais psiquiátricos. Tal processo teria como objetivo desmontar tal instituição, elaborado a partir da crítica realizada à clínica psiquiátrica exercida aí, as relações de poder assimétricas e os efeitos de cronificação e exclusão que incidem nos pacientes internados.

De acordo com Amarante (1996), esse processo de fechamento dos hospitais teve nos Estados Unidos o contexto ideal para ganhar força, em um momento em que a administração pública estava orientada muito mais por objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos) do que para um efetivo interesse humanitário de transformação da assistência. Mas o fechamento dos hospitais não respondia somente à essa necessidade de redução de custos. Havia outros interesses que guiavam a o vetor psiquiátrico em direção às comunidades...

De acordo com Nikolas Rose (1986, 2006), para compreender como a nossa sociedade tornou-se tão atravessada pela psiquiatria e em benefício de quem esse processo aconteceu é necessário afastar-se dos modos como a literatura sociológica abordou a história da psiquiatria nos últimos vinte anos. Suas críticas às teorias e terapêuticas psiquiátricas acabam por oferecer às terapêuticas comunitárias lugar central para romper o paradigma biologicista e individualista promovida pela

institucionalização provocada pela psiquiatria durante séculos. Isso implicaria em assumir que a clínica psiquiátrica estaria sobre-medicalizada somente no espaço do manicômio e que, uma vez fora dos muros, a psiquiatria comunitária estaria isenta dos efeitos nefastos de disciplinamento e medicalização. Segundo Rose (1986, 2006), essa análise profundamente não compreende o papel que a psiquiatria exerce para manutenção de nossa vida econômica, social e pessoal.

Para avaliar como se reconfigurou o território da psiquiatria, é preciso refletir sobre a medicina higienista e seu projeto de controle ambiental e transformação dos hábitos individuais e coletivos como forma de garantir o bem-estar social. Esse processo foi responsável por uma mudança substancial no sentido de uma extensão das políticas regulatórias voltadas aos hábitos das populações – não em nome da virtude ou da moral, mas sim da saúde individual e do bem-estar social. Para realizar essa reflexão crítica, o autor analisa o contexto do Reino Unido do início do século, com o intuito de identificar as raízes dessa expansão psiquiátrica de dentro das instituições para o meio das comunidades.

De acordo com Rose (1986), no período anterior à Primeira Guerra Mundial, a psicopatologia considerava que os transtornos mentais estavam relacionados com uma constituição biológica herdada, somada aos fatores estressantes que o indivíduo entrava em contato ao longo de sua vida. E por isso, sua tecnologia previa o controle severo das crianças de acordo com um código moral rígido para impedir que uma má educação somada às predisposições acabassem resultando em doenças mentais.

Contudo, no período do pós-guerra, essas táticas reativas e fundamentalmente negativas foram gradualmente substituídas por estratégias positivas que estavam voltadas à promoção de saúde mental como forma de evitar ou reduzir as doenças mentais causadas por tais distúrbios ligados aos hábitos e à vida social. Nesse momento, uma nova racionalidade surgiu dentro do saber psiquiátrico: as neuroses, consideradas como distúrbios mentais relacionados à ineficiência social e à infelicidade (*unhappiness*). Na perspectiva de Rose (1986), essa “descoberta” em realidade deve-se muito mais ao saber psicanalítico do que à psiquiatria, e surgiu em aproximação não aos hospitais (de domínio médico), mas ao mundo das instituições e suas normas (como o exército, as fábricas, as escolas, a casa, etc.). A neurose foi o motor para uma transformação radical da psiquiatria em direção ao campo social.

De acordo com Rose (1986), após a primeira Guerra Mundial, a separação entre doentes mentais e doentes físicos tornou-se obsoleta, uma vez que o estigma e as

dificuldades legais para internar uma pessoa em um asilo (a exigência do envolvimento de autoridades legais para justificar o internamento) tornavam inviável a manutenção de tal separação. Era preciso mais autonomia do saber psiquiátrico e certo afastamento dos poderes legais.

A aproximação das doenças mentais das doenças físicas respondeu a esse interesse de ordem prática. Em 1926, a *Royal Commission on Lunacy and Mental Disorder*, em Londres, publicou que a insanidade é apenas uma doença como qualquer outra, e que uma mente degenerada pode ser cuidada do mesmo modo que um corpo degenerado, e finalmente, que o problema da insanidade é essencialmente um problema de saúde pública a ser tratado de acordo com as diretrizes da saúde pública. Desse modo, uma regulação das normalidades diferenciais passou a ser necessária *in loco* e uma nova clínica psiquiátrica justificava a colonização comunitária baseada em mecanismos de segurança e prevenção que incrementavam o governo das populações. Algumas décadas mais tarde, já no final do século XX, na “*White House Conference on Mental Health*”, realizada em 1999 no contexto dos Estados Unidos, tal lema de biologização das doenças mentais seria repetido em alto e bom som por inúmeros atores sociais, incluindo políticos, profissionais, usuários advogados e mídia, como corolário da força da Psiquiatria Biológica no campo de intervenções da sociedade.

Essa reviravolta psiquiátrica não é isolada e não está circunscrita somente ao contexto londrino ou norte-americano. Sua mudança de curso em direção às comunidades segue um vetor de transformação que envolveu estratégias de governamentalidade moldadas por novas formas de relacionamento entre a medicina e a sociedade, a que Foucault chamou de biopolítica. Para Foucault (1988), o mundo ocidental foi testemunha de uma profunda transformação nos mecanismos de poder nos últimos dois séculos, cuja expressão, de algum modo, esteve relacionada à mudanças no interior das práticas e saberes médicos e suas íntimas relações com a sociedade.

À medida que o modelo disciplinar de produção e controle de uma força de trabalho industrial ativa desenvolveu-se na Europa, outras tecnologias de poder refinaram-se, sofisticando o aparato estratégico de controle e regulação populacional. No final do século XIX, segundo Foucault (1974), o desenvolvimento industrial inglês intensificou-se e a medicina começou a tornar-se social por meio de um sistema de assistência à classe operária. Essa assistência consistia menos em um sistema de cuidado médico e mais em um sistema médico de controle. O pobre passou a ser considerado como perigoso às classes ricas, principalmente a partir da propagação da

cólera, momento em que ocorre uma redistribuição do espaço urbano como consequência desse movimento. Quando a classe operária também passou a ser considerada perigosa em função da força política de revolta contra a classe rica, desenvolveu-se um sistema de controle via uma assistência de saúde, que tinha por objetivo “ajudar” os pobres em suas necessidades de saúde, ao mesmo tempo em que os obrigava a passar por um controle médico autoritário. De acordo com Foucault (1974), esse sistema tinha seu ponto efetivo de sustentação na dimensão coletiva da intervenção, inclusive no que se refere ao “controle da saúde e do corpo das classes pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (Foucault, 1974, p. 97).

Assim, Foucault (1999) entende que no final do século XVIII, início do XIX, surgiu uma nova tecnologia de poder, integrada à tecnologia disciplinar, porém com poder de atuação em nível diferente. Foucault (1974) a identifica, principalmente, a partir da formação da medicina social, momento em que exerce maior função de higiene pública.

Na raiz de tal processo, podemos identificar uma reorganização médica forjada no final do século XVIII em consequência da inquietude político-sanitária em torno da peste e das epidemias, motivo pelo qual se desenvolveram mecanismos de esquadrinhamento da população urbana (segundo o modelo político e médico da quarentena). Sempre que decretado um estado de emergência, as populações eram mantidas sobre vigilância constante, esquadrinhadas em bairros que eram submetidos a revistas periódicas, desinfecções de lugares contaminados, com registro centralizado, em um movimento de organização sanitária da cidade. A medicina urbana foi forjada a partir do aperfeiçoamento do modelo de quarentena, que partia da análise de lugares de acúmulos e amontoamentos que podem provocar doenças, de controle da circulação da água, do ar e dos espaços públicos ou comuns, tais como lugares de circulação, cemitérios, matadouros, etc. Tal modelo baseava-se na noção de salubridade – “base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos” (Foucault, 1974, p.93).

Junto a este processo de combate à insalubridade e às epidemias, estavam as práticas de inoculação e de vacinação para o controle da varíola. Os mecanismos adotados pela então medicina social recém-criada não instauraram mecanismos de exclusão, como no caso da lepra, nem de disciplina, como no caso da peste. A formação de um saber articulado a um conjunto de atuações sobre a população resultou na

elaboração de um modo de governo específico que se expande às comunidades, fundado em mecanismos de segurança e regulação populacionais, cujos efeitos fizeram-se ressoar até os dias atuais.

Esses mecanismos de governo do corpo social desenvolvidos pela medicina logo passaram a configurar uma nova tecnologia de poder que se dirigia não só ao corpo individual, mas à vida, ao homem enquanto espécie. Se instalando e se dirigindo à multiplicidade dos homens, ou à população, desenvolveram-se mecanismos reguladores, de controle da circulação, de seguridade, ou seja, mecanismos mais sutis, que gerenciavam os processos vitais de grupos populacionais específicos. Cabe aqui nos perguntarmos quais são as estratégias biopolíticas que podem estar sendo levadas a cabo para controlar e regular grupos populacionais considerados anormais (e aqui, nos perguntamos sobre a população em situação de rua) – quais são as novas ferramentas biopolíticas elaboradas em direção ao governo de populações, que não mais têm como objetivo o disciplinamento de indivíduos e não precisam contar somente com instituições de contenção e exclusão? Como os saberes e práticas envolvidos no campo da saúde mental estão articulados com este projeto de governamentalidade? Quais são os seus efeitos na sociedade (psiquiatrização, medicalização)?

Foucault (1999) sustenta que as tecnologias de segurança em tempos biopolíticos foram desenvolvidas a partir da reativação e das transformações das técnicas jurídico-legais e das técnicas disciplinares. Nesse contexto, os mecanismos de segurança atuarão sobre as regularidades dos coletivos, conduzindo as normalidades desfavoráveis para um estado mais favorável. O funcionamento previsto dos mecanismos de segurança em direção à normalização dos coletivos populacionais prevê a incidência de tecnologias de controle que se dirijam aos processos da vida das populações (como a natalidade, a morbidez, a longevidade, a reprodução), por meio do governo das condutas da massa de indivíduos que a compõem,

de modo que o que é levado em conta no jogo entre as curvas de normalidade sejam “realidades” móveis, incorpóreas, determináveis apenas em relação a um determinado conjunto de indivíduos em constante transformação, “realidades” como as constantes e os acidentes, as probabilidades, os riscos de ocorrência de certos acontecimentos que podem suceder a tal grupo (Fonseca, 2002, p. 232).

E é aqui que voltamos à discussão sobre a saúde e doença mental. Como gerir a doença mental na sociedade? Como propor medidas de prevenção e tratamento voltadas às populações acometidas por essa “doença”? A declaração de que a doença mental é uma doença como qualquer outra foi fundamental nesse sentido. Ela marcou uma transformação radical nos modos institucionais da psiquiatria, uma vez que o tratamento não mais necessitava de certificação da justiça, não mais era compulsório ou exigia encarceramento. Isso representou uma mudança com relação ao acesso voluntário dos pacientes aos hospitais nos primeiros “estágios” das doenças. Essa declaração pública acerca do tratamento mental (Act de 1930) mudou a denominação dos asilos para hospitais mentais (*mental hospitals*) e dos loucos para pessoas com mentes doentes. Além dos hospitais, os pacientes poderiam estar referenciados em outras instituições, como em clínicas para pacientes não internados (hospitais-dia). As clínicas promoveram a base para um sistema de higiene mental que poderia agir mais intimamente nas vidas dos seus pacientes, ex-pacientes e potenciais pacientes. Trabalhadores sociais, psiquiatras sociais, escritórios de atendimento social, entre outros, operavam entre a clínica, a casa e a escola – oferecendo informação, avisos e educação. “A nova higiene mental provia a base de um projeto de educação pública geral, assim como de hábitos que provavelmente promoveriam bem-estar mental. A saúde mental devia ser uma responsabilidade pessoal e um objetivo nacional” (Rose, 1986, p. 52).

De acordo com Rose (1986), o próprio caráter da loucura como fenômeno mudou: não mais se referia a uma alteridade fundamental relacionada à desrazão, que desafiava a ordem moral. Encerrados dentro dos hospitais psiquiátricos, essa percepção social deixou de existir (ou foi invisibilizada, confinada e docilizada). A doença mental agora representava uma fonte de irritação social, uma perda de potencial e eficácia e um futuro problema para o Estado. Os doentes mentais ainda apresentavam algumas características consideradas negativas a partir de uma perspectiva eugênica: estavam associados com sífilíticos, criminosos, alcoólatras e desempregados – a quem o Estado deveria prestar atenção à história familiar, e que talvez pudessem ser alvo de políticas de esterilização ou segregação. Porém, tais perspectivas já estavam nessa época tornando-se obsoletas ou anacrônicas. Nesta nova perspectiva, como consequências, a ineficiência social, a infelicidade ou não-realização pessoal e sintomas de doenças físicas passaram a ganhar status de problemas potenciais a serem investidos pela psiquiatria. Nesta transformação, não somente um novo poder psiquiátrico surgiu, mas

também um novo campo da vida pessoal e social tornou-se visível, calculado e governável pela biopolítica psiquiátrica.

A descoberta das drogas psicoativas na década de 1950 e a percepção dos efeitos sobre os sintomas da esquizofrenia, da depressão maníaco-depressiva e da ansiedade aparentemente permitiram que a psiquiatria (agora comunitária) tratasse a doença mental efetivamente e que prescindisse dos confinamentos em hospitais psiquiátricos. Essas descobertas aparentemente confirmaram a hipótese de que a doença mental é uma doença como qualquer outra, susceptível ao tratamento pelos métodos da clínica médica. Também confirmaram que os processos de categorização da doença mental levados a cabo pela lei eram desnecessários e que as respostas institucionais de caráter segregatório provaram ser inapropriadas e contra-produtivas e já não podiam ser justificadas em termos médicos.

Nesse contexto, críticas aos asilos começaram a ser realizadas pela própria psiquiatria ao denunciar as condições desumanas dos hospitais psiquiátricos e os efeitos patogênicos do confinamento (por exemplo, a ponto de proporem uma nova categoria patológica, a neurose institucional, relacionada aos efeitos de muitos anos de encarceramento em hospitais psiquiátricos). A solução, portanto, não era reformar o hospital, mas afastar-se dele.

Assim, como isto sugere, as percepções e atitudes médicas públicas mudaram em direção à aceitação da doença mental de volta à comunidade e aos serviços médicos ordinários, onde as pessoas acometidas por tais doenças se beneficiariam das influências benignas da normalidade. Contudo, o contentamento inicial da psiquiatria e da medicina com as medicações psicoativas transformou-se em decepção, ao perceberem os efeitos colaterais nefastos nas vidas das pessoas. Segundo Rose (1986), as principais críticas à psiquiatria, de origem sociológica, apontam que essas drogas foram desenvolvidas, aplicadas e distribuídas para a população sem o controle rígido dos testes exigidos para as outras medicações e que só se mantiveram no mercado psiquiátrico por conta das relações íntimas da psiquiatria com a indústria farmacêutica e principalmente por conta dos interesses profissionais dos psiquiatras que buscavam fundar a psiquiatria definitivamente como uma ciência pertencente ao campo médico (mais uma forma de pseudo-legitimação científica). Portanto, os determinantes da mudança da psiquiatria para longe dos hospitais psiquiátricos não são de natureza científica ou humanitária.

Ainda segundo Rose (1986), em termos econômicos, essa mudança também respondeu a uma transformação na racionalidade do Estado induzida por uma crise

fiscal que tornou quase insustentável as alternativas de controle social baseadas em modelos de segregação – por conta de seu custo e da dificuldade de justificação social para mantê-lo. Contudo, os argumentos econômicos não são suficientes por si mesmos. A queda dos hospitais psiquiátricos começou nos anos de 1950, durante o pós-guerra e antes mesmo da crise econômica mais recente. A modernização da psiquiatria no pós-guerra foi uma estratégia positiva, não apenas uma racionalização por razões econômicas – foi inaugurado um novo jeito de pensar sobre a doença mental, um novo jeito de relacioná-la com “doenças sociais” e um novo jeito de criar estratégias interventivas voltadas a isso.

Portanto, torna-se evidente que o processo de desinstitucionalização não deve ser compreendido como o processo paulatino de fechamento dos hospitais. A crítica à Reforma Psiquiátrica que a acusa de desospitalização pura e simples não compreende o papel da psiquiatria na sociedade e pode até mesmo ser considerada ingênua, dada as funções biopolíticas que podem ser exercidas por essa nova clínica, direcionada à comunidade. Começamos então a perceber que a simples investida psi em direção a uma clínica no território não representa em si mesma a solução dos problemas – veremos que seria preciso uma crítica muito mais fundamental aos modos como são tratadas as pessoas consideradas doentes mentais e loucas, para efetivamente conseguirmos dar conta de um verdadeiro processo de desinstitucionalização.

O caso de Camila nos ajuda a compreender quais são os efeitos dessas políticas em vidas concretas: para ela, o hospital psiquiátrico ainda apareceu como solução da rede, uma solução extrema, é verdade, que a todo o tempo estava sendo evitada, mas que não deixava de se mostrar como último recurso, a ser acessado quando todos os outros refúgios da clínica territorial pareciam esgotados. Os esforços da equipe de mantê-la desinternada exigiam uma clínica em saúde mental que deveria contar com diversos outros recursos (que não estariam contemplados somente pelo campo da saúde mental) e uma coordenação de ações eficiente, que maestraria tal articulação intersetorial. Pudemos notar poucas iniciativas e uma série de dificuldades enfrentadas nesta tarefa de constituir um efetivo trabalho intersetorial e interinstitucional. Pudemos ver que diante de tais dificuldades, quando os recursos falham, é o hospital que reaparece. Se o projeto da Reforma Psiquiátrica se contentasse somente com a desospitalização, o sofrimento de Camila não mudaria em nada. Além disso, como vimos, o tratamento fora dos muros por si mesmo não é garantia de um cuidado antimanicomial potente, fundado nos preceitos da desinstitucionalização. Fica evidente

que a reinstitucionalização aparece quando as iniciativas se reduzem a uma clínica medicalizada e quando o território está sobre-psiquiatrizado.

## **1.2 Desinstitucionalizar ou desassistir? O papel estratégico do louco de rua**

Compreender o processo de desinstitucionalização como desassistência implicaria que as pessoas em sofrimento psíquico fossem deixadas à sua própria sorte, sem o auxílio do hospital ou qualquer outro equipamento de saúde voltado a elas. Desassistência aqui significa não cuidar. Tal acusação frequentemente vem sendo realizada pelos atores que se opõem politicamente à Reforma, alegando que os pacientes, desassistidos pela rede de saúde mental, não teriam para onde ir, nem seriam propriamente cuidados no território e aceitos pela sociedade.

E é aqui que encontramos o grande mito referente às pessoas em situação de rua: todos aqueles pacientes egressos de hospitais psiquiátricos que não conseguiram inserir-se na sociedade e todas aquelas pessoas em sofrimento psíquico grave que não contam com laços familiares para sustentá-los acabariam nas ruas, desassistidos e entregues à própria sorte. A personagem do louco de rua serve bem a esse argumento; é como se por meio dela, a Reforma desse o testemunho de sua ineficiência, justificando do poder público e da sociedade civil medidas por vezes extremas (de remoção involuntária, punição e até eliminação, como discutimos no Capítulo V). Sem o recurso dos hospitais psiquiátricos, todos os loucos pobres acabariam nas ruas, e os eventuais equipamentos de saúde não dariam conta de suas necessidades. O resultado seria catastrófico: as cidades em pouco tempo abrigariam uma multidão de desvalidos e desraizados, abandonados pelas políticas públicas, vivendo do lixo e dos caprichos de sua loucura no espaço público.

Como comentamos anteriormente, a vida nas ruas e o sofrimento mental estão intimamente associados. Mas isso não significa que todas as pessoas que estão em situação de rua sejam egressas de hospitais psiquiátricos: o censo paulista divulga que 52,5%, ou seja, mais da metade das pessoas em situação de rua já vivenciou internação involuntária ou mesmo compulsória, mas dessas, apenas 8,2% foram internadas em hospital psiquiátrico. Na pesquisa nacional, encontramos 16,7% de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos. Vale lembrar que, segundo o censo nacional, entre as causas elencadas para a entrada na vida das ruas encontramos problemas de alcoolismo e/ou

drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%) – a doença mental foi citada por muito poucas pessoas em situação de rua.

Contudo, não podemos simplesmente esquecer dessas pessoas que permanecem entre a rua e o hospital psiquiátrico, em um circuito de internações e desinternações que tende a cronificar o sofrimento e a manter uma relação cruel de dependência institucional. Para elas, a Reforma Psiquiátrica precisaria elaborar serviços que dessem conta de suas necessidades fora dos muros dos hospitais. E é aqui que encontramos as Residências Terapêuticas.

As Residências Terapêuticas foram instituídas como Serviços Residenciais Terapêuticos pela Portaria MS/GM nº 106 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos estão inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e configuram-se como centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. De acordo com o texto da Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 (que estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos sejam definidos em tipo I e II<sup>22</sup>, e destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências), os SRT

caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (Ministério da Saúde, 2011).

---

<sup>22</sup> Os SRTs tipo I são definidos como moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização. Esta modalidade de moradia deve acolher até 8 (oito) moradores. Já os SRTs tipo II são as modalidades de moradia destinadas à pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos. Este tipo de SRT deve acolher até 10 (dez) moradores e contar com equipe mínima para cuidado permanente (Ministério da Saúde, 2011).

A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. Cada módulo residencial deve estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que deve oferecer o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. Segundo o texto da Portaria 3.090, “tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros)” (Ministério da Saúde, 2011, s/p.). Do mesmo modo, cada módulo poderá contar com um cuidador de referência.

O recurso financeiro utilizado para a manutenção de tais casas é o mesmo que anteriormente era destinado aos leitos psiquiátricos, o que configura as Residências Terapêuticas como efetivo serviço substitutivo. Nesse sentido, é prerrogativa do programa que, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, são casas destinadas originalmente a pessoas com transtornos mentais que permaneceram durante muitos anos internadas em hospitais psiquiátricos (no mínimo dois anos ininterruptos, mas geralmente muitos mais) e, que já não podem voltar às suas famílias, por conta do afastamento muitas vezes proporcionado pelo tempo de internação. A ideia é, portanto, evitar, que tais pessoas, uma vez desinstitucionalizadas, acabem caindo nas ruas, por falta de opção. Contudo, atualmente podemos elencar outros possíveis beneficiários do Serviço:

- Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.
- Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal).
- Pessoas em acompanhamento nos CAPS, para as quais o problema de moradia é identificado.
- *Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.*

Vemos então que já existe uma resposta institucional à questão do louco pobre e sem família: a Reforma não prevê a rua como lugar de depósito dessas pessoas.

Contudo, tais serviços ainda encontram-se em poucos números. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde em 2013, encontramos o número de 236 residências terapêuticas em todo o território nacional (considerando 176, denominadas Residências Terapêuticas, 43 Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo I e 17 Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo II).

É verdade que a implantação de tal programa ainda é incipiente e que são poucos os beneficiários. Mas essa baixa cobertura do programa não pode servir como justificativa para a defesa da reabertura de vagas dos hospitais psiquiátricos. Tal reflexão deve ajudar a alertar à Reforma sobre seus desafios e pontos fracos, mas não pode, de forma alguma, servir para o retrocesso político de defesa dos hospitais psiquiátricos. Apresentamos como tal argumento pode ser usado de modos diversos, começando com a defesa de mais serviços substitutivos:

Sabemos ainda que alguns pacientes abandonados pela família, passam a ser hóspedes permanentes desses hospitais, o único lugar que os recebem e os acolhem e, onde bem ou mal sobrevivem, apesar dos abusos e descasos do modelo de atenção adotado. Ressaltamos também, que nesses casos, os problemas sociais são mais evidentes do que mesmo a "doença mental" em si.

Por outro lado, fechar as portas destas instituições, sem antes garantir a existência de outras alternativas de assistência para esses indivíduos na comunidade, com capacidade suficiente para atender a demanda existente e de fácil acesso a elas, não nos parece ser uma atitude coerente.

Assim, não devemos ignorar o fato de que em nosso país, há um grande contingente de pessoas sobrevivendo em condições situadas abaixo da linha de pobreza, às quais somam-se os doentes mentais, em especial, aqueles que não recebem os devidos cuidados e atenção, o que os levam à marginalização, engrossando a fileira dos miseráveis, que perambulam pelas ruas de nossas cidades.

Entendemos ainda que, para resolver esta situação, há necessidade de uma organização na sociedade, de modo a respaldar a absorção desse contingente de indivíduos, em cada localidade por serviços de assistência extra-hospitalar, que possuam procedimentos adequados e

efetivos promovendo a operacionalização e a utilização racional dos recursos comunitários preconizados pela política de desinstitucionalização, em quantidade e qualidade suficientes, para atender a demanda existente pois, caso contrário, estaremos apenas modificando a nomenclatura, e dando continuidade aos mesmos vícios e propósitos de isolar, segregar, violentar e cassar os seus direitos humanos e de cidadania.

Nossa experiência tem demonstrado que os doentes mentais, que vivem pelas ruas, dormindo ao relento, alimentando-se de restos que recolhem do lixo e realizando suas necessidades fisiológicas em praças públicas, quando começam a importunar a sociedade são, na maioria das vezes, recolhidos por policias que os levam para os hospitais psiquiátricos ou, até mesmo, para prisões.

Essas instituições, não podem retê-los para sempre e assim, logo que se encontrem compensados, são devolvidos para as ruas. Deste modo, a falta de estrutura familiar ou de suporte na comunidade, poderá se traduzir no risco de serem exterminados, à exemplo de tantos outros segmentos marginalizados de nossa sociedade. (Sadigursky & Tavares, 1998, p. 23-24)

Nesse texto, as autoras argumentam acerca dos loucos de rua como forma de solicitar à Reforma uma resposta extra-hospitalar – o que se configura como uma postura crítica que procura apontar para falhas no sentido de contribuir para o projeto de desinstitucionalização. O hospital não pode atuar como resposta institucional para o problema do desabrigo – residências terapêuticas ou mesmo albergues e serviços de acolhida da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social devem responder ao problema de moradia e não um equipamento da saúde, como os hospitais psiquiátricos.

No entanto, os principais atores sociais críticos à Reforma (A Associação Brasileira de Psiquiatria e o Conselho Federal de Medicina) utilizam desse mesmo argumento para propor o retorno dos hospitais psiquiátricos e solicitar o reinvestimento do Ministério da Saúde para abrir vagas já extintas:

O fechamento de leitos psiquiátricos em hospitais e a falta de uma política mais eficiente para o tratamento de pacientes com transtornos mentais, seja por uso de drogas ou por outras patologias, foi o principal tema de discussão na abertura do 2º Congresso Brasileiro de Gestão e Políticas em Saúde Mental (ClasSaúde) que aconteceu durante a Feira Hospitalar 2011, no Expo Center Norte, em São Paulo.

Antônio Geraldo da Silva, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), lembrou que a entidade que representa de 8 mil a 10 mil médicos psiquiatras no Brasil defende e apoia tratamentos dignos aos pacientes.

“Defendemos ações que possibilitam um tratamento digno. Não existe saúde mental sem psiquiatra. O Ministério da Saúde precisa entender isso, e não adotar uma postura anti-médico”, afirmou. O presidente da ABP lamentou ainda a falta de estrutura adequada a pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). “Quem tem dinheiro vai para o hospital privado. E o pobre fica sofrendo, sem tratamento digno”, lamentou.

Para Humberto Gomes de Melo, presidente da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), a população está desassistida. “E não sentimos alento por parte dos governantes, infelizmente”.

A falta de uma política pública de reinserção social para os doentes mentais e uma rede de assistência aos familiares são também um grande problema, na opinião de Emmanuel Fortes, vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM). Ele falou ainda da situação de pacientes que não conseguem acesso ao tratamento médico.

“Durante muito tempo, predominou um discurso virulento, de que os psiquiatras torturavam pacientes. Hoje, a atual legislação sufoca os hospitais até a morte. E apregoam que os hospitais não cumprem os pré-requisitos para atender os doentes mentais. Segundo ele, o fechamento de leitos no Brasil tem como consequência muitas pessoas morrendo nas ruas. E ninguém ousa dizer que a culpa é do Ministério da Saúde. Quando o doente mental mata, é uma demonstração clara que falta estrutura que permita o acesso dele ao tratamento adequado”, declarou o vice-presidente do CFM. Emmanuel Fortes defendeu a reabertura de leitos psiquiátricos extintos. (Portal da Psiquiatria - ABP 26/05/2011).

No texto, podemos identificar diversas imagens estereotipadas: muitas das pessoas em situação de rua são egressos de hospitais psiquiátricos, elas podem matar quando estão sem tratamento adequado (leia-se internados), o tratamento adequado (leia-se internação em hospital psiquiátrico) está sendo realizado somente para os ricos – os pobres, desassistidos, sofrem com os cuidados realizados no território. Justifica-se,

assim, a reabertura das vagas e legitima-se o espaço do hospital como lugar de cuidado fundado pela psiquiatria, considerada o saber especializado para este tipo de sofrimento.

Como forma de aprofundar e concretizar essa discussão, descrevo o caso de Pezão, um senhor assim conhecido pela região central por conta de uma infecção muito grave em seu pé esquerdo. Esse caso congrega muitas das discussões já realizadas até aqui e pode nos ajudar a compor nossa análise acerca do fantasma da desassistência, que aparece muito concretamente no cotidiano das práticas em saúde mental.

*Pezão é um senhor que vivia há muitos nas ruas de uma grande praça do centro da cidade, sozinho, junto a um grande saco onde guardava suas roupas, alguns objetos pessoais e lixo. A equipe não sabia há quanto tempo ele vivia por lá, apenas que chegou há muito tempo, vindo de Itabuna, uma cidade do interior da Bahia. Com uma barba grande, era difícil dizer quantos anos tinha. Para mim, aparentava ter entre cinquenta e sessenta anos de idade. Vivia enrolado em muitos cobertores, geralmente muito sujos. Andava vestido com muitas roupas, umas por cima das outras, tinha um saco bem grande de plástico ao seu lado onde guardava seus pertences, tinha barba comprida e aparentava não tomar banho há algum tempo (tanto pelo seu cheiro forte, como pela sujeira em seu rosto, suas roupas e principalmente mãos, unhas e pés). Vivia calado, e permanecia sentado a maior parte do tempo, sozinho. Se não fosse por seu cheiro forte, era difícil notar sua presença, ali sentado na mureta da praça, quase imóvel. Mas apesar dessa imobilidade, Pezão não estava alheio ao que se passava ao seu redor; sempre cumprimentava com educação quem a ele se dirigia, geralmente com um aperto de mão amigável.*

*Uma vez conversando com ele, muito rapidamente seu pé, muito inchado e mau cheiroso, chamava nossa atenção. Ele me disse que havia perdido o dedão e o indicador há muito tempo atrás, mas que seu pé nunca conseguiu cicatrizar direito. Ele disse sentir muita dor, e que não estava tomando nenhuma medicação para essa inflamação. Após acompanhar algumas VDs da equipe a ele, pude perceber que, apesar de a perna estar inchada até acima do joelho, o verdadeiro problema estava mesmo embaixo do pé, uma úlcera bem grave que chegava a feder muito por causa da inflamação. Quando ele não permitia que fosse realizado o curativo por alguns dias, era possível ver larvas de inseto por toda a ferida, que já estava bastante profunda. Por conta da gravidade da ferida, a equipe temia que uma infecção generalizada ou uma gangrena pudessem exigir uma amputação. E insistentemente propunha curativos, mesmo diante de suas constantes negativas.*

*Desde março de 2009, ele vinha sendo acompanhado pela equipe de saúde da família sem domicílio, não sem resistência. Apesar de se vincular a Pedro, seu ACS de referência, desde o momento em que foi cadastrado pela equipe, Pezão negou sistematicamente ir à UBS para consultas e apenas raramente permitia que a equipe realizasse curativo em seu pé no lugar onde ele estivesse. Para conseguir realizar esse cuidado, que exigiria a troca constante de curativos e a administração de anti-inflamatórios, seria preciso muito mais do que uma simples aproximação e oferecimento de ajuda.*

*Pedro, seu ACS, ia ao seu encontro quase que diariamente. Nessas VDs, ele sempre propunha o curativo, geralmente usando sua criatividade para tentar convencê-lo. Ao que parece, era preciso muito jogo de cintura para sair bem sucedido dessas negociações. O motivo? Pezão dizia não precisar da ajuda de ninguém, afinal, ele era o dono do Hospital das Clínicas e possuía três diferentes equipes particulares de saúde que diariamente cuidavam de seu pé no momento em que ele desejasse. Além disso, havia um problema fundamental: apesar de tantos cuidados, seu pé não se curava porque a ferida havia sido causada por macumba – o que exigiria, para ele, um tratamento religioso.*

*Entre delírios e um discurso bastante confuso, Pezão assim se organizava e se sustentava nas ruas. Em seu discurso, eram recorrentes as suas afirmações de ser o dono do Fórum, de todos os prédios da praça, dos bombeiros e da Santa Casa. Alguns de seus feitos heroicos também eram sempre lembrados: ele era um capitão do exército que havia desafiado o demônio, matando todas as pessoas da Terra e substituindo por pessoas boas. Se incentivássemos, Pezão podia ficar muito tempo contando feitos e histórias fantásticas, sempre com certa impaciência (como se fosse bastante público e notório tudo o que ele relatava). Às vezes, embutido nessa narrativa fantástica, também falava de sua família na Bahia, que havia deixado para trás, e do fato de não ter feito laços com ninguém em São Paulo. Como não gostava de ninguém, não usufruía de todos esses pertences que havia adquirido e acabava continuando na rua, porque ele gostava de ver as pessoas passando entre as suas propriedades. Estava ali fiscalizando se tudo corria bem.*

*Entre as justificativas de não poder ir à UBS, havia também a possibilidade de seu irmão aparecer para levá-lo para a Bahia. Mas esse irmão nunca apareceu. Como forma de aproximação e negociação, Pedro tentava convencê-lo de ele era seu empregado e que precisava fazer seu serviço e que por isso iria voltar pouco tempo*

*com uma auxiliar de enfermagem depois para refazer o curativo junto. Mas nem sempre seus argumentos eram acatados por Pezão e muitas vezes a equipe voltava à UBS após repetidas recusas. Pedro me dizia que ele sempre estava assim, muito delirante, mas que era muito calmo e tranquilo.*

*A avaliação inicial da equipe e da psiquiatra do NASF foi a de que uma medicação antipsicótica poderia fazê-lo piorar, já que esse foi o jeito que ele conseguiu se sustentar na vida de rua. Não parecia haver sofrimento mental, apenas um outro modo de estruturação psíquica, que não era compartilhado por outras pessoas. Mas esse era o modo que Pezão conseguiu elaborar e a equipe sustentou esse respeito até onde conseguiu. De 2009 a meados de 2011, apesar de apresentar um quadro que apontava para um diagnóstico psiquiátrico, a equipe do NASF pouco foi solicitada a participar do caso – não havia em seu prontuário sequer uma suspeita diagnóstica de doença mental. A equipe permanecia tentando abordá-lo a partir da demanda clara de curativo para seu pé. Confesso que fiquei surpresa com tal sensibilidade – me pareceram que as tentativas de normalização de seu discurso perderam força pela atitude reiterada de Pezão em não comparecer à UBS e que a equipe, diante do acompanhamento atento e sensível de seu caso, não o medicalizou e o capturou sob a ordem da “doença mental” compulsoriamente. Eles pareciam estar preocupados com sua saúde física (relacionada à gravidade da ferida em seu pé), respeitando seu modo de estar no mundo, suas necessidades e os recursos psicológicos que o sustentavam daquele modo.*

*Contudo, as intervenções propostas pela equipe não permaneceram desse modo. À medida que a equipe acompanhava o agravamento da ferida e, com isso, a ampliação do risco de septicemia ou de gangrena, uma intervenção para tentar desconstruir seu discurso delirante passou a ser foco da equipe. A partir desse momento, uma série de intervenções relacionados ao campo da saúde mental foram acionadas, sob a hipótese de que, sem os delírios, seria mais fácil Pezão permitir que os curativos fossem realizados e quem sabe fosse possível uma internação em hospital geral para cuidar mais propriamente de seu pé. As profissionais do NASF então começaram a ser solicitadas e muito rapidamente um diagnóstico foi elaborado (esquizofrenia), assim como a conduta a ser tomada “internação, pois não é capaz de gerir seu tratamento. O quadro não responde às terapêuticas. Coloca em risco sua própria vida.” (Trecho de prontuário, 22/11/2010). E ainda: “Paciente nega ajuda. Não há discernimento em avaliar sua condição clínica e perceber que realmente encontra-se extremamente*

*debilitado, com riscos para sua vida. Tentaremos novas abordagens.” (Trecho de prontuário, 03/12/2010).*

*E realmente foi preciso outras abordagens, porque internar Pezão não seria tarefa fácil – a equipe a essa altura já estava bastante incomodada com essa ideia, principalmente levando em consideração que uma internação involuntária realizada pela equipe (sem a responsabilidade de um parente para assinar) exigiria um comprometimento bastante grande da equipe com o caso. Um trecho do diário de campo relata esse momento tenso de decisões da equipe:*

*No caminho para a praça, Pedro me disse que Vitória, a enfermeira, lhe havia perguntado se conhecia algum policial, para que os ajudassem a levar Pezão compulsoriamente, com a ajuda da SAMU, para um hospital psiquiátrico. Pedro falou para mim que não gosta de se envolver com a polícia e que geralmente não entra em contato com eles, a não ser em casos extremamente necessários. Então me perguntou o que achava disso e eu disse que envolver a polícia poderia ser ruim para o vínculo que vêm construindo e que Pezão provavelmente se sentiria traído e excluído pela equipe. Pedro começou a falar que seria preciso trazer Pezão para a realidade e que, se ele tomasse medicamentos psiquiátricos, seria muito mais fácil realizar os curativos. Mas ele sabe que Pezão não vai tomar os remédios por livre e espontânea vontade e que talvez eles possam colocá-los no café, caso ele passe a aceitar tomar cafés oferecidos pela equipe. Além disso, Pedro comentou que a equipe do NASF não vem dando apoio nesses casos e que eles têm que dar conta sozinhos, improvisando. Comentou que eles não têm formação para casos de saúde mental. Fiquei preocupada com Pezão e comentei que é sempre bom discutir o caso com os profissionais do NASF que têm formação sobre isso (com a psiquiatra e com a psicóloga). Sei que elas estão problematizando a necessidade de Pezão tomar medicações psiquiátricas, já que esse é o modo como ele vem se sustentando no mundo e que talvez seja pior para ele deixar de delirar (talvez ele desorganize seu estar no mundo e entre em crise). Apesar delas não insistirem em qualquer projeto terapêutico medicalizante, elas não oferecem nenhum outro tipo de projeto que possa ser realizado para dar apoio à equipe do PSF. Pezão não está tendo nenhum tipo de suporte em relação à sua saúde mental. A equipe do PSF Sem*

*Domicílio está fazendo o que pode para cuidar do pé, mas está sucumbindo à armadilha de intervir em sua produção delirante. (Trecho de diário de campo, 05/10/2010).*

*Como vimos, antes de propor (ou involuntariamente impor) uma internação, outras estratégias começaram a ser cogitadas e, enfim, postas em prática: 1. Administração de medicamento antipsicótico no café de Pezão (Olanzapina), sem seu conhecimento, com fins de diminuir os conteúdos delirantes e, assim, favorecer a negociação relativa aos cuidados e curativos na rua e à internação, e 2. Encaminhamento de relatório para Ministério Público, solicitando apoio e aval para internação involuntária.*

*A essa altura, os profissionais da equipe já estavam bastante assustados com a possibilidade de Pezão vir a falecer, por conta do agravamento da infecção em seu pé. Com medo de serem acusados de descaso e desassistência (um fantasma real, que poderia trazer consequências inclusive legais sobre a equipe), eles começaram a acionar a rede, para ver se conseguiam estruturar uma atenção em saúde / saúde mental que fosse ideal para suas necessidades. O primeiro ponto da rede acionado foi um CAPS, localizado no centro, porém em uma região um pouco distante de onde eles costumavam atuar. Ao acionar o CAPS, a equipe ainda estava tentando abordar a questão da saúde mental no território, evitando assim a internação (em hospital psiquiátrico). Foi realizada uma VD conjunta entre ACS (PSF-SD), auxiliar de enfermagem (PSF-SD), psicóloga (NASF), fisioterapeuta (NASF) e enfermeira (CAPS), que tinha como objetivo final convencer Pezão a ser levado ao pronto-socorro para cuidados clínicos e psiquiátricos. “Tentada sensibilização por parte dos profissionais do CAPS, sem sucesso. Estes retornaram ao CAPS” (Trecho de prontuário, 21/12/2010). O estranho é perceber que a atuação esperada do CAPS configura-se como pontual e que nenhum vínculo duradouro e forte de corresponsabilização, trabalho matricial e em rede estivesse sendo esperado ou proposto. O cuidado não estava sendo partilhado entre as equipes – o CAPS apareceu apenas para fortalecer a proposta de internação no PS. Seria surpreendente que tal estratégia conseguisse efetivamente algum resultado, já que Pezão somente conhecia os profissionais da equipe do PSF-SD e não do CAPS. Não havia vínculo suficiente para propor uma intervenção desse porte para Pezão (principalmente considerando seu histórico de recusas a procedimentos simples).*

*Essas tímidas iniciativas de acionamento da rede não foram de grande ajuda para a equipe. Após terem esperado bastante tempo pela resposta do Ministério Público, a equipe e o NASF (a psiquiatra, a psicóloga e a fisioterapeuta) resolveram agir por conta própria e acionaram a SAMU e a Polícia conjuntamente em tentativa de internar Pezão, mesmo que involuntariamente. Marcaram às 7h da manhã.*

*A ideia da equipe era solicitar à SAMU para que o levasse para a Santa Casa, onde existe uma emergência com psiquiatra, uma vez que a UBS não tinha autonomia para fazer isso sozinha, já que a Santa Casa não era sua referência. Contudo, a SAMU comentou que não atua imobilizando pacientes para internação involuntária. Somente após contatar a PM via telefone e policiais das proximidades (GCM), a SAMU topou imobilizá-lo em uma maca, com a ajuda dos policiais. Contudo, a Santa Casa também não seria o destino da SAMU – a central de regulação também a impedia de acioná-la. Sua referência era o Hospital do Servidor Público Municipal [HSPM]. Uma vez imobilizado, a Polícia se retirou. Pezão não resistiu tanto quanto a equipe esperava, mas se remexeu um pouco e xingou bastante. Foi preciso encostar a maca atrás dele e imobilizá-lo à maca para conseguirem levá-lo. Essa movimentação atraiu bastante gente que circulava nos arredores da praça.*

*Quando chegaram ao HSPM por volta das 08h30, não havia psiquiatra de plantão. A médica geral pediu para retirá-lo da maca – o que parece não ter sido bem visto por Pedro (ACS). Uma vez livre da maca, a SAMU retornou às ruas e a equipe ficou esperando atendimento. Pouco depois, um cirurgião apareceu solicitando um banho. Àquela altura, era impossível conseguir banho para Pezão. A equipe sentiu, então, como as portas começavam a se fechar. Alguns minutos depois dessa conversa, uma médica disse que não havia leito psiquiátrico disponível e que eles não poderiam permanecer ali.*

*Vitória então pediu auxílio ao CAPS para o transporte, mas não conseguiram. Solicitaram então transporte ao Centro Legal, e após uma hora conseguiram ir de kombi para o Pronto Socorro da Lapa. Lá conseguiram uma avaliação de suas condições gerais com um cirurgião. À princípio, somente uma medicação antibiótica para o pé havia sido ministrada. Às 20 hs, foi realizada higienização da ferida. Durante mais de três horas, a psiquiatra havia se recusado a aproximar-se, mas a insistência da equipe a “obrigou” a realizar atendimento. Como a equipe não quis sair de lá sem atendimento psiquiátrico, negociaram a aplicação de alguma medicação psicotrópica. A psiquiatra então conversou com Pezão, que disse que só precisava de Benzetacil (um*

antibiótico poderoso para a infecção no pé) e Tiramicina. A médica então lhe deu uma pílula de Haldol e aplicou Haldol decanoato, dizendo ser Benzetacil para o pé. Após essa intervenção, a médica disse novamente que não poderia acolhê-lo no PS porque ele não tinha acompanhante e qualquer paciente psiquiátrico necessita de acompanhante para permanecer lá. A possibilidade de permanência ficava ainda mais remota, segundo ela, por ele ser morador de rua e ainda estar bastante fedido. Ela não poderia se responsabilizar se ele fizesse alguma coisa aos outros pacientes da emergência. Disse então que eles deveriam devolvê-lo à rua.

A equipe ligou para a Supervisão Técnica da Sé e para a Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste e nada foi feito. A Atenção Urbana também alegou não poder fazer nada enquanto o Ministério Público não o interditava judicialmente. No Ministério Público, a mulher responsável pelo caso estava de férias havia mais de dois meses.

Dada essa situação, elas então pediram para que a psiquiatra redigisse uma declaração expondo seus argumentos, já que esse caso estava sendo acompanhado pelo Ministério Público. A psiquiatra enrolou para redigir essa carta por muitas horas, até o momento em que precisou trocar o plantão para a próxima médica às 19h. Essa psiquiatra foi ainda mais agressiva e incisiva sobre a impossibilidade de Pezão ser internado lá, e também enrolou para não redigir a carta. Estava claro para a equipe que sua presença representava um incômodo devido ao seu aspecto e à sua virtual periculosidade. Vendo que a equipe não iria sair da emergência sem a carta, às 22h foi entregue uma carta simples expondo os motivos da não acolhida.

Para completar o cenário de desassistência, a equipe e Pezão presenciaram a morte de um homem, que, na sala de espera do PS Lapa, morreu após aguardar por atendimento, algumas horas após ter dado entrada no PS inconsciente, em convulsão por overdose de cocaína. Elas contaram que foram muito maltratadas e negligenciadas pelas equipes de emergência e que ficaram muito frustradas com o atendimento proposto para Pezão (que havia iniciado às 07 horas da manhã e finalizado às 22hs).

Em análise sobre essa intervenção, a equipe considerou que para ele essa experiência deve ter sido muito ruim, responsável por romper quase totalmente os vínculos com a equipe. Depois disso, Pezão passou a conversar somente com Pedro – quando via qualquer outra pessoa da equipe, ele pegava suas coisas e fugia mancando (o que deveria ser muito incômodo para ele). A conversa era rápida, mas nunca mais ele aceitou os cuidados da equipe.

*A equipe voltou a discutir novamente o que fazer com o caso e parecia bem perdida. O recurso da medicação no café ainda lhes pareceu bom, mas deveria haver a troca do medicamento, já que a Olanzapina estava o deixando muito sonolento, o que não é interessante por deixá-lo vulnerável demais na rua. Comentaram que o Haldol Decanoato fez bem a ele, mas não teriam como aplicar qualquer injeção, já que ele se recusa. Ficaram de conversar com a psiquiatra para tentar alguma outra intervenção nessa direção, mas não conseguiram uma “solução” medicamentosa. A equipe então começou a procurar algum hospital psiquiátrico que o aceitasse e que pudesse realizar curativos em seu pé – sem sucesso. Ao que parecia, aos loucos o manicômio e aos doentes o hospital geral – intercessões não eram previstas e nem permitidas.*

*Depois desta intervenção desastrosa, Pezão começou a mudar de lugar na praça – o que parecia ser uma estratégia para despistar a equipe. Mas, alguns meses depois, o encontramos sentado no mesmo lugar e Pedro sentiu liberdade para ir ao seu encontro. Ele estava vestindo uma camisa quente, rosa choque, que parecia ter ganhado há pouco tempo, porque estava bem limpinha e nova. Achei Pezão mais limpo, mais magro, com a barba aparada. Estava com a aparência melhor. Quando nos viu, Pezão nos cumprimentou cordialmente com um sorriso no rosto. Estava com seu saco do lado e meio pão com manteiga sobre a mureta da praça. Pedro perguntou como ele estava e ele disse que se sentia bem. Disse que havia feito seu curativo dois dias antes com um grupo de franciscanos e que no dia seguinte eles iriam novamente lá. Disse que o pé continuava dolorido, mas que se sentia bem. Ao que parecia, ele estava se vinculando bem a esse grupo de franciscanos. Frente a essa nova configuração, a equipe já não sabia o que fazer, já que o cuidado estava sendo realizado por outras pessoas – mas, em momento algum, houve aproximação da equipe com os franciscanos.*

*Contudo, uma outra solução começou a se descortinar para a equipe. Alguns meses antes, estavam sendo propostos encontros mensais para realização de sociodramas com as equipes do PSF da região central de São Paulo, como forma de abrir um espaço de reflexão e cuidado aos profissionais, que estavam apresentando sinais de sofrimento e pressão devido ao estresse da rotina e às responsabilidades deste tipo de trabalho. À princípio a equipe pareceu animada, mas com o passar dos meses, todos da equipe estavam muito descontentes com essa estratégia, e sempre diziam que era uma perda de tempo – iam contrariados. No sociodrama realizado no mês anterior a essa tentativa frustrada de internação, a enfermeira da equipe, Vitória, comentou que sua equipe não estava gostando daqueles encontros, nem estava aproveitando para*

nada as discussões realizadas. O ACS Luís também havia escrito uma carta comentando sobre sua insatisfação e sugerindo a discussão de casos (principalmente os casos de saúde mental). Diante dessa demanda da equipe, um importante pensador da saúde mental e ativista da Reforma Psiquiátrica, já conhecido por sua trajetória e sua postura política, respondeu a esse chamado e se disponibilizou a discutir casos de saúde mental com a equipe periodicamente, acompanhando as intervenções realizadas. Confesso que fiquei muito animada com aquilo tudo e imaginei que o caso de Pezão ganharia mais consistência e talvez, com essa supervisão, saísse dessa encruzilhada em que se encontrava, dada a longa experiência deste profissional com casos complicados de saúde mental e com a atenção básica.

O caso então foi discutido em reunião de equipe. Ficou claro, após uma discussão intensa, que a vaga no hospital geral deveria ter sido acordada antes da intervenção, para garantir que um atendimento de qualidade fosse realizado. A equipe deveria contatar o hospital geral com emergência psiquiátrica e explicar o caso (comentar que se tratava de uma pessoa em situação de rua com diagnóstico psiquiátrico, precisando de cuidado em relação ao seu pé e à sua saúde mental – o que exigiria no mínimo o envolvimento de um médico generalista, de auxiliares ou técnicos de enfermagem e de um psiquiatra). Somente após a vaga estar liberada, deveria ter sido realizada a intervenção com o auxílio da SAMU e da Polícia.

Algum tempo depois, após intervenção deste supervisor institucional, houve liberação de uma vaga no Hospital Geral Hermelino Matarazzo. Foi então acionada a ambulância do CAPS-AD. A enfermeira, a auxiliar de enfermagem, o ACS e a fisioterapeuta foram à praça com auxílio de relatório da psiquiatra do NASF: “Declaro, para os devidos fins, que (nome completo de Pezão) necessita de contenção (mecânica/química)”. Pezão foi contido com ajuda da Polícia, mas quase que imediatamente depois se soltou dentro da ambulância do CAPS-AD – o que deixou a todos muito tensos, já que Pezão era muito forte e tentava fugir. Diante desse quadro, ele foi levado à UBS, onde a psiquiatra administrou Prometazina e Haldol (5mg). Depois de algum tempo, permanecendo Pezão alerta e agitado, a psiquiatra receitou mais uma ampola de Clonazepam, Haldol (10 mg) e Prometazina. Ele foi contido com bastante dificuldade por Luís, o outro ACS da equipe, para que estas medicações fossem administradas – as medicações eram um modo de o conter quimicamente, já que a contenção física mostrava-se quase impossível, dada a sua agitação. A equipe ficou lá até ele dormir. Uma vez dormindo, ele foi levado ao hospital.

*Lá, ele permaneceu na observação masculina e foi então diagnosticado com Transtorno Bipolar de Humor, o que exigiu a mudança de sua medicação para Carbamazepina (cinco comprimidos diários – o que seria impossível de manter na rua).*

*Sete dias depois, a equipe foi visitá-lo no hospital (o ACS, a enfermeira, a médica clínica, a fisioterapeuta e o supervisor) e o encontraram em uma maca no chão, dormindo. Não foi possível encontrar médicos para conversar sobre o tratamento. A essa altura, ele já estava de alta médica do pé. A equipe então tentou vaga em outro hospital geral com psiquiatra, mas não conseguiu. E Pezão voltou às ruas, sem nenhum projeto terapêutico elaborado. Nos dias que se seguiram, a equipe viu que Pezão estava mudando de lugar constantemente e não aceitava a aproximação de ninguém da equipe. Alguns dias depois, ele sumiu e nunca mais ninguém o encontrou novamente.*

*Precisamos nos perguntar o que aconteceu que deu tão errado, a ponto de o vínculo entre a equipe e Pezão ter se transformado em aversão e recusa de tratamento, impulsionando-o a fugir da equipe e talvez até mesmo abandonar o lugar onde vivia há tanto tempo, em busca de outro espaço público, onde pudesse viver sem ter sua vida e seu corpo manipulados contra a sua vontade. Para responder a esse questionamento, é preciso, em primeiro lugar, problematizar essa tentativa desesperada de a equipe em tentar, a todo custo, responsabilizar-se pelo cuidado de Pezão, mesmo à sua revelia. Eu acompanhei o desespero da equipe frente às suas recusas de curativo e à cronificação e agravamento da lesão em seu pé. À medida que sua saúde física piorava, a sua saúde mental passou ao centro do cuidado e já não era possível aceitar sua recusa de tratamento sem considerar que por trás de sua decisão havia uma patologia, uma doença que confundia seus pensamentos, o impedindo de poder fazer essa escolha responsabilmente.*

*Foi essa consideração realizada pela equipe que embasou seus posicionamentos a partir desse momento – e frente à desrazão e à falta de uma rede familiar que poderia se responsabilizar por decisões alheias às de Pezão (mas realizadas em seu interesse), a equipe tomou a frente e passou a decidir sobre o que eles acreditavam ser as melhores medidas para seu bem-estar. Mas uma coisa a equipe deixou escapar: será que por trás das insistentes recusas de Pezão para que fossem realizados curativos diários, não havia alguma consideração por parte dele acerca da eficácia daqueles procedimentos, tão doloridos e invasivos? Pezão havia contado à equipe que há anos estava sendo cuidado por outras equipes na rua (e os franciscanos estavam lá, para provar que era verdade – eu mesma presenciei por duas vezes eles realizando os*

curativos em Pezão). O próprio ACS flagrou outra equipe de saúde, trajada de jalecos brancos, também realizando o curativo. Tentando relativizar um pouco o discurso considerado como louco ou desrrazoado, há a possibilidade de Pezão questionar a real eficácia de tal procedimento, que além de ser constante, exigia dele no mínimo uma hora de seu dia, de dor e incômodo. Suas recusas não parecem assim tão descabidas quando tentamos considerar o seu ponto de vista. Ele poderia ter simplesmente perdido a esperança de cura após tantos anos e desistido de cuidar de seu pé, e estava vivendo nas ruas aceitando sua condição de doente. Quanto a isso, ele falava: “esse pé não tem jeito, ele me incomoda, mas eu tento não ligar para ele. Eu sou bem maior do que esse pé”. O discurso sobre a macumba, então, aparecia, nesse contexto, como forma de explicação sobrenatural para essa dificuldade de ficar curado.

Além da preocupação com o cuidado, havia também o fantasma da desassistência (em saúde e saúde mental) que constantemente pairava sobre a equipe. Sentindo-se ameaçada, medidas de proteção – via Ministério Público – deveriam ser tomadas para que pudessem provar que havia a oferta de cuidado, apesar das constantes recusas de tratamento. Entre elas, destacamos a iniciativa da equipe em registrar no Ministério Público um relatório contendo todas as intervenções propostas à Pezão, como forma de proteção, caso fossem acusados de desassistência. Houve também a tentativa de interditá-lo judicialmente, o que se configura como uma intervenção oficial e definitiva que transfere a responsabilidade legal e civil para a equipe de saúde (já que ele não possuía familiares próximos a ele em São Paulo). Esses passos tomados pela equipe revelam o quão implicados com os cuidados de Pezão eles estavam e o quanto o fantasma da desassistência os ameaçava.

Ao tomar para si a tarefa de cuidar de Pezão, a equipe passou a decidir, à sua revelia, que rumos tomar, principalmente no que diz respeito à sua saúde mental. Vale lembrar que a equipe passou a controverter a avaliação realizada anteriormente pela psiquiatra e pela psicóloga do NASF acerca da desnecessidade de medicação antipsicótica – elaborada a partir da constatação de que Pezão parecia estável, não apresentando sinais de sofrimento psicológico. Havia então o risco de a medicação desestabilizar o seu mundo, estruturado a partir de sua produção delirante. Para a equipe, era preciso correr esse risco de modo a tentar negociar com ele a possibilidade de uma internação para o cuidado apropriado de seu pé. O objetivo então era ampliar a dialogicidade, e trazer Pezão de volta à cena, permitindo que ele pudesse

*razoavelmente decidir, junto com a equipe, como cuidar de seu pé (ou, pelo menos, acatar conscientemente os projetos terapêuticos elaborados pela equipe).*

*Mas para que essa mudança de atitude fosse conseguida, era preciso muito mais do que a simples introdução de uma medicação psiquiátrica em sua bebida (o que, por si mesmo, levanta questionamentos éticos quanto à legitimidade de tal procedimento), e eles sabiam disso. Para suprir essa demanda, outros recursos da rede de saúde e saúde mental deveriam então ser acessados (o CAPS, a Atenção Urbana, a SAMU, as emergências de hospitais gerais, o Pronto-socorro). E assim o foram – é bem verdade que de modo superficial e pouco potente. Contudo, as lógicas da corresponsabilização, do trabalho transversal entre diferentes equipes, do matriciamento não foram estabelecidas entre as instituições acionadas, assim como não foi elaborado um projeto terapêutico singular, implicando as diferentes instituições envolvidas. O resultado foi o abandono de muitas instituições e a cronificação do sofrimento.*

E quais são os efeitos desses relacionamentos superficiais, dessas recusas, desse desdém profissional observado em todas as instituições acionadas? A desassistência aparece aqui não mais como um fantasma, mas como o resultado de uma série de desresponsabilizações, que subvertem o cuidado da saúde mental em uma peregrinação entre serviços substitutivos em um território desarticulado. A ideia de uma rede de atenção psicossocial no território se perde neste emaranhado de instituições que permanecem isoladas, cuidando do que é seu, sem articularem-se com as necessidades de atendimento de outras instituições ao seu redor. Vale ressaltar que essas necessidades não dizem respeito somente às possíveis articulações entre diferentes instituições de saúde (ou seja, não são produto apenas da complementariedade do sistema de atenção, que exige a articulação entre os diferentes níveis de complexidade): elas aparecem na medida em que são demandadas por pacientes concretos. Negar atendimento significa não somente enfraquecer a rede, implica em desassistir uma pessoa que precisa de atendimento.

Atualmente, a realidade da saúde mental do país não permite que nos reportemos aos relacionamentos entre instituições de saúde mental fazendo uso da imagem da rede. O conceito de rede de serviços regionalizadas de saúde, proposto pelo Ministério da Saúde, nos faz pensar na imagem de uma “rede-trama”, na imagem de um bordado em um tecido, em que os fios (linhas de cuidado) articulam-se, ligando diferentes nós (instituições), compondo uma trama que articula esse emaranhado, produzindo desenhos específicos e mutantes à medida que são alinhavados (o resultado, a trama ou o desenho

produzido, seria a cuidado integral, sempre efêmero e único). Cada linha de cuidado acessada pelos profissionais frente às necessidades específicas de seus pacientes, quando pensada como um fio de tecido, deve ir em direção a determinadas instituições, fortalecendo os nós por meio dessas conexões, e criando “imagens” de cuidado *sui generis*, que apareceriam como resultado mesmo destas articulações.

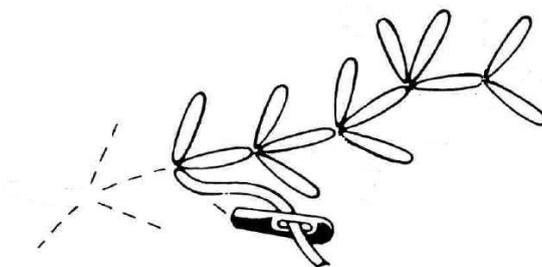


Figura 7: A rede-trama (imagem representativa de bordado)<sup>23</sup>

Essa imagem não representa bem então os modos como se articulam essas instituições. Talvez seja melhor pensar em uma “rede-armadilha”, como aquelas utilizadas na captura de peixes (os currais para peixes). As redes, nesta metáfora, fazem partes de armadilhas: elas ficam estáticas, esticadas entre estacas, e formam labirintos, desenhados para que, uma vez dentro, os peixes nadem em direção a um reservatório final e não consigam encontrar a saída. Os peixes, entre as redes do labirinto que se estreitam cada vez mais, se confundem e não conseguem sair. Há diversas entradas, mas todas levam a um destino final, o curral, onde escapar é bastante difícil.



Figura 8: A rede-armadilha (Foto de curral para peixes)<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Imagem “Bordado em ponto reto”, de livre acesso (sem direitos de autoria), disponível em: [genuardis.net](http://genuardis.net)

<sup>24</sup> Foto, de livre acesso (sem direitos de autoria), disponível em: [viajamos.com.br](http://viajamos.com.br)

As redes (os relacionamentos entre instituições de saúde – os encaminhamentos, o sistema de RCR, etc.), ficam presas em estacas (instituições), e direcionam os peixes (usuários) por dentro de labirintos, em direção à armadilha final. Mas que armadilha final seria essa? É aqui que encontramos a imagem do hospital psiquiátrico, ou melhor, da internação.

Como vimos, as pessoas em situação de rua em sofrimento mental são mantidas circulando entre diferentes equipamentos de saúde, sem nunca serem efetivamente cuidados. Passando de instituição em instituição do sistema substitutivo, não são aceitas em nenhuma delas. A equipe de Saúde da Família Sem Domicílio, vinculada a essas pessoas, tenta acessar a rede, mas acaba caindo na mesma armadilha; sem conseguir sustentar a crise no território, acaba sentindo os efeitos da desassistência, e pressionada, acaba, desesperada, recorrendo ao único recurso da rede que ainda sobra: o hospital psiquiátrico. No caso de Pezão, esse movimento é claro: quando seu caso não foi compartilhado pelo CAPS, e seu atendimento foi negado pelo Pronto-Socorro e pela emergência do hospital geral, sobrou o hospital psiquiátrico. Imagino que Pezão tenha percebido esse movimento – não acredito que seu sumiço antes de próxima intervenção tenha sido uma coincidência.

Sobre tal efeito de cronificação causado pela desassistência da rede, De Leonardis (1998) comenta

El manicomio (o bien, la internación) continúa siendo el ineliminable punto de fondo, el *motor inmóvil* de un retículo diferenciado y difuso de agencias terapéuticas. La cronicidad reemerge dramáticamente como el problema más grave, y por lo tanto, como el signo más vistoso de los fracasos de la psiquiatría reformada y de su renovada vocación terapéutica. La coacción continúa siendo una presencia de fondo constante en la intervención psiquiátrica y sus competencias, la cara interna ineliminable de la terapia, su lado *sucio*. [...] En los análisis sobre la nueva fisonomía de la institución psiquiátrica integrada en el sistema de los servicios sociales, la literatura sociológica y sociopsiquiátrica ha puesto en evidencia, de diversas maneras, la existencia de una complementariedad, de un juego de alimentación recíproca entre agencias territoriales y manicomio, entre psicoterapias soft e internación, entre emergencia y cronicidad. Se ha hablado de *efectos hidráulicos*, de *transinstitucionalización*, de *circuito*. (De Leonardis, 1998, p. 435, grifos originais).

A ideia de circuito de cronificação parece especialmente potente como chave interpretativa para o que presenciamos em diversos casos acompanhados pela equipe. A recusa de tratamento, o rechaço devido à suposta periculosidade, a exigência de banho e de acompanhante exercidos pelas diversas instituições acessadas pela equipe integram um movimento de desassistência composto pelo entrecruzamento de reenvios e encaminhamentos que tem por efeito a cronificação e a fragilização do vínculo institucional entre o paciente e a equipe, minando a possibilidade de um cuidado sensível e integral realizado no território. O que sobra é a velha fórmula aplicada aos anormais perigosos: no fim do circuito percorrido como *via crucis* da loucura de rua, de abandono em abandono, reside o destino esperado do hospital psiquiátrico, as ruas higienizadas, a exclusão como medida de segurança, o isolamento como medida terapêutica. Este circuito de cronificação (do sofrimento e das relações institucionais de cuidado) produz, portanto, um vetor, centrípeto, que aponta para a segregação em hospital psiquiátrico. Neste contexto, o louco de rua parece ser o depositário da relação histórica da sociedade com a doença mental e com a vagabundagem.

O movimento direto que estabelecia o nexos entre a loucura e o manicômio, agora aparece difuso entre as diversas agências terapêuticas e seus particulares modos de desassistência: são os abandonos e recusas que cronificam a ponto de justificarem a internação psiquiátrica e o manicômio aparece como solução de uma rede débil.

La *estática* de la segregación en un lugar centrípeto, total y separado, como se manifestaba en el clásico modelo custodial (el panóptico), está siendo sustituida por la *dinámica* de la circulación dentro de un retículo difuso de agencias y competencias diversas, justamente, un circuito. Este pone en conexión sectores específicamente psiquiátricos, sanitarios, asistenciales y judiciales; está, por lo tanto, formado por una constelación de estructuras diferenciadas y especializadas, cada una de las cuales tiene su filtro, su código, su procedimiento para hacerse cargo; brinda una respuesta puntual y fragmentaria y con respecto al resto puede decir “no es nuestro problema”. En la dinámica de la circulación – como en la estática de la segregación – el control social se conjuga con el abandono. Por esto, dentro del circuito sustentado por esta lógica, los usuarios circulan, son diferenciados y descargados desde un sector puntual a otro; y aún el manicomio, reorganizado de acuerdo con al modelo del

*revolving door*, constituye un punto de paso temporario y recurrente  
(De Leonardis, 1998, p. 435-436, grifos originais).

E, afinal, volta a pergunta: podemos pensar a desinstitucionalização como desassistência? Bom, esse é um problema complexo. Seguramente, podemos encontrar efeitos de desassistência – efeitos produzidos por essa rede que deveria ser substitutiva, mas que efetivamente não é. Contudo, tal desassistência não é produto da falta de hospitais psiquiátricos. Justamente o contrário: quando a rede é falha em sustentar o cuidado em saúde mental no território, a desassistência ancora-se no hospital e, desse modo, aprofunda o descaso. Nos perguntamos o que aconteceria se efetivamente não houvesse nenhum hospital psiquiátrico. Nesse caso, será que as instituições poderiam manter-se negando atendimento, encaminhando e excluindo, sustentadas na velha desculpa de que o “problema não é meu”? Será que a saída do hospital psiquiátrico não funciona como guia imaginário que sustenta as relações de abandono e exclusão das instituições *substitutivas*? É verdade que não podemos dizer que não há desassistência, mas, seguramente, ela aparece não como efeito da desospitalização, mas de seu oposto: as falhas do cuidado a ser realizado pelos serviços que deveriam substituir os hospitais psiquiátricos ancoram-se no remoto recurso do hospital psiquiátrico; a desresponsabilização aparece, então, como efeito, segundo o discurso “toma, que o filho é seu”. Afinal, se o imaginário social considera os loucos de rua como egressos de manicômios, nada mais compreensível do que sustentar-se ausente, esperando que o hospital psiquiátrico assuma a função que lhe cabe: “quem pariu Mateus, que balance”.

A armadilha da (re)institucionalização do louco de rua ancora-se no velho paradigma custodial; o destino dos serviços *substitutivos* permanece o de manter-se à sombra dos hospitais psiquiátricos, ainda refúgios para os resíduos da sociedade. Enquanto o referente da saúde mental ainda manter-se sob o signo da segregação manicomial (colocando a doença mental no centro das relações de cuidado), nunca escaparemos da tentativa de *substituir*, localizando-nos no vácuo, no vazio institucional deixado pelo hospital psiquiátrico, destinados a permanecer em sua sombra, sofrendo com seus resíduos, lamentando os desafios e dificuldades do cuidado no território. É preciso desgarrar deste referente, inventar novos modos de cuidado, propor o impensado no território, conectar-se com o inusitado, afetar-se pela loucura e atingir o ponto nodal da relação entre esta e a sociedade. É este o sentido último da desinstitucionalização.

### **1.3 Desinstitucionalizar ou desconstruir? O desafio da Reforma na elaboração de um novo paradigma do cuidado territorial**

Na contramão destes modos de conceber e produzir a desinstitucionalização (como desospitalização ou desassistência), encontramos o terceiro sentido da palavra como proposto pelos autores da psiquiatria democrática italiana, especialmente Franco Basaglia, e adotado pela Reforma Psiquiátrica brasileira: deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, para o território. Para fazer isso, diversas ações são necessárias, algumas anteriores ao processo de fechamento dos hospitais, outras concomitantes a tal processo e muitas permanentes e que exigem adaptações e transformações constantes.

De entrada, precisamos enfrentar o maior desafio de todos: desfazer a separação inaugurada pelo saber psiquiátrico entre a doença mental, a vida dos pacientes e o corpo social, para então conseguir efetivamente dismantelar os aparatos científicos, legislativos e administrativos elaborados institucionalmente em torno da doença, seus sintomas e sua cura. Ao combater tal intervencionismo diagnóstico e medicalizante, o projeto de desinstitucionalização pretende romper com os processos de exclusão que orientam a sociedade (atravessada por tal compreensão médica e essencialista de doença mental) ao diferenciar e separar a pessoa em sofrimento mental, considerada anormal e perigosa, e isolá-la em hospitais. Os serviços na comunidade apareceriam então como a solução óbvia para essa crítica fundamental.

O objeto da desinstitucionalização não é o hospital psiquiátrico, mas sim a doença mental, é ela que deve ser desconstruída e negada. Se a compreendemos como existência-sofrimento de um corpo em relação ao corpo social, passa a ser necessária a invenção de outros modos de cuidado, que abordem essa existência-sofrimento no contexto mesmo em que é produzida. Para fazer isso, torna-se fundamental romper com o paradigma clínico sustentado em aparatos científicos, legislativos, administrativos construído em torno da doença, sobre a qual é sobreposta a periculosidade, uma vez tratada no manicômio (Rotelli, 2001). É preciso, nesse sentido, adotar

a direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental – isto é, o problema – assumiu aquelas formas de existência e expressão. Por isso, a proposição da *solução* reorienta de maneira global, complexa e

concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional (Rotelli, De Leonardis & Mauri, 2001, p. 29, grifo original).

De acordo com Vecchia e Martins (2009), o trabalho dos atores da Reforma Psiquiátrica levaram tal intenção ao plano do concreto a partir de três frentes de ataque à institucionalização da doença mental levada à cabo pela atenção psiquiátrica em manicômios: 1. A denúncia da invisibilidade da loucura excluída e da identidade “marginal” da doença mental; 2. A indicação da necessidade de invenção de meios técnicos que superem estratégias cerceadoras de liberdade; e 3. O questionamento da ordem social que produz a loucura.

Para que o projeto de desinstitucionalização seja efetivamente realizado, Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001) elencam algumas ações concretas e princípios a serem seguidos que devem integrar uma estratégia única para saúde mental e coletiva:

- Trazer o cuidado para o centro da comunidade, extinguindo do processo terapêutico a exclusão, o disciplinamento moralizador e o isolamento proporcionados pelo hospital psiquiátrico;
- Transformar o objeto da ação terapêutica: da enfermidade para a pessoa e suas relações de sofrimento e vulnerabilidade em relação com a sociedade (reconhecer a dimensão da subjetividade na abordagem do processo saúde-doença; superar a tendência ao enquadramento nosográfico imediato e à desresponsabilização da pessoa em sofrimento);
- Propor uma estratégia de produção de saúde mental baseada em trabalho coletivo, multidisciplinar (que rompa com o Modelo Médico Centrado em Procedimentos) e que amplie os recursos de autoajuda do paciente;
- Pôr a família no centro das relações de cuidado (avaliar criticamente o lugar ocupado ou delegado à família nas relações de cuidado com seus familiares com transtornos mentais – evitando a tendência de culpabilização da família ou desresponsabilização);
- Transformar, por meio de ações educativas e culturais, o conceito de periculosidade e os preconceitos e estereótipos reproduzidos pela sociedade frente às pessoas em sofrimento mental;
- Ampliar iniciativas de solidariedade ativa propostas por organizações sociais mais afinadas a problemas sociais;

- Disponibilizar serviços a partir de demanda espontânea (porta aberta), e romper com a lógica do tratamento involuntário proposto pela família ou por agentes do controle social – como a polícia (mesmo em meio aberto).
- Estabelecer o cuidado em rede, articulando serviços de saúde diversos com outros setores da sociedade que vão ao encontro das necessidades em saúde mental de cada paciente.

Novamente, a lógica do cuidado em rede volta ao centro do debate. Voltando-nos especialmente para as articulações entre o campo da saúde mental com a atenção básica, há alguns pontos cruciais que precisamos refletir, no sentido de tentar desenhar as principais dificuldades encontradas pelas equipes em seu cotidiano. Entre elas, Vecchia e Martins (2009) apontam para o antigo dilema entre especialistas (em saúde mental) e generalistas (da atenção básica): “encontra-se uma tendência a se aferrar ao núcleo específico de sua competência profissional, reforçada por um pré-julgamento de que a complexidade dos cuidados à saúde mental não autoriza o generalista a desenvolver quaisquer ações eficazes neste campo” (p. 156). Isso poderia trazer imensas dificuldades para a construção de um projeto terapêutico comum.

Contudo, há uma série de experiências de articulação que desconfiguram esses especialismos: capacitação de agentes comunitários de saúde (ACSs) para o acolhimento de demandas em saúde mental; atividades de discussão de casos em UBSs com o auxílio de profissionais dos centros de atenção psicossocial (CAPS); e corresponsabilização a partir do estabelecimento de redes de matriciamento entre equipes (de atenção básica e de saúde mental) (Vecchia & Martins, 2009). Os autores insistem na importância de se investir na formação em saúde mental das equipes da atenção básica.

Além disso, há também a dificuldade de muitos profissionais da saúde mental em utilizarem de outras estratégias terapêuticas, além da consulta individual: visitas domiciliares ou atividades grupais no espaço das comunidades são vistas com ressalva por muitos profissionais. O Programa de Saúde da Família, nesse sentido, pode agregar essa tecnologia do cuidado *in loco*, realizada no espaço não protegido do território existencial de seus usuários (Vecchia & Martins, 2009).

Quando se trata do cuidado à saúde mental de pessoas em situação de rua, a articulação entre os profissionais da atenção básica (e aqui consideramos não somente a equipe do PSF Sem Domicílio, mas também os profissionais que a matriciam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF) com a rede de saúde e saúde mental parece

enfrentar alguns problemas adicionais. Ao longo da tese, já tratamos, de um jeito ou de outro, de muitos problemas encontrados pela equipe do PSF-SD para conseguir acessar a rede e produzir um cuidado em saúde mental que realmente produzisse efeitos benéficos na vida de seus usuários. Os casos de Lucas, de Abílio, de D. Cristina, de Camila, de Pezão – todos eles contam um pouco dos problemas enfrentados cotidianamente pela equipe do PSF Sem Domicílio frente ao sofrimento mental.

Neste ponto do argumento, convocamos o caso de D. Janete para nos auxiliar a refletir sobre outras possibilidades de cuidado, no território, sustentando os desejos e as configurações subjetivas e relacionais elaboradas pelas pessoas em situação de rua, atentas às vulnerabilidades e riscos envolvidos com a vida nas ruas. Escolhemos o caso de D. Janete por um motivo bem simples, ele deixa claro os posicionamentos dos profissionais frente ao desafio de cuidar no território e respeitar as suas escolhas e as implicações envolvidas em seu estilo de vida nas ruas.

*Acompanhada pela equipe desde julho de 2009, D. Janete é uma senhora de quarenta e nove anos, que vive nas ruas há pelo menos quinze anos. Um trecho do diário de campo relata um dia importante em seu relacionamento com a UBS e o CAPS-AD.*

*Na reunião de equipe, Vitor e Daniel, os ACSs, pareciam ansiosos para falar. Assim que Vitória, a enfermeira, perguntou se havia algum caso a ser discutido pela equipe, eles pediram a palavra para falar sobre D. Janete. Pareciam bem aflitos.*

*Em sua ronda em busca de pacientes realizada no dia anterior, encontraram D. Janete comendo comida estragada, junto com Seu Francisco, seu esposo. Segundo eles, ela estava muito fragilizada, muito delirante e “psicótica” (estava vendo cobras), com dor e fraqueza nas pernas. O tom de urgência deixou o clima bastante tenso na reunião – os ACSs estavam realmente muito preocupados. Por conta desses sintomas “psicóticos”, eles ressaltaram a necessidade de ser realizada uma consulta com a psiquiatra e a psicóloga do NASF. Disseram também que seria preciso trazê-la à UBS em cadeira de rodas diante de sua fraqueza nas pernas e dificuldade de movimento. Já havia algum tempo que a equipe não topava com D. Janete pelas ruas. Sua última consulta na UBS havia sido realizada há mais de 3 meses atrás (quando Larissa, a técnica de enfermagem, a levou para tomar banho na Tenda). Depois disso, a equipe perdeu o contato com*

*ela – segundo seus amigos de rua, ela havia desaparecido do lugar onde sempre dormia (em um viaduto em frente a uma grande igreja evangélica). Seu companheiro, Seu Francisco, havia contado que ela havia sido levada pelos bombeiros após cair em uma vala do rio que passa pela região, mas não sabia seu paradeiro (Trecho de diário de campo, 16/09/2010).*

*No dia seguinte, acompanhei a intervenção da equipe:*

*Cheguei cedo à UBS para acompanhar os ACSs Daniel e Vitor e a técnica Larissa em sua tentativa de levar D. Janete à UBS para passar por consulta. A presença de Larissa seria fundamental para convencê-la a ir para a UBS – D. Janete havia estabelecido um vínculo forte com ela e sua presença inspirava confiança. Saímos da UBS com a cadeira de rodas do AMA, a única do prédio inteiro. Chegando lá, a encontramos deitada em seu colchão. Vitor perguntou como ela se sentia e logo Larissa disse que soube que ela anda vendo cobras por aí. D. Janete assentiu envergonhada, mas não quis comentar mais nada sobre o assunto. Ao invés de falar sobre os seus sintomas “psicóticos” (como diziam os ACSs), ela comentou que estava sentindo dores nas pernas e que não estava conseguindo nem andar direito, além de estar com a boca bem estranha, com dificuldade de falar e com pouca vontade de comer. Larissa foi muito rápida em dizer que na UBS ela poderia discutir isso tudo com a Dr.<sup>a</sup> e rapidamente D. Janete já estava de pé, sendo colocada na cadeira de rodas. Seu Francisco, seu companheiro, perguntou se ela voltaria ainda hoje e todos confirmaram. D. Janete olhou para Seu Chico e não se despediu – ela manteve o olhar por alguns segundos e calada deixou ser levada na cadeira de rodas, entre poças de chuva pelo asfalto esburacado.*

*Seguimos em direção à UBS. Chegando lá, D. Janete rapidamente foi encaixada na agenda de Dr.<sup>a</sup> Renata, a médica clínica da equipe. Enquanto esperávamos, aproveitei para me apresentar como pesquisadora e explicar minha pesquisa para ela, solicitando sua autorização para acompanhá-la na consulta. Pedi também para que Vitória, a enfermeira chefe da equipe, perguntasse à Dr.<sup>a</sup> Renata se ela também permitiria minha presença. Após consentida minha presença, conversei um pouco com D. Janete.*

*Ela me contou que havia sido internada por três meses no Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora do Caminho após cair em um bueiro bêbada e ser levada pelos bombeiros diretamente para lá. Disse que somente depois que caiu no bueiro e que foi internada, ela começou a ver cobras e ficar muito assustada, mas antes disso nunca havia tido nada “da cabeça”. Ela comentou que sabia que as cobras eram frutos de sua imaginação, mas, mesmo assim, ficava assustada. Comentou que no hospital estava com as pernas muito travadas, com o corpo sem responder e que não conseguia falar direito (o que me fez pensar em impregnação).*

*D. Janete me contou que é carioca e veio para São Paulo há mais de 10 anos atrás, depois que seu filho foi morto por bala perdida da polícia em um morro no Rio de Janeiro. Uma de suas outras filhas (eram sete no total), morreu ainda bebê, logo após a morte deste filho, o que ela acredita ter sido por tristeza. Desiludida, ela veio a São Paulo, mas foi roubada na rodoviária e perdeu seus documentos e dinheiro. Sem ter para onde ir, nem alguém a quem recorrer, ficou na rua e foi ficando e ficando... Ela era mais uma migrante que teve a rua como destino... Parecia que eu já conhecia sua história, antes mesmo de ela me contar.*

*Assim que consegui um cantinho para dormir pelas ruas do centro, D. Janete pediu para um casal que morava por aquelas imediações cuidar de sua filha de seis anos. Ela não a vê a mais de seis anos. A filha mais velha havia ido para a Bahia, com seus pais, dezesseis anos antes. A outra filha ficou sendo cuidada por sua ex-cunhada no Rio de Janeiro. E seus dois filhos homens entraram em um colégio interno aqui em São Paulo, logo depois que chegaram. E ela ficou sozinha, porque, segundo ela, “de velho, ninguém quer cuidar”. Depois desse comentário, percebi que ela aparentava muito mais idade do que efetivamente tinha... Para mim, parecia uma senhora com mais de sessenta anos... Com seus olhos miúdos já úmidos, ela disse sentir muito a falta de todos.*

*Na rua, D. Janete se relaciona com Seu Francisco, seu companheiro, há mais de seis anos. Comentou que não tem relações sexuais com ele, mas que eles se cuidam muito, conseguem comida e roupas, comem e dormem juntos. Eles têm até uma barraca de camping para dormir e se proteger dos passantes. Dormem junto a um grupo*

*extenso de pessoas, todas acompanhadas pela equipe. As doações da igreja em frente são muito importantes como estratégia de sobrevivência para todo o grupo. Às vezes, até frequentam um culto destinado aos pobres, mas não deixam de tomar sua cachaça à noite – apesar da insistência dos obreiros, que estão sempre passando por lá. Pensei comigo mesma na tristeza de ter sua família desmantelada e de se ver sem nada e sem ninguém, em uma cidade alheia, podendo contar somente com seus companheiros de rua. Uma pessoa assim, com muito pouco com o que contar, deve se relacionar de modos bem distintos com as pessoas que convive e que são fonte de proteção e de felicidade. A relação que mantinha com Seu Francisco me pareceu bastante protetora e importante para ela. Me peguei pensando sobre a importância destes vínculos de rua para ela, agora que já não pode contar com os vínculos familiares e fiquei imaginando os destinos de cada um de seus filhos. Talvez ela tenha conseguido para eles um destino diferente do dela – mesmo às custas de solidão e tristeza.*

*No consultório de Dr.<sup>a</sup> Renata, um pouco dessa história foi retomada. Ela contou que assim que saiu do hospital estava vendo muitas cobras e que então resolveu beber bastante. Quando bebia, não via nada e nem tremia as mãos ou os olhos. Falou também que, poucos dias após sair, começou a sentir muita dor ao fazer xixi. Por conta disso, a SAMU a levou para a Santa Casa, onde foi diagnosticada uma infecção urinária. Ficou internada lá por 4 dias e teve alta médica poucos dias antes. No momento, ela estava fazendo uso de cipro, uma medicação antibiótica para essa infecção. Disse que ainda continuava a sentir dor ao urinar e que sua perna e braço direitos doíam muito. Dr.<sup>a</sup> Renata receitou uma medicação anti-inflamatória para essa dor, que provavelmente era decorrente da queda no bueiro, manteve a medicação para a infecção e pediu para Vitor que a levasse para o CAPS-AD para que esses sintomas mentais fossem melhor avaliados (ela suspeitou de síndrome de abstinência e impregnação).*

*Fomos com ela para o CAPS. Lá passamos na recepção e então por uma triagem com a terapeuta ocupacional [TO]. Expliquei que eu era pesquisadora e dos objetivos e procedimentos da pesquisa e pedi permissão para acompanhar a consulta. Na triagem, muito do que já havíamos conversado foi retomado, sua vinda à São Paulo, seus filhos e família, sua vida na rua, sua internação no hospital psiquiátrico.*

*Por vezes, a TO se dirigia à mim, como se eu já conhecesse D. Janete há bastante tempo. Nessas ocasiões, eu sempre dizia que não sabia do caso e que era melhor perguntar à própria D. Janete. O grande problema é que D. Janete estava falando de modo muito embolado e muitas vezes só eu conseguia compreendê-la (talvez porque já tenha lidado bastante com pessoas nesse estado de impregnação). A TO suspeitou de impregnação e perguntou a ela e a Vitor que medicação havia sido ministrada no hospital psiquiátrico e na Santa Casa, o que não foi respondido por ninguém. D. Janete falou que tomou algumas injeções, três ampolas, o que fez a suspeita de Haldol Decanoato aumentar. Ela então saiu para consultar a psiquiatra do CAPS-AD, que chegou poucos instantes depois.*

*A psiquiatra seguiu o mesmo procedimento, com as mesmas perguntas. A TO disse que tentaria ligar no hospital para saber exatamente qual foi a medicação prescrita (para confirmar essa suspeita) e após alguns instantes retornou dizendo que não havia conseguido falar com a responsável no hospital. A psiquiatra sugeriu que D. Janete ficasse internada no CAPS durante o fim de semana, se dirigindo mais a mim e a Vitor do que à própria D. Janete. Disse que no CAPS havia banho, comida, um quarto só para ela, com uma cama confortável, disse que eles entrariam com um tratamento para abstinência com Diazepam (explicando que provavelmente essas alucinações de cobras são efeito da parada brusca do álcool). Apesar de todas as vantagens elencadas e do tratamento parecer interessante para mim, D. Janete estava visivelmente contrariada e não queria ficar, balançando a cabeça negativamente e balbuciando baixinho algo inaudível. Entretanto, o ACS e a psiquiatra continuavam a conversar sobre as vantagens do CAPS, enfatizando também que lá eles conseguiriam com certeza evitar que ela voltasse a beber novamente – condição necessária para iniciar o tratamento com Diazepam para abstinência. Vitor sempre olhava para mim, esperando aprovação e eu continuava impassível, vendo a situação se desenrolar na minha frente. Pensei bastante se deveria falar alguma coisa, e acabei não conseguindo ficar calada quando Vitor me perguntou pela segunda vez o que eu achava que devia ser feito. Sugeri que eles perguntassem a D. Janete o que ela achava (na verdade já estava bem óbvio sua posição – eles estavam evitando se*

*dirigir a ela para não ouvir sua negativa). Ela comentou que queria voltar à rua e que não estava bebendo – prometeu que não ia beber porque estava tomando remédio. Estava preocupada também porque tinha que ter tomado seu antibiótico às 9h e já eram quase 10h30 e ainda não havia retornado. Vitor comentou que poderia ir lá pegar o remédio para ela e eles repetiram todas as vantagens do CAPS, mas mesmo assim ela continuava balançando a cabeça. A internação do CAPS parecia uma boa opção, mas estava ficando muito claro para mim que D. Janete havia sido afastada involuntariamente de sua família na rua, por muito tempo e que sentia falta da vida que construiu lá. Apesar do cuidado pensado pela médica, ela tinha outra relação com a rua, que não passava por aqueles termos. Ela falou claramente que gostava de ficar na rua e que estava com saudade de Seu Francisco. Então eu perguntei à médica se havia outra solução, intermediária – se havia algum tratamento possível com ela na rua. A médica falou que não é o ideal, principalmente por causa do risco de ela beber e ficar muito tonta e cair ou algo pior acontecer. Então falou que não poderia receitar Diazepam, para evitar tais situações, e que passaria apenas uma medicação para impregnação (Biperideno em comprimido) e uma vitamina (Tiamina, em injeção intramuscular) para fortalecê-la, já que ela não estava comendo. Ficou combinado seu retorno às 9h de segunda-feira para que eles pensassem em um tratamento nessas condições. Nesse momento, a psiquiatra dirigiu-se à D. Janete e explicou que ela estava vendo cobras porque havia parado repentinamente de beber e que este remédio a faria parar de ver essas alucinações. Mas deixou bem claro do risco de misturar essa medicação com bebidas alcoólicas. Assim, ela propôs um trato, que deveria ser estabelecido a partir do comprometimento de todos: D. Janete – que deveria prometer tomar a medicação corretamente e não beber –, os ACSs (Vitor e Daniel) – responsáveis por pegar diariamente as medicações no CAPS-AD, levá-las à D. Janete, e conferir o seu estado de sobriedade –, a psiquiatra – que acompanharia o caso, mantendo ou modificando as medicações; e a farmacêutica do CAPS-AD, que deveria liberar a dosagem correta dos medicamentos diariamente aos ACSs. No fim de semana, ela deveria não beber para que na segunda-feira tal tratamento fosse iniciado.*

*Seguimos com ela na cadeira de rodas, quase às 11h, após ela tomar as medicações e Vitor conseguir um lanche no CAPS para que ela pudesse tomar seu antibiótico quando chegasse em casa com a barriga cheia. Ela estava preocupada com o horário da medicação. No caminho, ela me disse que sentia falta de sua cachacinha e que sabia que deixaria de ver cobras se voltasse a beber. Assim que chegamos, ela parecia muito satisfeita. Seu Francisco perguntou como havia sido tudo e o ACS Vitor explicou rapidamente e pediu para que ele a ajudasse a não beber durante o fim de semana. Seu Francisco concordou e disse para nós que não nos preocupássemos com ela, porque ele iria cuidá-la direitinho. Vitor combinou com ela o encontro às 9h de segunda-feira para a consulta. Nos despedimos e voltamos à UBS. Ela olhou para mim e segurou o olhar por algum tempo, sorrindo. Me falou que tinha sido um prazer me conhecer. Falei a ela que o prazer era meu e que de vez em quando passaria por lá para vê-la. Ela sorriu assentindo. (Trecho de diário de campo, 17/09/2010).*

*Na segunda-feira, Vitor, seu ACS, foi encontrar com D. Janete para levá-la à consulta com a psiquiatra do CAPS-AD. Ela comentou com um sorriso largo que não havia bebido, com a ajuda de Seu Francisco. Ela já estava falando bem menos embolado; a medicação para impregnação já havia sortido efeito. Suas pernas, contudo, ainda estavam fracas, mas ela comentou estar se sentindo bem melhor, apesar de continuar vendo cobras. Ainda em cadeira de rodas, D. Janete aceitou a carona à UBS, mas não conseguiu ser atendida pela psiquiatra, que havia faltado aquele dia. No dia seguinte, ela foi atendida por outra psiquiatra, que combinou com Vitor e Daniel que eles levariam o Diazepam diariamente à D. Janete, mas dariam a ela somente após terem conferido que ela não havia bebido no dia anterior. Depois desse dia, Vitor e Daniel, seus ACSs, passavam diariamente às 09h da manhã na farmácia do CAPS-AD e iam ao encontro de D. Janete, que em pouco tempo voltou a sentir-se melhor, sem os efeitos da impregnação medicamentosa, falando normalmente, sem dores no corpo, e sem as alucinações visuais. O tratamento com Diazepam não durou muito, porque D. Janete preferiu voltar a beber sua cachacinha junto com seus companheiros de rua. Nunca mais comentou sobre cobras ou quaisquer outros sintomas psiquiátricos.*

*Para discutir esse caso, precisamos voltar ao início do relato; precisamos questionar um fato bastante curioso, que me chama particularmente a atenção: por que*

*os bombeiros a retiraram do bueiro, bêbada, com o braço e a perna machucados, e a levaram para um hospital psiquiátrico? Esse é um ponto importante de ser discutido, afinal, D. Janete não apresentava neste momento nenhum sintoma de doença ou sofrimento mental, precisava apenas de um cuidado em algum hospital geral. Mas, indubitavelmente, foi tratada como louca de rua. Por quê? Conjeturando quais as razões para isto acontecer, podemos elencar quatro hipóteses: 1, os hospitais gerais não aceitariam D. Janete por ela estar em situação de rua, sendo o hospital psiquiátrico o único lugar onde ela receberia algum tipo de atenção à saúde; 2, os bombeiros a levaram para o hospital psiquiátrico porque as pessoas em situação de rua devem sempre ter algum comprometimento mental – o lugar de gente de rua é no hospital psiquiátrico, mesmo quando necessitam de um cuidado relativo à sua saúde, em geral; 3, talvez, os bombeiros assumam que as pessoas em situação de rua sejam egressos desses mesmos hospitais psiquiátricos – a rua virou suas casas depois de serem desinstitucionalizados (assim, nada mais natural do que fazer os loucos desassistidos retornarem ao seu lugar de origem); e 4, os bombeiros poderiam assumir que no hospital psiquiátrico, as pessoas em situação de rua conseguiriam estar fora das ruas por um tempo maior do que se fossem internados em hospital geral – e qualquer lugar seria melhor do que dormir nas ruas.*

Como vemos, nenhuma das hipóteses são boas e podem ser justificadas. Contudo, na raiz delas reside o imaginário social de que a doença mental e a situação de rua estão intimamente relacionadas – a personagem do louco de rua aparece aí cheia de imagens preconceituosas e estereotipadas, justificando, muitas vezes, práticas e intervenções higienistas. Com uma tacada, acerta-se dois coelhos de uma vez: assumindo que há uma origem mórbida e patológica que impulsiona as pessoas a viverem nas ruas, ou que os egressos de hospitais psiquiátricos que não possuem a proteção de um lar acabam por cair na rua, é possível justificar a necessidade de manter os loucos de rua internados em hospitais psiquiátricos e acusar a Reforma de desassistir seus usuários mais necessitados. É como se fosse óbvio assumir a hospitalização dos loucos de rua como a melhor alternativa de cuidado, frente a todas as suas necessidades, sejam elas de ordem material, relacional ou emocional. E desse modo, o hospital vira a solução para todas as carências, enquanto são desprezadas quaisquer outras intervenções.

Essa tendência de conferir à hospitalização um lugar de assistência e cuidado é também seguida pela comunidade, que frequentemente chama os bombeiros, ou a

polícia, ou mesmo a SAMU, solicitando internação psiquiátrica quando em momentos de crise.

Significativa parcela da comunidade, então, encara o problema da existência de “loucos” em situação de rua como sendo algo que o Estado deve resolver, e que a forma de fazê-lo é o recolhimento dessas pessoas.

Os cidadãos que defendem que o “louco” deva ser recolhido a uma instituição entendem como sendo esse o caminho da reabilitação. Revelam, assim, uma intolerância maior com a presença do mesmo. (Pagot, 2012, p. 180).

Mas nem sempre e em todo lugar encontramos essa imposição aos loucos de rua de um tratamento em uma instituição, seja hospital psiquiátrico ou mesmo clínica de caráter fechado. Por muito tempo e ainda atualmente nas cidades do interior do país, a loucura de domínio público fazia parte da paisagem – cada lugarejo tinha (e, no caso das cidades do interior, ainda têm) seus loucos oficiais e as pequenas cidades e vilas acolhiam essas personagens do “teatro do mundo”, socializando com elas e integrando-as na memória coletiva de seus habitantes acerca daquele lugar. De acordo com Ferraz (2000a), tais andarilhos acabavam por representar um papel para as cidades, aguçando a curiosidade e a imaginação populares. A partir de suas vidas, e da loucura encenada em praça pública, lendas eram construídas e contadas, integrando o imaginário social da cidade acerca dessas figuras populares.

Daí o aparecimento de uma série de histórias que versavam sobre a vida dessas pessoas e que se foram tornando parte do repertório da narrativa oral comunitária, sendo transmitidas de pessoa a pessoa oralmente e atravessando as gerações que as conheceram. Essas histórias, algumas vezes, ganhavam um colorido fantástico, como que impregnadas pela própria “desrazão” inerente a seu protagonista. (Ferraz, 2000a, p. 229).

O que aconteceu em nossas cidades grandes, que perdemos essa potência de interação e até mesmo continência e cuidado com os nossos loucos de rua? Por que passamos a tratar pessoas em situação de rua como loucas e doentes, assumindo assim um distanciamento e imputando a elas um tratamento que ainda se fundamenta na exclusão, segundo a lógica de sequestro, de reclusão dos resíduos de nossa sociedade?

De Leonardis (1998) ressalta como, ainda nos dias atuais, a função da psiquiatria segue sendo a administração dos resíduos da sociedade (resíduos institucionais), mesmo

após o processo de desinstitucionalização que vem sendo implementado nas sociedades que aderiram às reflexões do movimento antimanicomial. Nesta análise, a autora salienta o caráter classista da instituição manicomial destinada à expulsão e repressão dos setores mais pauperizados da população, das classes consideradas marginais e, portanto, perigosas. Não é surpresa ainda nos dias atuais encontrarmos no quadro de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos quase que inteiramente pessoas advindas da camada mais pobre da população.

A administração e tutela da periculosidade continua como resíduo institucional de uma psiquiatria fundada nos manicômios, mesmo que ela atualmente tenha se deslocado para outro lugar institucional, assumindo um papel de prevenção e reabilitação, próprio da psiquiatria comunitária ou social (como discutimos anteriormente). Apesar de todas as novas funções comunitárias assumidas pela psiquiatria, a internação permanece como fantasma a assombrar o cotidiano da prática em saúde mental. Diante da crise psicótica, a velha função de administração do resíduo perigoso ressurgiu e a internação aparece como solução crônica de uma rede em saúde mental que não consegue sustentar a diferença no território (tanto no caso de D. Janete, como no caso de Pezão e Camila, discutidos anteriormente).

A pesquisa realizada por Brito (2012) comenta sobre as internações, infelizmente bastantes recorrentes para pessoas em situação de rua:

Isso nos faz interrogar sobre as chances de acolhimento que elas [as pessoas em situação de rua] tiveram, ao longo de suas estadias nas ruas, chances de escuta dessas dificuldades, durante as repetidas internações e atendimentos nas urgências dos hospitais psiquiátricos, que em nada concorreram para uma mudança radical nesse percurso de exclusão. (Brito, 2012, p. 85).

E ninguém melhor para assumir a figura do anormal perigoso do que o louco de rua, este que insiste em desafiar os dispositivos de regulação populacionais e disciplinamento, que escapa a todos os projetos de institucionalização e que permanece expondo sua diferença fundamental bem na cara de todos, na rua, onde não é possível escondê-lo ou escondê-lo. Um projeto de saúde mental aos loucos de rua parece responder a este objetivo de administração deste resíduo, ainda segundo os imperativos psiquiátricos que se sustentam segundo a lógica da periculosidade.

Voltando à discussão do caso de D. Janete, quando foi abordada pelos bombeiros, D. Janete não apresentava nenhum sofrimento mental que justificasse qualquer medida

de internação em hospital psiquiátrico – ela precisava de um atendimento em hospital geral para cuidar de seu braço e sua perna, que estavam machucados. Mas uma pessoa em situação de rua, bêbada e malcheirosa, representa incômodo e risco às outras pessoas internadas em hospital geral. O hospital psiquiátrico aparece aí justamente na tangente da exclusão e periculosidade: as pessoas em situação de rua acabam configurando-se como resíduo social e institucional, a quem a antiga vocação psiquiátrica ainda cai bem.

Mas não podemos ficar somente na análise da primeira internação. No caso de D. Janete, a intervenção levada a cabo pelos bombeiros difere bastante daquela estabelecida entre a equipe do PSF Sem Domicílio e do CAPS-AD. Após três meses internada, D. Janete voltou para as ruas apresentando sintomas de sofrimento mental que de algum modo estavam relacionados com este tempo de internação no hospital (alucinações visuais causadas por abstinência alcoólica e sinais claros de impregnação por excesso de medicação antipsicótica). Mesmo com demanda para uma internação breve no leito 24 horas do CAPS-AD, essa não foi a solução adotada pela equipe e sua paciente. Em uma clínica de escuta, outros modos de cuidado foram estabelecidos, em um movimento de responsabilização que comprometeu todos os atores sociais envolvidos (das duas equipes – do PSF Sem Domicílio e da CAPS-AD –, assim como a própria D. Janete). É bem verdade que a minha presença foi importante para que tal rumo fosse tomado pela equipe – meu papel como pesquisadora não se resumiu a uma presença neutra. Diante de uma situação como esta, não poderia deixar de intervir, no sentido de ampliar o diálogo e reestabelecer o lugar de protagonista do cuidado à D. Janete, fazendo com que a equipe a implicasse nas decisões acerca de sua saúde mental. Mas a minha sugestão não encontrou grande resistência e acredito ter sido importante para que a escuta de seu sofrimento pelos profissionais levasse em consideração também seus desejos no estabelecimento da estratégia de cuidado mais apropriada às suas necessidades.

Pagot (2012, p.155) comenta essa potência clínica de cuidado nas ruas: “A atitude de escuta da loucura proporciona a construção e o estabelecimento de um vínculo que pode ter seus limites, mas que produz cuidado e saúde mental.”. Para que tal escuta aconteça de modo sensível às peculiaridades de cada pessoa, respeitando seus desejos e limites vinculares, é preciso construir uma clínica que adentre os territórios existenciais dessas pessoas, tentando compreender a função mesma da rua para seu sofrimento e vulnerabilização, assim como para sua sustentação psíquica e afetiva-relacional.

Cabe a nós, possivelmente, construir outros *settings*, despertar em nós uma escuta sensível ao inusitado e ao diferente, ou seja, estabelecer uma clínica ampla, tanto no sentido de expandir seus limites de atuação para um mais além do consultório, quanto objetivar a que outros serviços venham, em conjunto, beneficiar ao sujeito atendido (Gomes, 2003, p. 58).

Para D. Janete, o tratamento nas ruas configurou-se como uma opção de cuidado que respeitou seus desejos e a comprometeu no tratamento, lidando com ela a partir do horizonte da corresponsabilização. Além disso, ao apostar nesta relação de cuidado que trata na rua, as equipes também puderam contar com os efeitos benéficos da proteção dos vínculos afetivos estabelecidos entre D. Janete e seus companheiros de rua (especialmente Seu Francisco). Se considerarmos a história de perdas e afastamentos afetivos de D. Janete, seu relacionamento amoroso com Seu Francisco não poderia simplesmente ser negligenciado em uma clínica que quer apostar na saúde mental de seus usuários. Comentado sobre isso, Rosa (2005) afirma

Para o observador externo, pode parecer que estar na rua revela sempre uma situação de isolamento social. Embora para alguns não seja possível reestabelecer vínculos como os anteriormente existentes, observa-se o desejo de reencontrar a família e refazer laços afetivos. Alguns tentam recuperar o contato com a família ou com antigos amigos, mas encontram muitas barreiras, entre elas os sentimentos de vergonha, fracasso e humilhação por não terem conseguido *uma vida melhor*. Observa-se então um processo de substituição dos vínculos rompidos por novas relações, novos amigos, como se a rua pudesse suprir e possibilitar a reconstrução de suas vidas afetivas. E ela acaba tendo mesmo esse papel para alguns. (Rosa, 2005, p. 192-193).

Para que tal estratégia de tratamento (que implica este nível de corresponsabilização) fosse elaborada, duas condições precisavam ter sido cumpridas: a escuta atenta dos posicionamentos e desejos de D. Janete e a tentativa de a equipe compreender sua perspectiva, colocando-se de algum modo em seu lugar. Somente assim, o plano terapêutico anterior (a internação de curta duração no leito do CAPS-AD) perdeu força em favor de um tratamento nas ruas, com a participação ativa e responsável de D. Janete e Seu Francisco.

A realidade, no trabalho com essa população, revela pessoas carentes não só de recursos materiais, mas carentes de atenção, carinho, amor.

Acreditando que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim, nesse prisma, a identificação do profissional com os sujeitos que receberão o cuidado é imprescindível. Para cuidar de pessoas em situação de rua precisa-se atribuir um significado de humanidade ao cuidado e acreditar na possibilidade de transformação da realidade posta. (Rosa, Cavicchioli & Brêtas, 2005, p. 581).

Assim, não internar significou cuidar e a opção pelo tratamento do sofrimento psíquico nas ruas não pode, de modo algum, ser interpretada como desassistência. Esse caso apresenta justamente uma situação em que desinstitucionalizar significou inventar e cuidar no território, apostando nos vínculos afetivos de proteção de D. Janete e nos relacionamentos entre ela e as equipes comprometidas com sua saúde mental e não com o imperativo de hospitalização diante da crise (mesmo que essa internação fosse realizada em serviço aberto – como o CAPS-AD –, a sensação de “sequestro” permaneceria). A sustentação do cuidado no território (ou seja, na rua), mesmo durante a crise, garantiu uma abordagem que foi ao encontro das necessidades e desejos de D. Janete, configurando-se, portanto, em uma clínica que partiu da invenção e do respeito.

Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transforme os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme sua vida concreta cotidiana. (Rotelli, 2001, p. 3).

Quando diferentes instituições cooperam entre si, e implicam a pessoa em sofrimento nas relações de cuidado, estabelece-se uma clínica potente, que tem nos vínculos entre profissionais e usuários sua força maior. No caso das pessoas em situação de rua em sofrimento psíquico, o desafio mais instigante é colocar o sofrimento e suas relações com a cidade, com o público, com as vulnerabilidades e estilos de vida, no centro das relações de cuidado – e isso não é tarefa fácil. Uma escuta atenta e sensível a essas configurações e cenários é o desafio – não é possível fomentar a saúde mental sem as invenções exigidas por tal escuta. À armadilha da institucionalização em espaços de segregação da doença mental devemos responder com as invenções do cuidado no território aberto da saúde mental, no espaço entre instituições. O campo institucional da

saúde mental deve respeitar e aprender com o Programa de Saúde da Família Sem Domicílio, e com ele criar relações de cooperação íntimas que escapem às formas institucionais de cuidado estabelecidas no cenário protegido dos edifícios dos serviços substitutivos. E para tecer as redes-tramas, produtoras de saúde mental, é preciso levar o projeto de desinstitucionalização de dentro para fora dos serviços substitutivos, adentrando o espaço mesmo onde nos deparamos com a vida real dessas pessoas: as ruas.

## **Considerações Finais:**

### **O Programa de Saúde da Família Sem Domicílio como extituição**

Acompanhar durante um ano os vínculos de cuidado entre uma equipe do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio e seus pacientes, participando junto com eles de seu cotidiano e das intervenções propostas, foi o motor de uma grande mudança reflexiva em mim, como pesquisadora e como profissional da saúde. Indo para as ruas com os ACSs, participando de consultas e reuniões na UBS, de grupos e conversas em parceria com outras instituições da região, pude presenciar a força do vínculo produzido entre essa equipe e seus pacientes, do cuidado efetivamente construído por meio de uma clínica sensível e dedicada a um trabalho que enfrenta inúmeras dificuldades cotidianas. É impossível ficar imune a isso tudo. Fui, pouco a pouco, transformando meu olhar para esta clínica e aprendendo junto com eles como produzir saúde em contextos de extrema vulnerabilidade.

Após todo esse percurso de vivências e reflexões, posso afirmar que fomos testemunhas de um processo de construção paulatina de uma atitude de cuidado por parte da equipe, que ao longo de todo o ano, foi sendo tecida à medida que casos e situações impunham suas necessidades e a equipe crescia e complexificava suas intervenções, atuando cada vez mais em consonância com os projetos terapêuticos elaborados para cada paciente, mesmo contando com uma rede fracamente estabelecida com as outras instituições da região que cuidam de pessoas em situação de rua (de saúde, do terceiro setor e da assistência social). Especialmente no que se refere aos casos em que estavam envolvidos problemas gerais de saúde (que não eram da ordem do sofrimento mental, como os casos de Otávio, de D. Catarina, de D. Cristina, de Lucas e de Seu Gabriel, descritos nesta tese), a equipe conseguia, de modo competente, dar conta das necessidades de seus pacientes – e mesmo diante de muitas dificuldades enfrentadas com a falta de vagas nos equipamentos de saúde e assistência social, a equipe sempre conseguia de algum modo encontrar na rede os recursos que precisava – o que assinala para o funcionamento de um sistema de regulação profissional, como descrito por Cecílio (2012) (e aqui apresentado no Capítulo VI).

Entretanto, não podemos pensar que a atenção à saúde pode, de algum modo, estar desvinculada do contexto socio-histórico em que está inserida, e que, portanto, poderia

estar imune aos modos como nossa sociedade trata as pessoas em situação de rua. Nos serviços de saúde, assim como na sociedade, são reproduzidas as formas históricas de tratamento social oferecido ao povo pobre (trabalhadas no Capítulo III desta tese) – não podemos anular a diferença entre as classes sociais que distancia os profissionais contratados pelo SUS de seus usuários – e aqui, o abismo se intensifica quando se trata de pessoas em situação de rua. Mas também neste ponto o Programa de Saúde da Família inova: a composição mesma das equipes mescla profissionais de distintas classes sociais em um trabalho que está fundamentado no trabalho em equipe. A função primordial dos Agentes Comunitários de Saúde para a produção de vínculo e para o acolhimento às demandas da população acaba por potencializar sua posição dentro das equipes de PSF. A corresponsabilização e o trabalho em equipe produzem uma situação de diálogo intenso entre os distintos profissionais e o resultado é a produção compartilhada de saúde, em um modelo não mais médico-centrado. Os ACSs, que geralmente proveem de camadas mais pobres da população, conseguem dialogar com a comunidade a partir de outra posição: por viverem na região onde trabalham, suas entradas nas casas, suas abordagens e perspectivas acerca dos problemas vividos pela população atendida carregam suas visões de mundo, atravessadas por suas vivências de classe. Nas discussões de casos realizadas em reuniões de equipe, tudo isso é trazido pelos ACSs e discutido por todos – o que torna a clínica do PSF muito mais sensível e atenta às necessidades da população adscrita.

No caso do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio esta característica é ainda mais acentuada: por contar com a participação de ACSs que já estiveram em situação de rua anteriormente, as equipes conseguem trazer para o horizonte da clínica a perspectiva de seus usuários, o que representa um ganho em dialogicidade, já que a linguagem, os pactos da rua e a vicissitudes de viver a vida em espaços públicos podem ser bastante inacessíveis para aqueles que não compartilham dos mesmos códigos. A partir dos casos acompanhados e trazidos para a discussão em reuniões, toda a equipe se envolve com seus pacientes e as diferenças de classe conseguem ter suas arestas polidas.

A partir desta perspectiva encarnada pelo agente comunitário que já vivenciou a vida nas ruas, a equipe acompanhada nesta investigação conseguia conectar-se com as múltiplas dificuldades experienciadas por seus pacientes. Toda a experiência de vida nas ruas experimentada por Luís (brevemente apresentada no Interlúdio II) agregava enormemente à equipe – sua perspectiva sempre apontava outros modos de compreensão da “realidade” experimentada pelas pessoas em situação de rua vinculadas

ao PSF-SD. Em particular, as situações de violência experimentadas pelas pessoas em situação de rua, mesmo corriqueiras, requeriam um cuidado extremo (como discutimos a partir do caso de Abílio e D. Catarina). Outro desafio era enfrentar a violência especialmente exercida nas relações institucionais perversas com as pessoas em situação de rua (como o fechamento dos albergues no centro ou o incentivo, até mesmo financeiro, oferecido por instituições para o retorno das pessoas em situação de rua para suas cidades de origem), ou por políticas quase institucionalizadas (como as políticas de higienização social do centro – i.e. cracolândia, como discutimos no Capítulo V). Frente à tais vicissitudes experimentadas pelas vidas nas ruas (e abordadas cotidianamente pela equipe do PSF-SD), uma verdadeira *clínica das vulnerabilidades* precisava ser constantemente inventada – as vulnerabilidades experimentadas pelas pessoas em situação de rua conseguiam eco na elaboração de projetos terapêuticos singulares quando os profissionais estavam atentos a elas, e o resultado é uma clínica que tende a dar suporte ao sofrimento e às suas necessidades em saúde.

Franco e Merhy (2007) perguntam-se qual é a aposta do PSF e apontam, nesta reflexão, para a importância da dimensão da clínica, que deve ser investida, enquanto tecnologia leve, em íntimo contato com os usuários. Coprodução da saúde, portanto, orientada por um modelo de atenção que tem como diretrizes o Acolhimento, o Vínculo/Responsabilização e a Autonomização. O *Acolhimento* se dá a partir da universalidade do acesso, e nisso o PSF destaca-se. Suas portas abertas são o primeiro passo para uma escuta qualificada, seguida pelo compromisso com a resolução dos problemas de saúde, mesmo que encaminhamentos sejam necessários quando maior complexidade tecnológica for requerida. Através do *Vínculo*, os usuários são referenciados a uma equipe, que se responsabiliza, junto com eles, pela produção do cuidado, acompanhando os casos à medida que circulam pela rede de saúde. Já a *Autonomização* é a meta de todo o cuidado, quando ganhos para os usuários significam maior autonomia em seu cotidiano.

O acolhimento ao usuário, através de escuta qualificada, o compromisso de resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando a recuperação ou os ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da vida. Os

pequenos atos do cotidiano dão perfil novo à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção da saúde (Franco & Merhy, 2007, p. 121-122).

A equipe acompanhada em nossa pesquisa baseava seu *modus operandi* nestas diretrizes e desse modo conseguia acolher pessoas em situação de rua que encontravam, os cadastrando como novos usuários, estabelecendo vínculos e responsabilizando-se pelo cuidado integral dessas pessoas, sempre orientadas pelo norte da autonomização. De fato, presenciei inúmeros *pequenos atos do cotidiano*: vi a equipe oferecer o acompanhamento de sua saúde a diversas pessoas em situação de rua que ainda não estavam cadastradas, ouvi elogios de muitos usuários adscritos a essa equipe e fui testemunha de muitas situações clínicas de cuidado que se afinavam com essa perspectiva – o caso de Seu Gabriel, descrito no Interlúdio IV, é um exemplo desta clínica sensível e afinada com os usuários exercida pela equipe.

Nesse contexto, o PSF trabalha com uma concepção ampla do processo saúde-doença, pensado a partir de seus determinantes (biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde) (Buss, 2000). O desafio, neste contexto, é trabalhar com o conceito de saúde como sendo

produto de um amplo espectro de fatores relacionados com qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados da saúde. (Buss, 2000, p. 167).

Diante deste conceito de saúde, podemos imaginar quanto trabalho o PSF-SD precisa realizar para promover e cuidar da saúde de seus usuários nas ruas. Para caminhar nesta direção, uma *clínica das vulnerabilidades* passa a ser necessária, levando em consideração todos esses aspectos relacionados à saúde que a vida nas ruas não contempla. É preciso que o exercício da clínica esteja afinado com a compreensão das vulnerabilidades experimentadas por cada paciente – e sabemos que são muitas as vulnerabilidades inerentes à vida nas ruas. Aliada a tais fatores que precisam ser contemplados, apontamos também a necessidade de compreender quais as raízes da desfiliação envolvidas em cada caso; ou seja, uma *clínica das vulnerabilidades* precisa partir da compreensão acerca do processo que os levou a “cair na rua”. A teorização que

aqui realizamos no Capítulo III em diálogo com Castel (1993) acerca dos processos de desfiliação (desfiliação como efeito da exclusão do trabalho e dos direitos e proteções trabalhistas, desfiliação como efeito da violência e da dependência de drogas ou desfiliação por fragilização dos laços familiares e por migração) pode ajudar nesta tarefa de compreender como tais vulnerabilidades se relacionam com a história de vida de cada pessoa atendida, o que pode oferecer indícios sobre como atuar frente a elas. No cotidiano das equipes, as histórias de vida de seus usuários são conhecidas, mas são pouco articuladas para a construção de projetos terapêuticos singulares.

Os projetos terapêuticos singulares [PTS] eram elaborados por toda a equipe em reuniões e discussões de caso, contudo, eles não eram operados (ou melhor, administrados) por um profissional da equipe, considerado por Franco e Merhy (2007), como “gestor do cuidado”. Para os autores, essa função de “administrar” as relações com os vários núcleos de saberes profissionais envolvidos (como mediador na gestão dos processos multiprofissionais, disciplinares e interinstitucionais) pode auxiliar na tarefa de gerir os PTS, uma vez que o operador do cuidado deve atuar como agente institucional com poder burocrático-administrativo na organização (Franco & Merhy, 2007). Na equipe acompanhada nesta investigação, essa função ficava subsumida entre a dupla de ACS de referência para cada usuário e os outros técnicos da equipe – o que por vezes dificultava uma gestão do cuidado de modo mais operativo. De acordo com os autores, “o ‘operador do cuidado’, a quem cabe ‘administrar’ o projeto terapêutico, fará a conexão entre os recursos disponíveis na Unidade Básica e os dispostos na rede de serviços, quando necessários.” (Franco e Merhy, 2007, p. 110). Essa função poderia facilitar que a rede fosse acessada de modo mais competente.

O trabalho clínico do PSF, orientado pelos princípios dos cuidados primários à saúde, pode configurar-se como o motor de uma importante mudança em direção a uma nova ética do cuidado, não mais orientada pela atividade meramente curativa, segundo o Modelo Médico Hegemônico centrado nos procedimentos (Franco & Merhy, 2007).

Os trabalhadores de saúde, incluindo o médico, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isto ocorra, entendemos que será necessário constituir uma nova ética entre esses mesmos profissionais, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da

assistência à saúde. Estes valores deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços. Portanto, para se constituir um novo modelo assistencial, isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção da saúde. (Franco & Merhy, 2007, p. 83).

Na equipe do PSF-SD que acompanhamos, uma micropolítica era exercida cotidianamente entre os profissionais da equipe e as outras instituições acessadas por eles. Um verdadeiro trabalho multiprofissional era realizado, e a clínica era muitas vezes exercida fora do espaço institucional da UBS, nas ruas, nos mocós e cortiços onde viviam seus usuários, que eram visitados por todos os profissionais da equipe, muitas vezes com o auxílio dos profissionais do NASF – Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Psiquiatra e Fisioterapeuta – quando as habilidades técnicas de cada competência profissional eram requeridas. Não fomos testemunha do isolamento dos profissionais em seus núcleos de competência, como apontam Franco e Merhy (2007) ao refletirem sobre os problemas envolvidos com o PSF e seu caráter prescritivo a nível central.

A solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desenvolvimento desta equipe [do PSF], fica desestimulada pelo detalhamento das funções de cada profissional. Trabalhar com este limite e com a necessidade de inventar abordagens a cada caso, exige um “luto” da onipotência de cada profissional, para que seja possível o trabalho em equipe, e somam-se as competências e a criatividade de cada membro da equipe. (Franco & Merhy, 2007, p. 118-119).

Neste sentido, a equipe rompia com o Modelo Médico Procedimento Centrado, onde encontramos a consulta como o centro do trabalho desenvolvido na UBS, a partir da qual é definido o “cardápio” de serviços a serem executados por outros profissionais (Franco & Merhy, 2007, p. 87). No Modelo Médico Procedimento Centrado,

o processo de trabalho realizado por estes [os outros profissionais] é estruturado e comandado pelos saberes e atos do médico, ficando claro que os profissionais não médicos não têm nenhuma autonomia para o trabalho assistencial, nem mesmo para exercer o que lhes é facultado como competência profissional. A hegemonia médica na determinação da produção de serviços de saúde faz que os “procedimentos”

centralizem o campo tecnológico que responde às necessidades dos usuários. (Franco & Merhy, 2007, p. 87).

Mesmo se organizando em função das necessidades dos usuários (Modelo Usuário Centrado), a equipe não ficava refém de uma clínica individualista, como se poderia prever. Na organização de seu processo de trabalho, a equipe também se orientava pelas necessidades do *território*, pensado como território-processo (ou seja, um território social, econômico, político e epidemiológico, onde se encontram as variáveis sobre as quais ocorre o processo saúde-doença da população). Como discutimos no Capítulo IV, no caso de nossa equipe, essa *população* ganhou contornos mais claros recentemente – somente após a divulgação dos primeiros censos – as políticas sociais destinadas a esse segmento populacional começaram há pouco tempo a serem elaboradas a partir de suas características e aqui podemos localizar o próprio Programa de Saúde da Família Sem Domicílio como dispositivo de cuidado específico para a população em situação de rua elaborado neste contexto. A história do PSF-SD, descrita no Capítulo VI, nos ajuda a compreender sua função no campo assistencial. Na raiz deste programa, uma clínica, centrada tanto nos *usuários* (e vinculada a eles de modo responsável), como em seus *territórios-processo*, deve garantir uma atenção à saúde que conta com os vínculos fortes estabelecidos entre eles – e é exatamente isso que presenciamos na equipe acompanhada por essa investigação.

Mas uma coisa é pensar no trabalho entre os profissionais das equipes de PSF e outra é enfrentar o olhar preconceituoso dos outros profissionais de saúde de instituições que não conhecem os pacientes tratados pela equipe. No que tange ao tratamento dispensado às pessoas em situação de rua pela rede de saúde, a corresponsabilização do cuidado ainda é um sonho distante e as vagas conseguidas pela equipe do PSF em outras instituições ainda são conseguidas como favor por aquelas que os aceitam. O mau cheiro e a aparência ainda se configuram como impecílios e a exigência de banho é quase universal. E, além dos preconceitos, a equipe esbarrava sempre com o despreparo dos profissionais frente aos problemas de saúde das pessoas em situação de rua, que dizem respeito ao estilo de vida que levam e aos determinantes de saúde que estão expostos. Todos esses problemas foram levantados por diversos autores, sistematizados em revisão realizada por Borysow e Furtado (2013).

Por conta disso, acreditamos que o atendimento às pessoas em situação de rua poderia, talvez, se orientar por uma *linha de cuidado* específica a essa população, pensada como “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas,

de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa” (Cecílio & Merhy, 2003, citado por Franco & Magalhães Júnior, 2007, p. 129). Uma linha de cuidado (como a Saúde Materna, a Saúde do Idoso, a Saúde da Mulher, a Saúde do Trabalhador, a Saúde Mental) deve ser construída a partir dos riscos específicos que determinada população está exposta, o que requer diálogo íntimo entre as peculiaridades enfrentadas pela clínica e os saberes que a epidemiologia constrói sobre a população a ser investida pelas estratégias de saúde especificamente voltadas a ela. Assim, para a organização de uma linha de produção de cuidado, é preciso pensar em uma cadeia de serviços e recursos assistenciais que deve estar pactuada entre todos os atores envolvidos com a produção da saúde de determinada população (Franco & Magalhães Júnior, 2007). Ela requer uma organização, cujo funcionamento se estrutura em torno das necessidades dos usuários, concretizadas na elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, como descrito na figura abaixo, elaborada por Franco e Magalhães (2007):

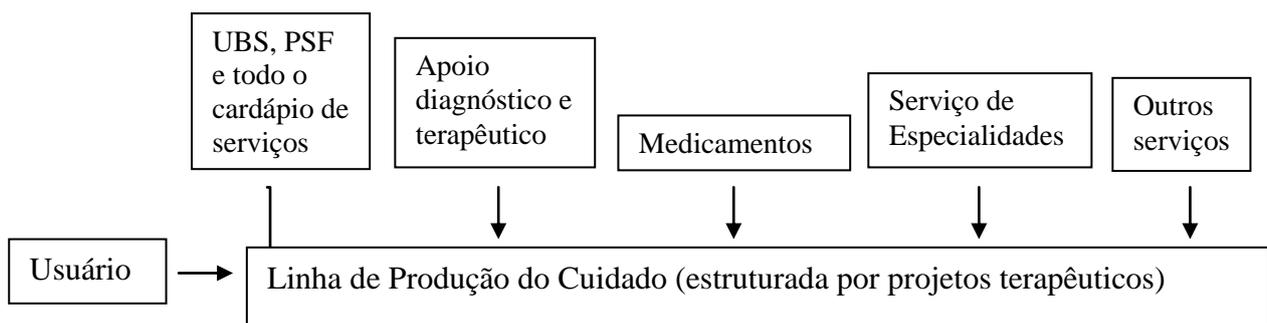


Figura 9: Organização de uma Linha de Produção de Cuidados

Franco e Magalhães (2007) apontam o Programa de Saúde da Família como estratégico para gerir os projetos terapêuticos, seguindo os usuários à medida que os outros recursos e serviços sejam acessados – segundo as diretrizes de responsabilização e vínculo. Além disso, o PSF também deve garantir a contra-transferência para que o vínculo entre os usuários e a equipe permaneça após as intervenções realizadas pelos outros níveis de assistência. Se pensarmos no Programa de Saúde da Família Sem Domicílio, uma linha de cuidado produzida para as pessoas em situação de rua deve, então, contar com a pactuação entre muitas instituições e recursos que são acionados frente aos casos específicos, e é justamente essa pactuação que pode auxiliar para que uma rede de cuidados seja efetiva em relação às necessidades dessa população.

No caso das pessoas em situação de rua, encontramos no Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde & Departamento de Atenção Básica, 2012) uma tentativa de formar profissionais para o atendimento qualificado, expondo os principais determinantes do processo saúde-doença desta população, assim como os problemas clínicos mais comuns diretamente ligados à vida nas ruas. Podemos considerar que este Manual já se constitui como um embrião para a elaboração de uma linha de cuidado específica à população em situação de rua. O Manual expõe alguns determinantes do processo saúde-doença, encontrados em muitos casos acompanhados por essa pesquisa e expostos nesta tese: violência; alimentação incerta e em baixas condições de higiene; água de baixa qualidade e pouco disponível; privação de afeição; variações climáticas. Há também no Manual uma reflexão acerca dos fatores que dificultam o relacionamento entre pessoas em situação de rua e os serviços de saúde, entre os quais, destacamos: cobertura limitada pelas equipes de Saúde da Família; falta de tempo para buscar atendimento para o cuidado da saúde (por conta dos trabalhos informais ou da catação de materiais recicláveis); vergonha de buscar atendimento; dificuldade para colher informações clínicas quanto à anamnese e semiologia; silenciamento de sinais e sintomas que, pouco a pouco, foram se incorporando àquilo que o indivíduo passou a considerar como condição de normalidade para si, dificultando o autocuidado; exigência de acompanhantes e problemas com a higiene como dificultadores para a internação; poucos recursos pessoais para gerir, nas ruas, a alta em serviços de saúde (como a realização de curativos, por exemplo); frágil adesão ao tratamento e acompanhamento (dificuldades no comparecimento de consultas agendadas com antecedência ou no uso de medicações com intervalos fixos de horários). Durante este ano acompanhando esta equipe, presenciei inúmeras situações como estas no cotidiano da equipe – os casos aqui descritos ao longo de toda a tese apresentam como se concretizam em suas vidas tais determinantes do processo saúde-doença e estes dificultadores do relacionamento com as instituições de saúde.

O Manual elenca também os principais problemas clínicos enfrentados por pessoas em situação de rua, como forma de orientar os profissionais da saúde a lidarem com essa população, expondo as principais questões observadas e o que se deve fazer em cada caso (cuidados necessários): problemas nos pés; infestações; tuberculose; DST, HIV e aids; gravidez de alto risco; doenças crônicas (como hipertensão, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica); álcool e drogas; e problemas com a

saúde bucal. Nesse sentido, o Manual aponta que “é sempre útil ao profissional de saúde que lida com esse grupo social realizar o exercício mental de encadear causas de problemas de saúde originadas pelo fator “vida na rua”. Por exemplo: Rua → Exposição à violência → Ferimento → Hemorragia → Choque hipovolêmico”. (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde & Departamento de Atenção Básica, 2012, p. 54).

Contudo, vale ressaltar que para elaborar uma linha de cuidado específica para as pessoas em situação de rua é preciso que os saberes da clínica e da epidemiologia debruçem-se mais profundamente sobre as características dessa população, sobre os determinantes do processo saúde-doença, sobre as dificuldades enfrentadas no relacionamento com a rede de assistência e sobre os principais problemas clínicos. Essa proposição configura-se como uma sugestão a ser mais aprofundada em reflexões que explorem a relação entre as diferentes instituições e setores produtores do cuidado integral à pessoa em situação de rua.

Essa iniciativa, contudo, enfrenta a resistência de setores conservadores, que propõem intervenções orientadas pelos imperativos de higienização social e segregação disfarçados sobre a lógica da internação compulsória (por nós apresentados no Capítulo V ao tratarmos das políticas de segregação e a violência quase institucionalizada direcionadas à pobreza urbana). No centro dessa discussão reside a intolerância à ocupação do espaço público por pessoas que representam ameaça potencial – o que acaba por exigir do campo da saúde intervenções atravessadas pela tentativa de governar as ruas, utilizando mecanismos de segurança e de regulação desta população, segundo estratégias que mesclam aspectos biopolíticos e disciplinares (como discutimos no Capítulo V).

A própria rede de instituições destinada às pessoas em situação de rua pode ser avaliada segundo tais prerrogativas. Será que a rede e, em especial, o Programa de Saúde da Família Sem Domicílio também não estão orientados por imperativos biopolíticos de controle e regulação da *população* em situação de rua? E continuamos: o modo de operação do PSF-SD, que se desvia da UBS em direção às ruas, não estaria ligado ao projeto de medicalização da sociedade e psiquiatrização das comunidades, nos casos de saúde mental (como discutimos no Capítulo VII)?

Não há dúvida que uma arte de governar biopolítica voltada à população em situação de rua vem sendo exercida (também pelo PSF-SD), no sentido de que vem sendo aprimorado o exercício de um poder ao nível da vida desta população, principalmente a partir do momento em que começaram a ser desenvolvidas

problematizações acerca da vitalidade humana dos coletivos, ou seja, dos aspectos da morbidade e mortalidade das populações (envolvendo tecnologias que incidem sobre a vida e a morte de coletivos). A governamentalidade biopolítica, nesse sentido, envolve

Estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte, inicialmente endereçadas a populações que poderiam ou não ser territorializadas em termos de nação, sociedade ou comunidades pré-dadas, mas que também poderiam ser especificadas em termos de coletividades biosociais emergentes, algumas vezes especificadas em termos de categorias de raça, etnicidade, gênero ou religião, como nas formas recentemente surgidas de cidadania genética ou biológica. (Rabinow & Rose, 2006, p. 29).

O PSF-SD faz parte de um conjunto de tecnologias elaboradas dentro do contexto de governamentalidade biopolítica, que respondeu a uma transformação nos modos de governar o espaço público e as pessoas que nela habitam, envolvendo a elaboração de diferentes mecanismos de segurança.

Contudo, não podemos considerar que as tecnologias elaboradas pelo campo da saúde para essa população (como o PSF-SD e os consultórios de rua, por exemplo) representem uma tentativa de controle e regulação no sentido de incrementar os mecanismos de dominação. Elas representam tecnologias produtivas, que estão atravessadas por relações de poder que tem como efeito a elaboração de um saber-poder sobre seu objeto, a partir de um campo de positivities (afinal, estratégias de poder são imanentes à vontade de saber) (Foucault, 2003). Assumir que enfrentamos uma gestão dos indivíduos, dos coletivos e dos espaços que mescla estratégias biopolíticas e disciplinares não implica necessariamente um incremento de técnicas ou dispositivos que sofisticem o governo em direção ao aprofundamento das relações de dominação. Apenas é necessário que percebamos como as metamorfoses que acontecem ao nosso redor produzem novas formas de cuidado (agora fora dos edifícios e em direção às comunidades, pensadas de modo coletivo). O PSF-SD comporta-se justamente na sobreposição do poder disciplinar e biopolítico de modo a produzir o cuidado, construir vínculos e ampliar a autonomia de seus usuários; os saberes acerca da vida nas ruas, suas vulnerabilidades e seus determinantes de saúde podem auxiliar na articulação de uma rede que deve ser acionada na medida em que responde às necessidades de seus usuários.

No cotidiano do PSF-SD, uma coisa fica muito clara: é preciso que sejam integrados os diferentes serviços da rede de saúde que devem ser acessados à medida que os casos exijam maior complexidade tecnológica, o que requer que sejam previstos, portanto, os papéis diferenciados de cada instituição para o cuidado integral à essa população. Mas como podemos potencializar esse papel do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio como articulador da rede de assistência às pessoas em situação de rua, já que efetivamente tais relacionamentos interinstitucionais mantêm-se distantes e omissos? Consideramos que o PSF-SD poderia assumir esta vocação se não mais fosse considerado como uma instituição de saúde como todas as outras; mas sim como uma *extituição*, com status diferenciado no sistema de saúde.

Este novo conceito, *extituição*, desenvolvido Michel Serres, pode nos ajudar a compreender melhor esta capacidade de adaptação e articulação de redes da Estratégia de Saúde da Família (Tirado & Mora, 2004; Tirado & Domènech, 2001; López & Domènech, 2008). Este conceito foi desenvolvido em diálogo com as reflexões acerca dos papéis das instituições, conceito bastante discutido por autores geralmente inspirados pelo pensamento foucaultiano. Portanto, na raiz do conceito de *extituição*, existe a intenção de contrastar uma característica fundamental que a diferencia e distancia do conceito de *instituição*.

Para pensar os efeitos das instituições em nossa sociedade, a tradição de estudos inspirados no pensamento de Michel Foucault vem refletindo sobre as relações entre saber e poder levadas a cabo por algumas delas na Modernidade (como as escolas, as fábricas, o exército, os conventos, as prisões, os hospitais, etc.) e suas implicações no disciplinamento social. Tirado e Domènech (2001) ressaltam que o conceito de instituição funda-se nas edificações e estruturas físicas que sustentam concretamente e dão suporte material às exigências requeridas para o eficiente disciplinamento de corpos. Para produzir corpos úteis e dóceis, tais instituições devem gerar individualidades através de algumas técnicas próprias do dispositivo disciplinar: 1. a distribuição de corpos no espaço, ordenando a multiplicidade confusa e criando um quadro vivente (por meio de procedimentos específicos, como filas, quadriculamento do espaço, localizações funcionais); 2. o controle das atividades (horários e funções distribuídas temporalmente); 3. a organização da gênese (serializando atividades sucessivas de modo a tornar os corpos mais eficientes); 4. a composição das forças (organização de séries cronológicas e sistemas precisos de mando).

Por contraste, o conceito de extituição foi elaborado para ressaltar sua característica fundamental, como uma nova forma social que emerge em nossa atualidade e que rompe com a dualidade dentro-fora dos espaços institucionais e que se assenta em novos tipos de materialidades e sociabilidades para atuar no território e à distância. Estas novas formas sociais não mais exigem edificações para criar efeitos (não mais disciplinares, mas sim biopolíticos).

É importante ressaltar que não estamos falando propriamente de desinstitucionalização, mas de um tipo de *virtualização* dos modelos institucionais (Vitores, 2002), como resultado de uma transformação do modelo centrípeto que orientava os relacionamentos interinstitucionais em direção a esses edifícios disciplinares (instituições totais) para um modelo centrífugo, que orienta à certa dispersão da atenção em direção à rede (do *in* para o *ex*). No caso do PSF-SD, portanto, não há um edifício ou instituição central a ser tomado como referência – a Unidade Básica de Saúde é apenas o suporte material de um tipo de intervenção que tende a se dar fora dos muros da unidade, avançando sobre o espaço público e em direção às outras instituições e recursos da rede. Para atender à população em situação de rua, a clínica do PSF exige que essa característica extitucional se aprofunde e que as ruas sejam o palco das intervenções em saúde – o cuidado requer que as equipes abandonem o espaço privilegiado dos muros da UBS e adotem as ruas como espaço de trabalho. Além disso, no trabalho do PSF-SD, a equipe sabe que se a rede não for acessada por eles, não haverá cuidado integral; o abandono e a recusa das outras instituições são quase certos. É preciso realizar os encaminhamentos e conseguir pactuações entre os serviços, acompanhar e monitorar o fluxo de atendimento criado por projetos terapêuticos singulares elaborados para seus pacientes.

La extitución es la resultante del proceso de inversión de las fuerzas centrípetas que recorren las instituciones en fuerzas centrífugas que lanzan al exterior a aquellos que las moraban. Así, a diferencia de la institución, la extitución es una ordinación social que no necesita constituir un “adentro” y un “afuera”, sino únicamente una superficie en la que se conectan y se desconectan multitud de agentes. [...] En la extitución no se trata de establecer espacios segmentados, sino, más bien, de aunar, conjuntar, conectar, empresas de ambulancia, hospitales, CAP, médicos de cabecera, aseguradoras, familiares, vecinos, en un mismo espacio topológico virtual. Se trata de componer conglomerados heterogéneos. (Tirado & Doménech, 2006, p. 73).

É preciso que o PSF-SD assuma sua característica *extitucional*, ou seja, que o programa não fique preso a si mesmo, identificado com a instituição da Unidade Básica de Saúde: não deve haver interior e exterior no PSF-SD (a clínica se dá nas ruas, na UBS e entre as outras instituições acessadas), há apenas elementos da clínica que podem ou não ser conectados em cada situação do cotidiano. A rede acionada a partir de cada projeto terapêutico, se entendida como uma *rede-trama*, deve ser tecida singularmente, ganhando novos contornos a medida que pontos ou nós adicionais são alinhavados (como discutimos no Capítulo VI).

Em seu cotidiano, construir relações de cuidado frente aos problemas gerais de saúde não é fácil, mas, de algum modo, o Programa consegue assumir tal prerrogativa extitucional. Mas o que acontece com os casos de saúde mental? É preciso nos perguntar por que a equipe esbarrava em uma rede fria e desarticulada toda vez que precisava de cuidados referentes ao sofrimento mental de seus pacientes. Depois de acompanhar alguns casos de pessoas em situação de rua em sofrimento mental intenso, não foi difícil perceber que o cuidado em saúde mental representava um enorme desafio, apesar de a equipe acolher suas demandas e se responsabilizar pela construção de um projeto terapêutico singular. Além da falta de qualificação profissional da equipe frente ao sofrimento mental (lembramos que a equipe está formada por quatro ACSs, duas auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e uma médica clínica, todos sem formação específica em saúde mental), havia uma dificuldade adicional referente à *rede* de saúde mental, que não acolhia as necessidades da equipe e dos pacientes quando era acionada.

Após um ano acompanhando os modos como os casos de saúde mental eram (des)investidos pela instituições de saúde, uma coisa ficou muito clara: ao que parece, a rede substitutiva (e aqui incluímos o próprio PSF-SD) não compreende o significado profundo do projeto de desinstitucionalização, proposto como desconstrução de um saber sobre a doença mental em direção à elaboração de outros modos inventivos de sustentar, na sociedade, a loucura (pensada como existência-sofrimento de um corpo frente ao corpo social, como preconizava Basaglia) – como discutimos no Capítulo VII. Sem entender os motivos pelos quais a Reforma Psiquiátrica aposta na sustentação do sofrimento mental em serviços de saúde abertos, na aceitação da diferença e do desvio e no convívio com a sociedade, o cuidado fora dos hospitais psiquiátricos fica sem propósito; e esvaziado de sentido, perde força no cotidiano. Ainda orientados por uma concepção que relaciona o doente mental ao incurável, ao imprevisível e ao perigoso, os profissionais de saúde acabam atribuindo à exclusão da internação psiquiátrica sua

antiga função disciplinar, de dar conta dos resíduos da sociedade. A sustentação da crise no ambiente dos serviços substitutivos perde o sentido e o resultado é uma fraca articulação da rede substitutiva. Assistimos atônitos à volta da força centrípeta das instituições e o esvaziamento da potência extitucional do PSF-SD.

Devemos refletir, portanto, para o efeito de desassistência que aparece como o resultado de uma série de desresponsabilizações, desarticulando a sustentação da crise e do sofrimento mental no território a partir da peregrinação dos usuários pelos serviços substitutivos. Um verdadeiro *circuito de desassistências* é percorrido pelas pessoas em situação de rua em sofrimento mental, ao mesmo tempo em que uma *armadilha* vai sendo montada pela própria rede. O resíduo institucional produzido pelas recusas e desresponsabilizações vai, aos poucos, ganhando forma e um destino comum a todos eles, simplificado e pobre, faz a rede cair na armadilha criada por ela própria. Como discutimos no Capítulo VII, para dar conta desse resíduo institucional, a “solução” encontrada não é nova: a internação em hospital psiquiátrico. É como se o louco de rua fosse o depositário das formas de tratamento social disciplinares elaboradas há pelo menos três séculos para a loucura, considerada perigosa, anormal e patológica. A exclusão, a submissão e o disciplinamento proporcionados historicamente pelo hospital psiquiátrico ainda parecem ser as únicas estratégias de intervenção em saúde mental propostas para as pessoas em situação de rua.

É preciso que as instituições da rede de saúde mental reflitam criticamente sobre o modo como pensam sobre os loucos de rua, e quais as implicações deste imaginário social na elaboração de intervenções em saúde mental para eles. Os argumentos utilizados para que intervenções higienistas sejam realizadas (as internações compulsórias, discutidas no Capítulo V) e para defender os hospitais psiquiátricos muitas vezes se sustentam na ideia de que existe uma origem mórbida e patológica que impulsiona as pessoas a viverem nas ruas, ou que os egressos de hospitais psiquiátricos que não possuem a proteção de um lar acabam por cair na rua. Assim, a hospitalização dos loucos de rua é sustentada como melhor alternativa de cuidado, frente a todas as suas necessidades, sejam elas de ordem material, relacional ou emocional, em detrimento de outras intervenções a serem realizadas no território.

Mas, como vimos, o tratamento fora dos muros por si mesmo não é garantia de um cuidado antimanicomial potente, fundado nos preceitos da desinstitucionalização. Se as intervenções em saúde mental ficam restritas a uma clínica medicalizada e se o território mantém-se sobre-psiquiatrizado, a sustentação do sofrimento mental e da

crise, pensada como experiência de desestruturação psíquica intensa e aguda, a ser exercida pelos serviços substitutivos, fica fragilizada e o recurso do hospital psiquiátrico reaparece.

Há um duplo movimento no que diz respeito à atenção em saúde mental às pessoas em situação de rua que se unem em um único efeito, culminando na desassistência e no acionamento do hospital psiquiátrico. Em primeiro lugar, a assistência em saúde mental, que deveria ser prestada em uma série de serviços territoriais com papéis complementares, mantém-se guiada pelo Modelo Médico Procedimento Centrado – ou melhor, Psiquiatra Procedimento Centrado –, segundo o movimento da psiquiatrização das comunidades que discutimos no Capítulo VII. Este modelo de atenção tem na consulta psiquiátrica seu ponto nodal, o que representa uma redução no que tange à atenção e ao cuidado em saúde mental, que já deveria contar com inúmeras tecnologias desenvolvidas ao longo desses anos pós Reforma Psiquiátrica por equipes multiprofissionais em regimes de acompanhamento diferenciados, as quais preveem diversos tipos e intensidades de vínculo entre usuários e instituições diversificadas. Essa sobre-psiquiatrização da atenção em saúde mental nada mais é do que uma redução da potência do cuidado frente à crise aguda e ao sofrimento mental crônico no território. Em segundo lugar, encontramos também as recusas e o abandono performadas por diversas instituições de saúde da rede substitutiva frente aos loucos de rua, que agravam o cenário de desassistência. Sua suposta periculosidade, a exigência de banho e de acompanhante sustentam o estabelecimento de um circuito percorrido pelos loucos de rua (e pelas equipes de PSF-SD que os acompanham), que tem como efeito a cronificação do sofrimento e o fortalecimento da saída institucional representada pelos hospitais psiquiátricos, fim da linha apontado por este vetor de abandonos e exclusões.

A desassistência não reside apenas no abandono de egressos de hospitais psiquiátricos que viveram internados por muitos anos, que acabam nas ruas por falta de opção. Os verdadeiros efeitos de desassistência são produzidos pelas recusas e rechaços de loucos de rua pela rede de saúde mental substitutiva; e tais recusas não têm nada a ver com a falta de vagas em hospitais psiquiátricos. Na verdade, suspeitamos de um movimento contrário: a rede de serviços abertos e territoriais sustenta a desassistência sabendo que o hospital ainda configura-se como opção, aprofundando, desse modo, o descaso. Acreditamos que a saída do hospital psiquiátrico encontrada pela rede funciona como guia imaginário que sustenta as relações de abandono e exclusão das instituições

*substitutivas*. Ancorados no remoto recurso do hospital psiquiátrico, os serviços que deveriam substituir os manicômios se desresponsabilizam pelo cuidado, relegando à esta antiga e tradicional instituição o cuidado destes usuários privilegiados. Ironicamente, se os loucos de rua são considerados produtos dos manicômios, nada mais compreensível do que sustentar-se ausente, esperando que o hospital psiquiátrico assuma a função que lhe cabe.

Enquanto os serviços territoriais da rede de saúde mental permanecerem à sombra dos hospitais psiquiátricos, o velho paradigma custodial seguirá preparando o terreno para a armadilha da (re)institucionalização do louco de rua. O hospital psiquiátrico ainda mantém-se no lugar de referente da saúde mental, afinal ainda nos denominamos como serviços *substitutivos*, localizando-nos no vácuo, no vazio institucional deixado pelo manicômio. E se assim nos mantivermos, seguiremos tendo que lidar com os resíduos institucionais criados por essa referência e pelos abandonos sustentados por sua virtual presença, que insiste em nos assombrar como um fantasma. Para desgarrar deste referente, precisamos lutar por uma sociedade sem manicômios, e só assim estaremos efetivamente livres para inventar novos modos de cuidado, propor o impensado no território, conectar-se com o inusitado, afetar-se pela loucura e atingir o ponto nodal da relação entre esta e a sociedade.

Frente a todos os empecilhos para que uma rede de sustentação do sofrimento mental se estabeleça respeitando os princípios da desinstitucionalização preconizada pela Reforma Psiquiátrica é preciso mais do que simplesmente intervir fora dos muros dos hospitais psiquiátricos. No que se refere ao cuidado oferecido às pessoas em situação de rua em sofrimento mental, são exigidas novas configurações entre as equipes e instituições envolvidas com a produção da saúde mental e o suporte à crise e ao sofrimento psíquico. A potência clínica de cuidado nas ruas deve sustentar-se na escuta sensível às peculiaridades de cada pessoa, de modo a tentar conectar-se com seus desejos e limites vinculares. É essa clínica que o Programa de Saúde da Família Sem Domicílio pode auxiliar a construir, adentrando os territórios existenciais dessas pessoas, tentando compreender a função mesma da rua para seu sofrimento e vulnerabilização, assim como para sua sustentação psíquica e afetiva-relacional.

Além disso, o PSF-SD pode atuar como um mestre tecelão, tramando os vínculos entre as instituições acionadas de acordo com as necessidades de cada caso e as características da rede disponível e do território-processo em que estão inscritos. Atuando como *extituição*, o PSF-SD pode coordenar os relacionamentos entre as

diversas instituições da rede de saúde, orientado para o desafio de sustentar o sofrimento mental e a crise no território, inventando, para tanto, estratégias de cuidado peculiares, que devem levar em consideração o sofrimento e suas relações com a cidade, com o público, com as vulnerabilidades e estilos de viver nas ruas. Precisamos investir nas relações *exitucionais*, portanto, como forma de evitar a armadilha da institucionalização do louco de rua em espaços de exclusão. Só assim conseguiremos nos reinventar constantemente, evitando ficarmos presos a identidades institucionais, atados a aparatos físicos e recursos interventivos repetitivos. Assim, é possível acompanhar as idiosincrasias e o impensado produzido pela loucura, e cuidar do sofrimento, respeitando a sua diferença fundamental performada nas praças e viadutos, nas esquinas e marquises de nossas cidades.

## Referências Bibliográficas

- Abranches, S. H. (1985). **Os despossuídos: Crescimento e pobreza no país dos Milagres**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed.
- Agenda de Notícias da Polícia Federal** (2012, 11 de fevereiro). Policiais presos por chacina. Recuperado em 15 de mar. 2012: <http://www.dpf.gov.br/agencia/pf-na-midia/jornal/2012/fevereiro/policiais-presos-por-chacina>
- Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- Amarante, P. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.26-34, 2001.
- Aranha, V. (1996). Os albergues dos migrantes no interior do estado de São Paulo: programas de ação social ou políticas de circulação de população? **Travessia: Revista do Migrante**, Ano IX, 25, 25-29.
- Aranes, A. A. (2000). **O espaço da diferença**. Campinas: Papirus.
- Ariès, P. (1991). Por uma história da vida privada. In: R. Chartier (Ed.). (1991). **História da vida Privada (Vol. 3): da Renascença ao Século das Luzes** (pp. 7-20). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Artières, P. (2004). Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: Gros, F. (Org.). (2004). **Foucault: a coragem da verdade** (pp. 15-37). São Paulo: Parábola Editorial.
- Barry, A.; Osborne, T. & Rose, N. (eds.) **Foucault and political reason**. Chicago: The University of Chicago Press, 1996.
- Basaglia, F. (1985). **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal.
- Bastos, C.M. et al. **Pastoral do povo de rua: vida e missão**. São Paulo: Loyola, 2003.
- Blog Apropriação da Luz**. (2012, 14 de fevereiro). Sociedade civil divulga carta-manifesto contra ação na Cracolândia. Recuperado em 15 de março de 2012: <http://apropriacaodaluz.blogspot.com.br/2012/02/sociedade-civil-divulga-carta-manifesto.html>
- Borysow, I. C.; Furtado, J. P. (2013). Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 (1), 33-50.

- Botti, N. C. L.; Castro, C. G.; Ferreira, M.; Silva, A. K.; Oliveira, L. C.; Castro, A. C. H. O. A.; Fonseca, L. L. K. (2009). Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, 1( 2), 162-176.
- Bourdieu, P. (Coord.). (1997). **A miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brito, M. M. M. (2006). A Abordagem e a Clínica no Atendimento aos Moradores de Rua Portadores de Sofrimento Psíquico. **Psicologia Ciência e Profissão**, 26 (2), 320-327.
- Bursztyn, M. (2000a). Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: M. Bursztyn. **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. (pp. 27-55). Rio de Janeiro: Garamond.
- Bursztyn, M. (2000b). Vira-mundos e “rola-bostas”. In: M. Bursztyn. **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. (pp. 230-256). Rio de Janeiro: Garamond.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1), 163-177.
- Campos, G. W. S. (1992). **Reforma da Reforma, repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2003). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec.
- Caprara, A., & Landin, L. P. (2008). Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em Saúde. **Interface**, 12(25), p. 363-376.
- Carneiro Jr. N.; Andrade, M. C.; Luppi, C. G. (2006). Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social. **Saúde e Sociedade**, 15(3), 30-39, setembro.
- Carneiro Jr. M.; Jesus, C. H.; Crevelim, M. (2010). A. Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, 19(3), 709-716.
- Carneiro Junior, N.; Nogueira, E. A.; Lanferini, G. M.; Ali, D. A. & Martinelli, M. (1998). Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, 7 (2), 47-62.
- Castel, R. (1978). **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal.

- Castel, R. (1993). Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: A. Lancetti. (Org.). (1993). **SaúdeLoucura 4** (pp. 21-48). São Paulo: HUCITEC.
- Castel, R. (2008). As armadilhas da exclusão. In: L. Bógus, Wanderley, M. B., & Yasbek, M. A. **Desigualdade e a questão social** (pp. 15-48). São Paulo: EDUC.
- Castel, R. (2009). **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Rio de Janeiro: Vozes.
- Castro, E. (2009). **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos, e autores**. Belo Horizonte: Autêntica.
- Cecílio, L. C. O. (2012). Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 21 (2), 280-289.
- Chartier, R. (1991). Figuras da modernidade: Introdução. In R. Chartier (Ed.) (1991), **História da vida privada: do Renascimento ao Século das Luzes** (Vol. 3, pp. 7-20). Sao Paulo: Companhia das Letras.
- Clifford, J.; Marcus, G. (1986). **Writing culture: the poetics and politics of ethnography**. Berkeley: University of California Press.
- Cooper, H.; Arber, S.; Fee, I.; Ginn, J. (1999) **The Influence of Social Support and Social Capital on Health**. London: Health Education Authority.
- Costa, A. P. M. (2005). População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, 4, dez.
- Dalmolin; B. M.; Lopes, S. M. B.; Vasconcelos. (2002). A construção metodológica do campo: etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. **Saúde e Sociedade**, 11 (2), 19-34.
- Dalmolin, B. M.; Vasconcelos, M. P. (2008). Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Revista de Saúde Pública**, 42(1), 49-54.
- De Leonardis, O. (1998). “Estatuto y figuras de la peligrosidad social. Entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. **Revista de Ciencias Penales**, 4, Montevideo, 429-449.
- Decreto nº 40.232 (2001, 2 de janeiro). **Regulamenta a Lei nº 12.316, de 16 de abril de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade do Poder Público Municipal a prestar atendimento à população de rua da Cidade de São Paulo, e dá outras providências**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo.
- Deleuze, Gilles. (2005). **Foucault**. São Paulo: Editora Brasiliense.

- Diário Oficial de São Paulo** (2009, 30 de janeiro). UBS Boraceia atende população que vive na rua na região Central. Recuperado em 27 set. 2009: [http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/doflash/prototipo/2009/Janeiro/30/cidade/pdf/pg\\_0001.pdf](http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/doflash/prototipo/2009/Janeiro/30/cidade/pdf/pg_0001.pdf)
- Duby, G. (2009). Prefácio. In: P. Veyne. (Org.). (2009). **História da vida privada: do Império Romano ao ano mil** (Vol. 1). São Paulo: Companhia das Letras.
- Escorel, S. (2000). **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ferraz, F. C. (2000a). **Andarilhos da imaginação: um estudo sobre loucos de rua**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferraz, F. C. (2000b). O louco de rua visto através da literatura. **Psicol. USP**, 11 (2), São Paulo.
- Ferreira, F. P. M.; Machado, S. C. C. (2007). Vidas privadas em espaços públicos: Os moradores de rua em Belo Horizonte. **Serviço Social e Sociedade**, 90, 1-20.
- Folha de São Paulo**. (2009, 02 de julho). Kassab quer que cracolândia seja bairro mais povoado de SP. Recuperado em 12 nov. 2009: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u589541.shtml>
- Folha de São Paulo**. (2010, 28 de agosto). Justiça suspende derrubada de prédios na Cracolândia. Recuperada em 21 nov. 2010: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/790396-justica-suspende-derrubada-de-predios-na-cracolandia-em-sao-paulo.shtml>
- Folha de São Paulo**. (2010, 14 de setembro). Obra parada da Nova Luz, em SP, vira abrigo para centenas de usuários de crack. Recuperada em 30 nov. 2010: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/798513-obra-parada-da-nova-luz-em-sp-vira-abrigo-para-centenas-de-usuarios-de-crack.shtml>
- Folha de São Paulo**. (2010, 16 de setembro). Obra em área da cracolândia, em SP, é cercada para evitar usuários de drogas. Recuperado em 30 nov. 2010: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/799656-obra-em-area-da-cracolandia-em-sp-e-cercada-para-evitar-usuarios-de-drogas.shtml>.
- Folha de São Paulo**. (2013, 31 de janeiro). Internação à força de dependentes é 'falsa polêmica', afirma ministra. Recuperado em 08 de fev. 2013: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1223295-internacao-a-forca-de-dependentes-e-falsa-polemica-afirma-ministra.shtml>
- Fonseca, M. A. (2002). **Michel Foucault e o Direito**. São Paulo: Max Limonad.

- Foucault, M. (1979). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1984a). Foucault. In: M. B. Motta. (org.). (2004). **Michel Foucault: ditos e escritos V (Ética, Sexualidade, Política)** (pp. 234-239). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1984b). A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: M. B. Motta. (org.). (2004). **Michel Foucault: ditos e escritos V (Ética, Sexualidade, Política)** (pp. 264-287). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1987). **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1988). **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1996). **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola.
- Foucault, M. (1999). **Em defesa da sociedade**. Curso do Collège de France (1975-196-76). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2000). **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2003). **Ditos e escritos**. Ética, estratégia, poder-saber. (Vol. IV). In: M. B. da Motta (Org.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- Foucault, M. (2006). **O poder psiquiátrico**. Curso do Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008a). **Segurança, Território e População**. Curso do Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008b). **O Nascimento da Biopolítica**. Curso do Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes.
- Franco, T. B.; Magalhães Júnior, H. M. (2007). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: E. E. Merhy et al. (2007). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano** (pp. 55-124) Saúde em Debate 155, São Paulo: Hucitec.
- Franco, T. B.; Merhy, E. E. (2007). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado á mudança do modelo tecnoassistencial. In: E. E. Merhy et al. (2007). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano** (pp. 125-134). Saúde em Debate 155, São Paulo: Hucitec.
- FUNAI - Fundação Nacional do Índio**. Recuperado em 04 mar. 2012: <http://www.funai.gov.br/>.
- Giorgetti, C. (2006). **Moradores de rua: uma questão social?** São Paulo: EDUC.

- Gomes, R. C. M. (2003). Uma clínica diferente: uma clínica dá rua. In: W. C. A. Jacques (Org.). **Histórias e memória da Psicologia: trabalhos premiados no concurso comemorativo dos 40 anos da regulamentação da profissão do psicólogo no Brasil**. Porto Alegre: CRP- 7ª Região.
- Gonçalves Filho, J. M. (1998). Humilhação social - um problema político em psicologia. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, 9(2).
- Guelman, L. (2000). O missionário saltimbanco. **Revista de História da Biblioteca Nacional**. Rio de Janeiro: ano 6 (63), dez., 28-30.
- Guimarães, A. P. (1981). **Quatro séculos de latifúndio**. Rio de Janeiro: Paz e Terra,.
- Guirardi, M. I. G., Lopes, S. R., Barros, D. D., & Galvani, D. (2005). Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. **Interface**, 9(18), 601-610.
- Hacking, I. (2001). **La construcción social de que?** Barcelona: Paidós Ibérica.
- Hartz, Z. M. A.; Contandriopoulos, A. P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (sup. 2), S331-S336.
- Hirse, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. saúde coletiva* vol.14 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009
- Ibañez, T. (2005). **Contra la dominación: variaciones sobre la salvaje exigencia de libertad que brota del relativismo y de las consonancias entre Castoriadis, Foucault, Rorty e Serres** (Cap. 2: Argumentos relativistas, pp. 41-84). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Iñiguez, L. (2003). La Psicologia Social en la encrucijada postconstruccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. XII Encontro nacional da ABRAPSO: Estratégias de invenção – a Psicologia Social no contemporâneo (Conferência de abertura). In: **Anais do XII Encontro Nacional da ABRAPSO**. Porto Alegre: ABRAPSO.
- Ivo, A. B. L. (2008). **Viver por um fio: pobreza e política social**. Sao Paulo: Annablume Salvador: CRH/UFBA.
- Kuschnir, R.; Chorny, A. (2012). H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (5), 2307-2316.
- Lancetti, A. (2009). Clínica Peripatética. (Saúde Loucura, 20; Série Políticas do desejo, 1). São Paulo: Hucitec.

- Lancetti, A. (2011, 4 de julho). A droga da mídia. **Revista Brasileiros**, 47. Recuperado em 10 jul. 2011: <http://www.revistabrasileiros.com.br/2011/07/04/a-droga-da-midia/>
- Latour, B. & Woolgar, S. (1997). **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Latour, B. (1994). **Jamais fomos modernos: ensaio de Antropologia Simétrica**. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Lei nº 11.258 de 30 de dezembro de 2005. **Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua**. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lessa, C. (2000). Prefácio: Os ovos da serpente. In: M. Bursztyn. (Org) (2000). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lisboa, M. S. (2008). **“Diverso do que é”: negociações sobre o diagnóstico de “doença mental” em conversações intra-familiares**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- López, D.; Domènech, M. (2008). On inscriptions and ex-inscriptions: the production of immediacy in a home telecare service. **Environment and Planning D: Society and Space**, 26, 663-675.
- Lovisi, G. M.; Lima, L. A.; Morgado, A. F. (2001). População de rua e os transtornos mentais maiores: revisão de aspectos relevantes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, 5 (6), 149-160.
- Ludemir, A. B.; Melo Filho, D. A. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 36 (2), 213-221.
- Magnani, J. G. C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 17 (49), 11-29.
- Marton, S. (2007). Novas líras para novas canções: reflexões sobre a linguagem em Nietzsche. **Ide**, São Paulo, 30(44), 32-39.
- Matias, H. D. (2008). **Identidade, espaço e tempo: negociações de sentido sobre a “gente de rua”**. Dissertação de Mestrado em Psicologia: Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte..

- Mattos, R. M., & Ferreira, R. F. (2004). Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**; 16(2), 47-58.
- Meta Instituto de Pesquisa de Opinião; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. (2008). **Sumário Executivo Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Minayo M. C.; D'Elia, J. C. & Svitone, E. (1990). **Programa Agentes de Saúde do Ceará**. Fortaleza: Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF.
- Ministério da Saúde. (2004). **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2008). **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2011). **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. (2012). **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. (2008). **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids: Comunidades Populares** (Série Manuais nº 83). Brasília-DF: Programa Nacional de DST e Aids.
- Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. (2008). **Programa Nacional de DST e Aids: Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids - Comunidades Populares**. Série Manuais, nº 83. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão & Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2011). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. IBGE: Rio de Janeiro.
- Mol, A. (1999). Política ontológica: algumas idéias e várias perguntas. In: J. A. Nunes; R. Roque (Orgs). (2007/no prelo). **Objetos impuros: experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento.
- Morse, G. (1992). Causes of homelessness. In: M. J. Robertson; M. Greenblatt. (Orgs.). **Homelessness: a National Perspective**. Collection: Topics of Social Psychiatry. New York, London: Plenum Press.

- Nascimento, E. P. (2000). Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: M. Bursztyrn (Org). (2000). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores.** (pp. 56-87). Rio de Janeiro: Garamond.
- Nietzsche, F. (1893/1999). **Os pensadores** (Sobre verdade e mentira no sentido extramoral). São Paulo: Nova Cultural.
- Nogueira, R. (2003). A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. **Interface**, 7(12), p. 185-190.
- Núcleo de Estudos da Violência -USP/Comissão Teotônio Vilela. **Relatório Americas Watch - Violência Rural no Brasil.** São Paulo.1991.
- Núcleo de Estudos da Violência. (1991). **Relatório Americas Watch - Violência Rural no Brasil.** São Paulo: USP/Comissão Teotônio Vilela.
- O Estado de São Paulo.** (2013, 11 de janeiro). SP buscará reinserção social de dependentes químicos. Recuperada em 19 jan. 2013: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,sp-buscara-reinsercao-social-de-dependentes-quimicos,983268,0.htm> SP buscará reinserção social de dependentes químicos
- Organização Panamericana da Saúde [OPAS]. (1992). **Declaração de Santa Fé de Bogotá.** Washington, D.C.: OPAS.
- Organização Panamericana da Saúde [OPAS]. (2009). **Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária de Saúde.** Washington, D.C.: OPAS.
- Pagot, A. M. (2012). **O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua.** Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paugam, S. (2003). **Desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza.** São Paulo: EDUC/Cortez.
- Paugam, S. (2004). Que sentido dar à exclusão? In: M. P. B. Vêras. (Org.). (2004). **Hexápolis: desigualdades e rupturas sociais em metrópoles contemporâneas: São Paulo, Paris, Nova York, Varsóvia, Abidjan, Antananarivo** (pp. 15-26). São Paulo: EDUC.
- Pereira, M. P. B.; Barcellos, C. (2006). O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2 (2), jun, 47-59.
- Perrot, M. (1991). A família triunfante. In: M. Perrot (Ed.). **História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra** (Vol. 4, pp. 93-104). São Paulo: Companhia das Letras.

- Pochmann, M.; Barbosa, A.; Campos, A.; Amorin, R. & Aldrin, R. (Orgs.). (2004). **Atlas da exclusão social** (Vol. 4: A exclusão no mundo). São Paulo: Cortez.
- Portal da Psiquiatria** (2011, 26 de maio). Entidades médicas criticam falta de tratamento adequado durante o 2º ClasSaúde. Recuperada em: 21 mar. 2013: <http://www.abp.org.br/portal/archive/1899>
- Portal G1.** (2010, 24 de abril). Psiquiatra afirma sofrer pressão para internar menores da Cracolândia. Recuperado em 30 jun. 2010: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2010/04/psiquiatra-afirma-sofrer-pressao-para-internar-menores-da-cracolandia.html>
- Portal G1.** (2011, 10 de julho). Operação tira 57 moradores de rua da Zona Sul. Recuperado em 15 set. 2011: <http://oglobo.globo.com/rio/operacao-tira-57-moradores-de-rua-da-zona-sul-2717560>.
- Prefeitura Municipal de São Paulo; Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. (2003). **Relatório técnico: Estimativa do número de pessoas em situação de rua da cidade de São Paulo em 2003**. São Paulo: FIPE.
- Prefeitura Municipal de São Paulo. (2008, 3 de abril). **Prefeitura inaugura AMA que prestará atendimento psiquiátrico a moradores de rua**. Recuperado em 25 set. 2008: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a\\_cidade/noticias/index.php?p=22704](http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=22704)
- Proust, A. (1992). Fronteiras e espaços do privado. In A. Proust; G. Vincent (Orgs.). **História da vida privada: da Primeira Guerra a nossos dias (Vol. 5, pp. 13-154)**. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Rabinow, P.; Rose, N. (2006). O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho - Revista de Ciências Sociais**, 24, 27-57.
- Rede Brasil Atual.** (2010, 24 de abril). Moradores de rua de São Paulo acusam violência e higienismo da prefeitura. Recuperado em 18 ago. 2010.: <http://www.redebrasilatual.com.br/temas/cidadania/2011/08/moradores-de-rua-de-sp-acusam-violencia-e-higienismo-da-prefeitura/?searchterm=Moradores%20de%20rua%20higienismo>
- Reis Junior, A. G. (2011). **Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.
- Rocha, S. (2003). **Pobreza no Brasil: afinal do que se trata?** Rio de Janeiro: FGV.
- Rosa. C. M. M. (2005). **Vidas de rua**. São Paulo: HUCITEC.

- Rosa, A. S., Cavicchioli, M. G. S.; Bretãs, A. C. P. (2005). O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 13, 576-582.
- Rose, N. (1986). Psychiatry: the discipline of mental health In: P. Miller & N. Rose. (1986). **The Power of Psychiatry** (pp. 43-84). Cambridge, Oxford, New York: BasilBlackwell Ltd.
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. **Bio societies**. Londres, 1, 465-484.
- Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In: F. Nicácio (Org.). (2011). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F; De Leonardis, O; Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos “países avançados”. In: F. Nicácio, F. (Org.). (2011). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec.
- Sadigursky, D.; Tavares, J. L. (1998). Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, 6 (2), 23-27.
- Schor, S. M.; Vieira, M. A. C. (2009). **Principais resultados do censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo**. São Paulo: FIPE
- Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República [SEDH/PR]. (2009). **Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua**. Brasília: SEDH/PR.
- Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. (2010). **Programa Nacional de Direitos Humanos [PNDH-3]**. Brasília, DF: SEDH/PR.
- Sen, A. K. (2007). **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sennett, R. (1999). **O Declínio do Homem Público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Serra, C. G.; Rodrigues, P. H. A. (2010). Avaliação de referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 3), 3579-3586.
- Shinn, M. & Weitzman, B. C. (1990). Research on Homelessness: an introduction. **Journal of Social Issues**, 46(4), 1-11.

- Silva, J. A. (2001). **O agente comunitário de saúde do Projero Qualis: Agente Institucional ou Agente de Comunidade?** Tese de Doutorado em Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Silva, J. M. B. S. (2012). A gestão do fluxo assistencial regulado no sistema único de saúde. Recuperado em 12 dez. 2012: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24560&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24560&janela=2)
- Silva, S. F. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (6): 2753-2762.
- Siqueira-Batista, R.; Schramm, F. R. (2005). A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1), 129-142.
- Souza, E. S.; Silva, S. R. V.; Caricari, A. M. (2007). Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. **Rev Esc Enferm USP**, 41(Esp), 810-814.
- Snow, D.; Anderson, L. (1992). **Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua**. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Spink, M. J. (2007). Sobre a promoção da saúde: tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: A. M. Jacó-Vilela; L. Sato. (Orgs.). (2007). **Diálogos em Psicologia Social** (pp. 345- 360). Porto Alegre, RS: Evangraf.
- Spink, M. J.; Frezza, R. M. (2000). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: M. J. Spink (Org.). (2000). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas** (pp. 17-40). São Paulo: Cortez Editora.
- Spink, P. (2005). A administração cotidiana e a heterogeneidade da pobreza. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, 47, 5-20.
- Sposati, A. (1995). **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**. São Paulo: Cortez.
- Telles, V. S. (1994). Pobreza, movimentos sociais e cultura política: notas sobre as (difíceis) relações entre pobreza, direitos e democracia. In: E. Diniz, J. S. L. Lopes, & R. Prandi (1994). **O Brasil no rastro da crise: partidos, sindicatos, movimentos sociais, Estado e cidadania no curso dos anos 90** (pp. 225-243). São Paulo: HUCITEC.

- Tirado, F. & Domènech, M. (2001). Extituciones del poder y sus anatomías. **Política y Sociedad**, 36, Madrid, 191-204.
- Tirado, F. J. & Mora, M. (2004). **Cyborgs y extituciones: nuevas formas para lo social**. México: Universidad de Guadalajara.
- Valladares, L. do P. (1991). "Cem anos pensando a pobreza (urbana) no Brasil". In: Boschi, R. R. (org). **Corporativismo e desigualdade – A construção do espaço público no Brasil**. Rio de Janeiro: Iuperj/Rio Fundo.
- Varanda, W., & Adorno, R. C. F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, 13(1), 56-69.
- Vecchia, M. D.; Martins, S. T. F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface: comunicação, saúde e educação**. 13 (28), jan./mar., 151-164.
- Véras, M. B. (1999). Notas ainda preliminares sobre a exclusão social: um problema brasileiro de 500 anos. In: M. B. Véras. (Org.). (1999). **Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam**. São Paulo: EDUC.
- Viana, A. L. D.; Dal Poz, M. R. (1998). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, 8(2), 11-48.
- Vieira, M. A. C., Bezerra, E. M. R., & Rosa, C. M. M. (Orgs). (1994). **População de rua: quem é, como vive e como é vista**. São Paulo: HUCITEC.
- Vitores, A. (2002). From hospital to community: case management and the virtualization of institutions. **Athenea Digital**, 1 (primavera), 1-6.
- Wacquant, L. (2008). **As duas faces do gueto**. Sao Paulo: Boitempo.
- Werthein, J. & Noletto, M. J. (2003). A Unesco e o compromisso com o desenvolvimento e o combate à pobreza. In: M. J. Noletto; J. Werthein. (Orgs). (2003). **Pobreza e desigualdade no Brasil** (pp. 17-26). Brasília: UNESCO.
- Werthein, J. (2003). Apresentação. In: M. J. Noletto; J. Werthein. (Orgs). (2003). **Pobreza e desigualdade no Brasil** (pp. 11-13). Brasília: UNESCO.

## Anexo I – Termo de Consentimento Informado

**Título do estudo: “Redes de Sobrevivência, cuidado ou exclusão acionadas por pessoas em situação de rua: estratégias de governamentalidade no campo da Saúde e Assistência Social”<sup>25</sup>**

Este é um convite para participar de minha pesquisa de doutorado, que tem como objetivo investigar as relações dos Serviços de Saúde (por exemplo, os Postos de Saúde) e da Assistência Social (por exemplo, os albergues) com as pessoas em situação de rua. A pesquisa busca analisar os modos como esses serviços estão acolhendo e cuidando de pessoas em situação de rua que estão sofrendo psicologicamente. Caso aceite o convite para participar da pesquisa, te acompanharei em alguns momentos do seu dia-a-dia, para que juntos possamos pensar os modos como as pessoas em situação de rua buscam recursos familiares, sociais e institucionais de acordo com suas necessidades.

As conversas cotidianas serão registradas em meu diário de campo e as entrevistas serão gravadas em áudio (com uso de gravador). Me comprometo a não divulgar sua voz ou revelar dados que permitam sua identificação e que possam ocasionar prejuízos de qualquer natureza.

Sua participação é totalmente voluntária. Durante a realização das entrevistas, você pode interrompê-las no momento em que desejar sem em nada ser prejudicado(a) em seus atendimentos nas UBS ou em quaisquer outros serviços de saúde que possa precisar ser atendido(a), assim como em todos as instituições da Assistência Social, por exemplo em albergues. Essa pesquisa não representa riscos a você, mas pode ser que você sinta algum desconforto psicológico (pode acontecer, por exemplo, que algum assunto delicado de sua vida apareça em nossas conversas e que seja difícil lidar com ele). Nesse caso, você pode conversar comigo para que juntos possamos tratar com mais profundidade quaisquer assuntos que tragam alguma dificuldade ou incômodo. Caso avaliemos a necessidade de um cuidado mais intenso a esse desconforto, me comprometo a encaminhá-lo aos serviços da rede de saúde pública que prestam atendimento psicológico.

Em caso de quaisquer dúvidas, posso te esclarecer a qualquer momento sobre os procedimentos e os objetivos da pesquisa. Por favor, entre em contato comigo nos telefones 3864-3489 e 9780-1222 ou no e-mail: milenalisboa@gmail.com. Caso queira denunciar problemas quanto a questões éticas ou tirar dúvidas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde no telefone 3397-2464 ou pelo e-mail: smscep@gmail.com

Caso concorde em participar do estudo e cooperar com a pesquisadora, por favor, assine abaixo:

---

<sup>25</sup> Este é o título inicialmente proposto no projeto de pesquisa e submetido aos Comitês de Ética da PUC-SP e da SMS. Apesar da mudança no título ao final da tese, todo o desenho metodológico manteve-se inalterado (incluindo todos os procedimentos metodológicos e cuidados éticos).

Participante:

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_.

Assinatura:

Pesquisadora: Milena Silva Lisboa

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_.

Assinatura: