



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE
E CULTURA NA AMAZÔNIA**



**“SE ESSA RUA FOSSE MINHA...”
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS *LOUCOS* EM SITUAÇÃO DE RUA NA
CAPITAL AMAZONENSE.**

**MANAUS – AM
2018**

LUCIANA DIEDERICH NUNES PESSÔA

**“SE ESSA RUA FOSSE MINHA...”
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS *LOUCOS* EM SITUAÇÃO DE RUA NA
CAPITAL AMAZONENSE.**

**MANAUS
2018**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Pessôa, Luciana Diederich Nunes

P475" "Se essa rua fosse minha..." : Políticas Públicas para os loucos em situação de rua na capital amazonense. / Luciana Diederich Nunes Pessôa. 2018

97 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Renan Albuquerque Rodrigues

Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Políticas públicas. 3. Saúde mental. 4. Reforma Psiquiátrica. I. Rodrigues, Renan Albuquerque

II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas”.

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

Nise da Silveira

Agradecimentos

Tenho muito a agradecer,

Sou a carioca mais amazonense que alguém pode conhecer, há vinte e cinco anos em Manaus, fiz deste lugar minha morada, meu lugar de existência. Isso devo as minhas escolhas, mas também a Deus por ter colocado em meu caminho opções valiosas que fizeram de mim ser o que sou hoje.

Minha mãe Maria Lúcia, que mesmo de longe, é minha constante companheira.

Meu pai de quem herdei as loucuras e devaneios na escrita.

Meu esposo Carlos Magno com seu espírito de cuidador cuida de todos nós em casa.

Meus filhos Luan e Thamires razão das lutas travadas, e que possa servir de modelo positivo.

Meus familiares, tias Ruth e Silvinha, e irmã Adriana que tenho certeza estarem orgulhosas de mim.

Ao meu orientador Renan Albuquerque, pela compreensão diante das minhas falhas e fraquezas.

À Adriana Rosmaninho, uma querida, que em todas nossas conversas me ensina o que é saúde mental, e que o cuidar é sempre mais do que penso.

Às amigas do mestrado, que mostram cotidianamente o valor dos laços sociais.

Aos amigos Rosimary Lourenço, Raphael Moura e Andreza Vidinha, estes verdadeiros companheiros, amigos antigos e mais novos, que me apoiaram nos estudos desde a seleção do mestrado até a conclusão, e não foi fácil me aguentar.

E principalmente, aos loucos, das ruas, dos manicômios, das casas, ou por onde estiverem, que tornaram minha vida mais interessante, sem vocês não teria a menor graça.

Ser grato as pessoas é reconhecer o efeito positivo que elas exercem sobre nós, mas também contar com elas como apoio social. Hoje ao fazer esta breve retrospectiva destes anos de Mestrado, realmente gratidão é a palavra de ordem, mas também, me sinto renovada para continuar estudando e lutando pelo o que acredito...

Luciana Diederich Nunes Pessôa

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 01 – Moradias entorno da Feira Manaus Moderna | 51 |
| Figura 02 – Praça da Igreja dos Remédios | 54 |
| Figura 03 – Calçada do Porto de Manaus, Centro da cidade | 56 |
| Figura 04 – Praça da Igreja da Matriz | 61 |
| Figura 05 – Ponte Caco Caminha, bairro São Raimundo | 63 |
| Figura 06 – Mulher banhando-se no Rio ao lado do Mercado Adolfo Lisboa | 66 |
| Figura 07 – Homem caminhando pela orla do Porto de Manaus | 69 |
| Figura 08 – Seguindo caminhando pela orla do Porto de Manaus | 85 |
| Figura 09 – O cárcere privado | 86 |

RESUMO

Foi nossa perspectiva i) conjecturar sobre políticas nacionais voltadas para pessoas em situação de rua na capital amazonense, especificamente, ii) traçando panoramas da rede de atenção psicossocial do Estado e da capital, iii) discorrendo sobre a mudança de modelo assistencial em saúde mental, iv) apresentando narrativas ficcionais sobre os loucos em situação de rua na capital amazonense, como subsídios para as reflexões e v) estabelecendo conexões com outras possibilidades de cuidado. A abordagem segue preceitos teóricos como o de Soriano (2004), em que o método resulta da teoria. Daí sua estreita relação com ela. Nesse sentido, a teoria indica o objeto de estudo que possui determinadas características e deve ser abordado de determinada maneira. Desta forma, na construção e análise de dados pretendemos seguir o método sociohistórico (KINOSHITA, 2016), no qual o autor apresenta visão reflexiva acerca da realidade na saúde mental. Dialogamos igualmente com Pagot (2012), que realizou estudo sobre o tema em questão e refletiu sobre a discriminação dispensada ao segmento populacional, que parte de todo um contexto político, econômico e social. Porquanto, ressaltamos a tentativa realizada de indicar destaque a algumas variáveis, tais como: i) especificidades regionais, ii) entraves da aplicabilidade da política nacional e iii) necessidade de ampliação da rede de atenção psicossocial. Nossa análise considerou especificidades históricas de fenômenos, os quais fossem dotados de informações pertinentes a se conectarem com a realidade local. A tarefa se deu com base em narrativas ficcionais que conduziram categorias as quais entendemos terem sido relevantes para formulação no contexto dos resultados e discussões apresentados nesta pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas em situação de rua; Políticas públicas; Saúde mental.

ABSTRACT

It was our perspective i) to conjecture about national policies aimed at street people in the Amazonian capital, specifically, ii) mapping the state and capital psychosocial care network, iii) discussing the change in the mental health care model, iv) presenting fictional narratives about the street crazy in the Amazonian capital, as subsidies for reflections, and v) establishing connections with other possibilities of care. The approach follows theoretical precepts such as that of Soriano (2004), in which the method results from the theory. Hence his close relationship with her. In this sense, the theory indicates the object of study that has certain characteristics and must be approached in a certain way. Thus, in the construction and analysis of data we intend to follow the sociohistorical method (KINOSHITA, 2016), in which the author presents reflective vision about the reality in health mental. We also discussed with Pagot (2012), who carried out a study on the subject in question and reflected on the discrimination given to the population segment, which starts from a whole political, economic and social context. Because we emphasize the attempt made to highlight some variables, such as: i) regional specificities, ii) obstacles to the applicability of the national policy, and iii) the need to expand the psychosocial care network. Our analysis considered historical specificities of phenomena, which were endowed with pertinent information to connect with the local reality. The task was based on fictional narratives that led to categories that we believe were relevant for formulation in the context of the results and discussions presented in this research.

KEY WORDS: Street people; Public policy; Mental health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO I

| | |
|--|----|
| 1. Do Manicômio às Ruas: mudança nos modelos assistenciais..... | 22 |
| 1.1. Construção da herança chamada loucura..... | 22 |
| 1.2. A Nau dos insensatos no Brasil..... | 25 |
| 1.3. Rede de Atenção Psicossocial: novos saberes e novas práticas..... | 29 |
| 1.4. Amazonas e suas especificidades..... | 34 |

CAPÍTULO II

| | |
|---|----|
| 2. Aspectos histórico-estruturais da constituição do fenômeno da população em situação de rua no município de Manaus..... | 49 |
| 2.1. Contexto socioeconômico do estado do Amazonas e população em situação de rua..... | 52 |
| 2.2. Dados sobre PSR na Região Norte..... | 56 |
| 2.3. Políticas Públicas para as pessoas em situação de rua..... | 57 |

CAPÍTULO III

| | |
|--|----|
| 3. Encontros e desencontros: narrativas ficcionais sobre os loucos em situação de rua na capital amazonense..... | 70 |
| 3.1. A nua insana das ruas..... | 72 |
| 3.2. A menina-mulher-guerreira..... | 73 |
| 3.3. A noiva de Jesus..... | 74 |
| 3.4. A louca “varrida”..... | 76 |
| 3.5. A sem vez e voz..... | 77 |
| 3.6. Marcada pelo estigma da loucura..... | 78 |
| 3.7. O encarcerado..... | 79 |
| 3.8. A selvagem..... | 80 |
| 3.9. O “incorrigível”..... | 81 |
| 3.10. A travesti..... | 82 |
| 3.11. Novas possibilidades..... | 83 |

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

APRESENTAÇÃO

Após 15 anos de atuação dentro dos muros de um Centro Psiquiátrico na cidade de Manaus e atualmente coordenando ações de saúde mental, álcool e outras drogas do Estado do Amazonas, questionamentos sempre se fizeram presentes no sentido da garantia dos direitos humanos daqueles que têm suas vidas interrompidas pelos estigmas da loucura, seja dentro ou fora das instituições.

A existência de políticas públicas voltadas as pessoas com transtornos mentais e para as pessoas em situação de rua não necessariamente fazem com que sejam exequíveis. Talvez a ausência de seu desenvolvimento ocorra por diversos fatores, mas acerca de um podemos afirmar: que cada um tem seu tempo, seu tempo de incorporar novos valores e conceitos a respeito do “louco” e da “loucura”.

Com a Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre proteção e direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, novos caminhos foram traçados para o acompanhamento de pessoas que agora têm a seu favor ao menos a garantia de viver em sociedade, fora dos muros dos manicômios. Entretanto, empiricamente tem se observado em um crescente a quantidade de pessoas com transtorno mental vagando pelas ruas da capital amazonense.

A partir deste entendimento, o tema vai ao encontro da realidade local que apresenta em suas ruas os “loucos” vagando, a princípio sem os cuidados de um núcleo familiar e de serviços destinados para essa finalidade. Assim sendo, estar na rua como escolha ou única alternativa é um fenômeno que nos intriga e inquieta, sendo notório que o Estado do Amazonas não tem sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) fortalecida por conta da quantidade ínfima de serviços substitutivos que deveriam ofertar uma nova linha de cuidado, sem ser o do isolamento social. Assim, o estar na rua para o “louco” pode ser resultado de

inúmeras variáveis que corroboram para que encontrem exatamente no não-lugar, a rua, o sentido de pertencimento.

Atualmente, existe uma definição que o Estado brasileiro adota para as pessoas que vivem, permanentemente ou esporadicamente, na rua. Em definição instituída pela política nacional para a população em situação de rua, por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, passou-se a considerar este segmento como sendo o “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”.

Segundo pesquisa nacional de 2008, pessoas vivendo em situação de rua representam um quantitativo aproximado de 31.922 indivíduos, sejam as que moram ou aquelas que permanecem na rua e fazem dela seu próprio território de existência. Sendo uma realidade de grandes metrópoles ou não, dessa maneira considera-se um cenário propício às ações e/ou diretrizes que contemplem suas reais necessidades. Diante do exposto, cabe refletir sobre a garantia de direitos deste segmento populacional estabelecidos na política, tendo como referencial preceitos da legislação brasileira. Definimos para tanto objetivo geral e objetivos específicos.

Foi nossa perspectiva i) conjecturar sobre políticas nacionais voltadas para pessoas em situação de rua na capital amazonense, especificamente, ii) traçando panoramas da rede de atenção psicossocial do Estado e da capital, iii) discorrendo sobre a mudança de modelo assistencial em saúde mental, iv) apresentando narrativas ficcionais sobre os loucos em situação de rua na capital amazonense, como subsídios para as reflexões e v) estabelecendo conexões com outras possibilidades de cuidado.

A abordagem segue preceitos teóricos como o de Soriano (2004), em que o método resulta da teoria. Daí sua estreita relação com ela. Nesse sentido, a teoria indica o objeto de estudo que possui determinadas características e deve ser abordado de determinada maneira. Desta forma, na construção e análise de dados pretendemos seguir o método sócio histórico (KINOSHITA, 2016), no qual

o autor apresenta visão reflexiva acerca da realidade na saúde mental. Dialogamos igualmente com Pagot (2012), que realizou estudo sobre o tema em questão e refletiu sobre a discriminação dispensada ao segmento populacional, que parte de todo um contexto político, econômico e social.

Porquanto, ressaltamos a tentativa realizada de indicar destaque a algumas variáveis, tais como: i) especificidades regionais, ii) entraves da aplicabilidade da política nacional e iii) necessidade de ampliação da rede de atenção psicossocial. Nossa análise considerou especificidades históricas de fenômenos, os quais fossem dotados de informações pertinentes a se conectarem com a realidade local. A tarefa se deu com base em narrativas ficcionais que conduziram categorias as quais entendemos terem sido relevantes para formulação no contexto dos resultados e discussões apresentados nesta pesquisa.

A pesquisa teve como base de literatura problemáticas referentes à ideia de sociedade, processo civilizador e desenvolvimento social, que estão interligados, acreditamos nós. Notemos o que segue.

A forma como a sociedade trata membros vulneráveis condiz com o processo civilizador construído intrinsecamente, como é no aspecto relacional. A tradução da sua concepção de conviver em grupo faz com que haja emergência dos valores atribuídos a cada pessoa e conseqüentemente a sua cultura. Ao concebermos civilização como conjunto de valores, costumes, tradições, entre outras dimensões da humanidade, nos deparamos com a noção de que todas as sociedades são civilizadas, o que contradiz o senso comum de que só é civilizada a nação que possui tecnologias.

Elias (2011) ao conceituar o processo civilizador nos apresenta elementos relevantes para a compreensão das relações humanas, como a rede interdependente entre as pessoas de uma sociedade, acerca da qual denomina como “figuração”. São nas figurações que podemos constatar as relações de poder e os papéis desempenhados na composição social da rede entrelaçada de conexões humanas. Entretanto, se avanços tecnológicos podem suscitar o progresso de uma nação, como representam a evolução, em outro cenário também impacta em demais elementos do viver humano. O distanciamento das

relações é um aspecto notório neste contexto e encontra-se presente no ritmo acelerado do sistema societário vigente das grandes capitais.

Nesta linha de raciocínio, nos deparamos com o conceito de saúde, antes considerada “ausência de doenças”, e atualmente concebido como processo que envolve segmentos e variáveis diversas, que considera determinantes sociais como condições preponderantes para riscos e agravos da saúde. Entretanto, se a tecnologia possibilitou descobertas para tratamento e cura de enfermidades que assolavam a humanidade, em boa medida ela ainda não ultrapassou o foco biologizante.

Buss e Pellegrini Filho (2007) afirmam que nas últimas décadas houve interesse científico nas pesquisas sobre as relações entre a organização e o desenvolvimento de uma sociedade e como essa interconexão reflete na situação de saúde da sua população. Os estudos focaram nas iniquidades em saúde, que segundo os autores são evitáveis, injustos e desnecessários. Como barreira a ser ultrapassada, está a relação simplista que tenta se estabelecer de causa e efeito; outra barreira seria à distinção entre determinantes sociais individuais e grupais.

São fatores que colaboram para vulnerabilidades sociais presentes em relações capitalistas e minam o grau de equidade da sua população, que por sua vez baseia-se na distribuição de renda. São estabelecidas relações desiguais no seio da sociedade e estas apontam riscos a determinados indivíduos ou grupos. Não há como negar que pessoas em situação de rua encontram-se expostas a controvérsias e agravos, sendo que determinantes sociais são condizentes a diversos fatores que as “enquadram” em um segmento vulnerável que precisa de especial atenção.

Existem modelos que buscam esquematizar a trama de relações entre esses diversos fatores. Podemos citar dois modelos, apontados por Buss e Pellegrini Filho (2007). Dahlagren e Whitehead, que inclui os determinantes sociais em diferentes camadas; e Diderichsen e Hallqvist, que enfatiza a estratificação social. O primeiro se refere a influências sobre a saúde desde a base do indivíduo, passando pelo comportamento do próprio, pelas redes sociais e comunitárias, pelas condições de vida e de trabalho, e até pelos macro determinantes que seriam as condições socioeconômicas, culturais e ambientais em termos generalistas. Já o segundo modelo esquematiza a possibilidade da

posição social ocupada corresponder à exposição a riscos, ao diferencial de vulnerabilidade e à dicotomia das consequências sociais ou físicas.

Desta forma, podemos situar o segmento populacional, na tentativa de vislumbrar mecanismos de combate a iniquidades de saúde, por meio do fortalecimento de redes de apoio e, sobretudo, da ampliação do capital social, entendido como a cooperação entre duas partes e assim postulado pelos supracitados autores, o que traduz numa coesão promotora da participação social.

Nossa proposta foi estudar a implantação de ações públicas transversais e convergentes, tal como Magalhães, Burlandy e Senna (2007) asseveram, essas pessoas apontam que as desigualdades têm acompanhado a civilização e na modernidade estas deixam de serem naturais e passam a serem questionadas e combatidas. Para estes autores, as políticas públicas podem representar saídas para o caos, mas são nelas próprias que eclodem os entraves, no que diz respeito a se tornarem assistencialistas, corporativistas e ineficientes.

Diniz e Oliveira (2014) *apud* Foucault (1975), justamente nesta forma de controlar a vida das pessoas, trata do que se denomina de genealogia, esta concebida como método para identificar formas de poder. O biopoder e a biopolítica são conceitos utilizados para entender como sociedades passam a operar sobre as formas de vida, decidindo quem vive e quem morre. A biopolítica se refere à própria prática de se governar a toda sociedade; o biopoder tange a técnica que se utiliza com lema de proteção à vida para exercer o poder e o controle. A medicina se utilizou deste poder, se ainda não o faz.

Nesta perspectiva, Magalhães, Burlandy e Senna (2007) nomeiam as dimensões do desenvolvimento comunitário e da participação social nas diferentes arenas decisórias das políticas públicas. Tais são como meio de superação ao caráter paternalista de ações paliativas e efêmeras que não caracterizam a redistribuição do poder. Assim, diante de esforços de desenvolver uma sociedade mais justa e equânime, encontramos serviços, ações e políticas que visam ultrapassar desafios para a implantação, sejam eles evidenciados pelos diálogos entre os protagonistas e/ou pelas divergências dos objetivos.

Dimenstein e Macedo (2012) pontuam um campo privilegiado no desenvolvimento de ao menos uma experiência transformadora: o projeto da

reforma sanitária e psiquiátrica em curso no país, que tem possibilitado novas formas de pensar e fazer saúde, como projeto, processo e movimento social. Essa experiência faz valer, sobretudo, a garantia constitucional do direito universal à saúde, através do reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Numa inversão da lógica sanitária, agora pautada no dinamismo e no protagonismo das ações e serviços municipais, destacamos uma linha de cuidado mais próxima do sujeito, personificada em Estratégias Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF), Centros de Saúde e Unidades Mistas, crescimento das equipes multiprofissionais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), Consultório na Rua (CnRua) e hospitais gerais especializados. São serviços que orientam um processo gradual de construção das estratégias do SUS e ainda que visam promoção, proteção, tratamento e reabilitação do outro, mas que no Amazonas está muito longe de acontecer.

Tendemos a pensar na necessidade de se reinventar práticas que contribuam para tais serviços, associadas ao desenvolvimento de autonomias e independências para usuários; que requerem a reflexão sobre a importância dos mesmos, concomitantemente supondo a alteração dos modos de organização, gestão e subjetivação; que pensam saúde como espaço promotor de subjetividade. Para as pessoas que estão na rua, particularmente surge a proposta do CnRua, que passa a ser o encontro de quem mais precisa dele, não como “messias”, como salvador, mas como agente de um dispositivo de intervenção profissional que possibilita a inclusão de sujeitos invisíveis na sociedade.

Pagot (2012) refere-se às pessoas em situação de rua como sendo aquelas que têm histórias rompidas, segundo contingentes em degradação, do ponto de vista social, subjetivo, clínico e humano. A autora trata da loucura que ronda a cidade. Mas devemos considerar quem nem todos que estão na rua possuem transtornos mentais, embora possam ter algum sofrimento psíquico. Mas, quem não os tem? Cabe neste momento colocar em pauta a transformação desta realidade: a de pessoas expostas a vulnerabilidades favorecedoras de agravos à saúde física e mental.

Transformar tal realidade exige compromisso ético-político contra imposições de contradições sociais materializadas na ideologia predominante das classes capitalistas. Para Sawaia (2014), considerar a transformação é referir-se à atividade (pensar, sentir e agir) de pessoas envolvidas nos processos de subjetivação. Desse modo, transformar o mundo não é só compatível com uma dimensão subjetiva, como é improvável sem esta.

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a política nacional para a população em situação de rua permite se pensar em ações que garantam acesso a saúde, refletindo sobre as condições de vida e existência desses sujeitos e abre janelas para a elaboração de portarias que implantam e subsidiam as equipes dos consultórios na rua. Destacam-se seus princípios, constantes no Art. 5º: respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalizado; e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Introduce no contexto questões pertinentes a condição humana, independentemente de sua classe social ou qualquer outra razão que o torne menos merecedora de condições favoráveis à qualidade de vida.

Desta forma, pensamos ser pertinentes reflexões sobre a reforma psiquiátrica em curso no Brasil, introduzindo novas formas de cuidar, com os ideários da política nacional para a população em situação de rua, respeitando as escolhas de estar na rua, mas também garantindo acessos a serviços e cuidados, e também evidenciando a reversão da lógica de exclusão de pessoas “desviantes” das regras e normas postas pela sociedade para uma nova compreensão da ciência, do cuidar, do viver. Amarante (2013) assevera que a política nacional foi resultado de lutas, como o movimento social iniciado pelos trabalhadores de saúde mental. Estes não suportavam mais o que vivenciavam e fizeram emergir a luta anti-manicomial, por uma sociedade sem clausura. E viver sem manicômios exige novas posturas frente a liberdade que o “louco” possui.

A metodologia de trabalho partiu de Queiroz (1992), que reflete sobre a busca por verdades desde o início da ciência. Estas verdades estariam relacionadas à forma de pensar, onde se procura conclusões independente das

opiniões, tempo e espaço. Atualmente, sabe-se que verdades não são absolutas, porém buscamos respostas para alguns questionamentos que podem conduzir a melhorias na qualidade de vida. Desta forma, para atingirmos os objetivos da pesquisa lançamos mão da natureza qualitativa, por buscar a expressividade dos conteúdos das falas, por insinuar a conectividade das narrativas. Técnicas qualitativas procuram captar a maneira de ser do objeto/grupo pesquisado.

Salientamos o caráter inferencial da pesquisa no que se refere à tentativa de explicar fenômenos relacionados à saúde mental de acordo com a observação empírica. O estudo visou identificar fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos, aprofundando o conhecimento da realidade (KAUARK, MANHÃES E MEDEIROS, 2010). Como se tratou de estudo de campo, o envolvimento da pesquisadora ocorre no sentido de sua prática estar direcionada ao acompanhamento dessas ações, o que também representa interesse profissional.

A pesquisa ocorreu na capital do Amazonas por considerarmos a concentração populacional da região. É onde habita mais da metade das pessoas viventes no Estado; e ainda por considerarmos um grande polo e onde indivíduos procuram serviços nas diversas áreas de conhecimento. O plano de atividades seguiu as seguintes etapas: i) identificação dos serviços/dispositivos que atendem em lócus pessoas com transtorno mentais em situação de rua; ii) levantamento quantitativo de profissionais envolvidos diretamente com a atividades; iii) acompanhamento nas atividades diárias; iv) aplicação do instrumento de pesquisa; v) análise conteudal e inferenciamento categorizado de narrativas.

Optamos pelo registro em diário de campo de modo a subsidiar análises, correlacionando discursos a práticas. O instrumento de pesquisa foi a entrevista, com aportes da vivência contextual, esta baseada na imersão aprofundada no campo. Procuramos verificar valores atribuídos no cuidado com usuários; buscamos descrever práticas, percepções sobre a rede de cuidado, conhecimentos sobre políticas públicas e visões sobre a existência humana. Participantes da pesquisa foram profissionais envolvidos no cuidado em lócus às pessoas com transtornos mentais em situação de rua, sejam fixados nas diversas áreas de conhecimento e diversos segmentos de serviços ou segundo critério de inclusão por interesse e angulação de nosso estudo.

No tocante a práticas discursivas do cotidiano como método de investigação, estas são recorrentes nas discussões acadêmicas das últimas décadas. Não somos apenas “espelhos da realidade”, e isso sobretudo fica patente em nosso estudo sobre pessoas em situação de rua. Somos atores construtores dessas tais realidades, ou seja, compreendemos que o conhecimento é algo que se constrói em conjunto, via relações sociais, linguagens, contextos e, sobretudo, períodos históricos. Estamos a falar, portanto, de uma perspectiva do conhecimento que se assume “relativista”, reconhecendo que o conhecimento não é estanque, pelo contrário, se transforma com o tempo.

Para a pesquisa, optou-se por utilizar uma perspectiva construcionista de produção de conhecimento. Uma investigação construcionista se propõe a explicitar processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem (GERGEN, 1985). Trata-se de uma perspectiva de co-construção de representação da realidade e de produção do conhecimento a partir do tempo presente e das relações face a face. Esses dados foram construídos no formato de narrativas ficcionais. Essas narrativas têm sido utilizadas como mediadoras entre sujeitos e suas percepções vividas no ambiente, sejam elas elaboradas em atendimentos em saúde, rodas de conversa, congressos etc. Elas não são restritas a uma única cidade ou instituição, mas são construídas por meio de diversas “andanças” do cotidiano.

As narrativas ficcionais ocorrem em oposição ao objetivismo científico que, invariavelmente, determina a realidade observada. O propósito das narrativas é justamente inserir o narrador nas múltiplas teias de relações e significações complexas que envolvem o próprio ambiente (REIGOTA, 1999).

[...] para explicitar a relação da teoria com os procedimentos dos quais é efeito e com aqueles que abordam, oferece-se uma ‘possibilidade’: um discurso em histórias. A narrativização das práticas seria uma ‘maneira de fazer’ textual, com seus procedimentos e táticas próprios. A partir de Marx e Freud (para não remontar mais acima), não faltam exemplos autorizados. Foucault declara, aliás, que está escrevendo apenas histórias ou ‘relatos’. Por seu lado, Bourdieu toma relatos como a vanguarda e a referência de seu sistema (CERTEAU, 1994, p. 152-153).

Reigota e Prado (2008) asseveram que uma pesquisa com narrativas ficcionais não deve ter técnicas tradicionais de investigação científica como

questionários e entrevistas, pois é por essência uma prática pedagógica política que dá voz aos sujeitos, permitindo aprender sobre seu próprio ambiente a partir do compartilhamento de percepções. E assim essa pesquisa se baseou nas narrativas ficcionais para conduzir o leitor a reflexão sobre as políticas nacionais voltadas para os loucos em situação de rua, bem como vislumbrar contato com histórias vivenciadas pela autora nos seus dezessete anos de atuação na saúde mental, partindo de histórias reais e acrescentando pontos para discussão, como se fosse “quem conta um conto aumenta um ponto”.

Partindo do pressuposto da experiência em campo, pela prática profissional de dentro do Centro Psiquiátrico do Amazonas, as narrativas apresentadas partiram de histórias vividas e acrescidas de fatos que buscam corroborar nos diálogos em saúde mental e seus desdobramentos. De acordo com Benjamim (2013) é um estilo de escrita científica e que auxilia o pesquisador na tentativa da tradução da realidade vivenciada. No caso da pesquisa em questão, subsidiar as reflexões sobre as problemáticas que permeiam o trabalho exercido dentro da saúde mental.

Numa pesquisa qualitativa, busca-se “captar” os sentidos e significados construídos e socialmente, ou seja, estudar nuances das representações sociais; dos processos interativos, que são por essência, um empreendimento coletivo, no qual ninguém pode “significar” individualmente (SPINK,2014). Deve-se ter em vista então que, significar, do ponto de vista discursivo, é mais do que se referir às coisas ou manifestar intenções. Trata-se de um processo que tem sua origem na ordem do discurso ao conjugar posições enunciativas e história, ambas em constante movimento. E mais, tal movimento resulta da tensão com o diferente, tensão que coloca a linguagem em funcionamento no processo de produção de sentidos. É um processo que envolve, para além das formas de produção de sentidos nas relações sociais imediatas (relações de força de uma dada formação social), os sentidos anteriores, os conflitos existentes e o 'futuro' do processo significativo.

No primeiro capítulo, intitulado do “Manicômio às Ruas: mudança nos modelos assistenciais”, apresentamos a construção da herança chamada loucura, o percurso da loucura no Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial, como via para novos saberes e novas práticas e um pouco do cenário de saúde mental no

Estado do Amazonas. No segundo capítulo, aspectos histórico-estruturais da constituição do fenômeno da população em situação de rua no município de Manaus foram tratados. Procuramos estudar o contexto socioeconômico do Estado do Amazonas e da população em situação de rua, bem como destacamos dados sobre pessoas em situação de rua (PSR) na região Norte. Políticas públicas para as PSR também foram foco. No terceiro capítulo, “Encontros e desencontros: narrativas ficcionais sobre os loucos em situação de rua na capital amazonense”, traz as narrativas ficcionais e as novas possibilidades de cuidado.

Com isso, esperamos contribuir com os diálogos em saúde mental do Estado e da capital amazonense, considerando campo fértil para vidas pulsantes e inquietantes deste vasto Estado.

CAPÍTULO I

Prefiro e como prefiro

Prefiro a Loucura e os Loucos!
A Loucura pelos devaneios reais,
Os Loucos pelas alegrias carnavais.

Prefiro o Sorriso e o choro!
O Sorriso pelas possibilidades de gargalhadas profanas,
O Choro pela sensibilidade insana.

Prefiro a Vida e o Encontro!
A Vida que transcende a existência da alma,
O Encontro revelador do amor que acalma.

Luciana Diederich

1. DO MANICÔMIO ÀS RUAS: MUDANÇA NOS MODELOS ASSISTENCIAIS

Nossa meta foi fazer um breve resgate acerca do “tratamento” dispensado à loucura, bem como explorar a ciência no campo da saúde mental. Buscamos enfatizar ainda o cenário em saúde mental no Amazonas e as novas posturas adotadas em face a modelos substitutivos como via de superação ao antigo modelo manicomial.

1.1. Construção da herança chamada loucura

Na diversidade humana, a formação do Estado, segundo Elias (1994), obriga as pessoas a viverem juntas. Na sociedade produtiva, indivíduos foram estigmatizados ao longo da história por distoarem da lógica e passam a ser considerados pelos demais como fora do padrão, tendo comportamentos que, dependendo do contexto, não agregavam valor e passavam a ser um fardo para a vida em sociedade. Tal perspectiva encontra-se presente quando pensamos na ideia de diferença. Em suma, não suportamos os desiguais. Os comportamentos desviantes, de alguma forma, sempre despertaram o interesse da ciência. Pessoas apresentavam esses comportamentos eram loucas e diluíam nas outras suas loucuras.

Mas a loucura em si, embora tenha ocupado papéis diversos na sociedade ao longo dos tempos, é uma das formas mais controversas da existência humana. Trata-se de um tipo de existência em que a natureza humana é difícil de ser submetida ao autocontrole, sendo este um tema central na teoria do processo civilizador. Isso se dá por motivos pelos quais pessoas muitas vezes não incorporam certos comportamentos padrões. Com isso, podem vir a apresentar padrões livres de atitudes, o que as tornam mal compreendidas por toda sociedade. A loucura gera enclausuramento mental (e muitas das vezes corporal também), por não ser aceita socialmente, compreendida socialmente, desejada. O destino de muitas pessoas loucas é viver em isolamento, dentro de espaços destinados a elas, as desviantes, as transgressoras da vida comum e corriqueira.

“Lugar de louco é no hospício¹”. Este é um ideário que surgiu há séculos e que ainda se faz presente nos dias atuais. Porém, romper com estes paradigmas torna-se crucial na medida em que se almeja uma sociedade mais justa e equânime. São ideários presentes no percurso do processo civilizador que atualmente apontam na inversão da lógica do isolamento para a vida em comunidade. Sobre o disposto, Foucault (2010) traça um percurso histórico da loucura. Ele destaca como os manicômios se formam. O francês aponta que foram criados mediante herança dos leprosários, sendo concretizados como espaços de fim da vida, como lócus de confinamento, sobretudo na Idade Média. Mais tarde, a loucura passa a atrair o interesse geral, com a figura da “Nau dos

¹ Tratamos o termo hospício nesta dissertação de modo equivalente ao manicômio. Entretanto, reconhecemos que podem haver outras abordagens.

Insensatos”², que representou na Renascença a loucura itinerante e andarilha, de porto em porto, de cidade em cidade. Era a iconografia de loucos e desviantes, estes conduzidos em uma barca.

Já no século XVII é estabelecida uma relação direta entre a loucura e o internamento. A goram, pessoas loucas passam a ser excluídas da sociedade, o que iria perdurar por muitos séculos. Outro fardo seria implacável neste cenário, no âmbito de que a loucura teria seu lugar associado diretamente à população pobre. A situação, se analisada por meio da teoria eliasiana, mostra os níveis (parcos) de desenvolvimento intelectual da sociedade frente ao diferente, este historicamente constituído. Ao serem diferentes, pessoas tornam-se seres alheios à sociedade. O status de cidadã, de cada uma das pessoas, é perdido e seus direitos básicos fragmentados. Apesar de a pobreza ser apontada como problemática maior concernente à loucura, seja rico ou pobre passa a segundo plano por causa da loucura e perde credibilidade, nas falas, nas histórias e nas suas verdades. Ser isolado é apenas o começo de uma história de insulamento e dores.

Para Foucault (2010), o golpe final para o isolamento da loucura viria com o raciocínio desenvolvido por Descartes, enaltecendo a razão e seu papel no meio social. Seguem no cenário de exclusão, então, essas pessoas, e a partir do século XIX a ideia de loucura e criminalidade se misturam em um emaranhado que não se distingue o que é um e o que é outro. O autor relata a importância de Philippe Pinel na história da loucura. Médico francês que se interessou pelas doenças mentais em 1780, foi diretor de um hospício e libertou os loucos de grilhões, introduzindo a eles sutilezas do tratamento moral, representando um marco. Todavia, embora tenha sido um avanço para a época, é com ele que surge o estigma da periculosidade do louco. Entrementes, os fatos fizeram com que lhe fosse conferido historicamente o título de Pai da Psiquiatria.

Vieira (2006) faz referência a Pinel, sobretudo quando ele inicia seu trabalho de classificar loucos e organizá-los em espaços médicos, separando os

² A "Nau dos Insensatos" é uma antiga alegoria muito usada na cultura ocidental em literatura e pinturas, em que se descreve o mundo e seus habitantes humanos como uma nau cujos passageiros perturbados nem sabem nem se importam para onde estão indo. Em composições literárias e artísticas dos séculos XV e XVI, o motivo cultural da nau dos insensatos era uma paródia da arca de salvação (como a Igreja Católica era classificada). Primeiramente, a "Nau" foi retratada numa xilogravura alemã de 1549. Também foi pintada por Hieronymus Bosch (+- 1506). Antes disso, foi uma sátira escrita em 1494 por Sebastian Brant.

desvios sociais das doenças e criando um tratamento moral. Pínel ainda instaura a especialidade e denomina doentes de alienados, nascendo a repressiva-assistencial: o hospital asilar. Espaço que, diga-se de passagem, tem a aprovação da sociedade e do Estado. É com o autor que encontramos um breve histórico da loucura em sociedades pré-capitalistas. Notamos como são tratados, quais abordagens lhes efetivam e em que medida pessoas se servem de sentidos mágicos ou religiosos para lhes ajuizar valores.

Com a industrialização, a ciência passou a ser o cerne para a explicação de fenômenos humanos e naturais e a nova organização do trabalho impôs a necessidade de locais para acolher pessoas, as quais supostamente representavam risco à ordem social. Era mais uma função primordial dos hospitais, que necessitavam estarem dotados de locais de assistência social, religiosa e caritativa, e não apenas de tratamento médico. Porém, se era preciso enclausurar algumas pessoas, isso acarretaria na queda do quantitativo da mão-de-obra, o que para o capitalismo não seria viável. Desta forma, libertar alguns mais aptos ao trabalho era o mesmo que ter mais produtividade.

A proposta certamente se apresentou ambígua. A ciência, porém, rompe com essa perspectiva e passa a jogar luzes sobre esse problema, configurando pensamentos alternativos para essa nova ordem. E a sociedade, em seu desenvolvimento, avança começou a avançar em seus olhares para as diferenças.

1.2. A nau dos insensatos no Brasil

Diante deste percurso, a loucura desembarca no Brasil. Vieira (2006) descreve como é traçado esse caminho. Ele aponta que, em nosso país, não deixa de ocorrer o mesmo processo, no que tange ao pensamento institucional sobre a loucura.

Do 'descobrimento' do Brasil à vinda da família real portuguesa, louco não é doente, seu lugar na rua ou cadeia; da instalação da família real à criação do primeiro hospício, louco é doente, lugar na rua, na cadeia ou nos porões da Santa Casa; da criação do primeiro hospício à Proclamação da República, doente mental é alienado e o alienismo é sua ciência, lugar nos asilos/hospícios; da Proclamação da República à 1950, doente mental é recuperável, é preciso interná-lo em hospitais-colônias, expansão do público; de 1950 a 1990, doente mental necessita de medicamentos e seu lugar não é nos asilos/ hospícios/ colônias

públicas, mas nos hospitais psiquiátricos particulares (VIEIRA, p.16, 2006).

A trajetória leva-nos a refletir sobre as lógicas de um sistema societário excludente, que durante muitos anos pensou na loucura como algo externo e perigoso, não possuindo lugar no meio dos ditos normais. Desconstruir estes pensamentos não é possível totalmente, mas é preciso construir esquemas que ultrapassem os anteriores, condizentes a novos pensamentos sobre a loucura, principalmente quando a relacionamos ao conceito de saúde atualmente adotado pela sociedade, mostrando a sensibilização tomada no curso do processo civilizador. Em suma, se antes pensávamos saúde como ausência de doenças, hoje este conceito não representa o que a saúde significa.

Buss e Pellegrini Filho (2007) apresentam determinantes sociais da saúde, onde podemos constatar a diversidade de fatores que influenciam a saúde e o bem-estar. Os autores se referem a determinantes macro e micro, que incidem diretamente na qualidade de vida e colaboram na condição de saúde. Essas condições são entendidas a partir do comportamento do próprio sujeito, bem como mediante questões relacionadas à política e economia. Acrescentando, sob o viés do processo civilizador, as rotinas vividas pelos indivíduos nas sociedades complexas. Assim é a loucura. Ter saúde mental não necessariamente representa não ter loucura, mas saber conviver com ela, sem que esta interfira nas relações com os outros e até consigo mesmo.

Embora estejamos longe de alcançar novos paradigmas sobre a loucura, no contexto brasileiro podemos afirmar que o movimento que desencadeou a reforma psiquiátrica representou um marco que impactou diretamente na forma como se “trata” a loucura, principalmente dentro dos espaços que eram destinados a este fim, haja vista que levanta a bandeira “por uma sociedade sem manicômios”, como parte do processo civilizacional. Em outras palavras, mostra uma sociedade se sensibilizando pelas diferenças instituídas ao longo do seu desenvolvimento.

Kinoshita (2016), nesse particular, destaca que quem conheceu um manicômio já conheceu todos. Ao adentrar em instituições do tipo, podemos perceber a degradação das relações humanas, as estruturas físicas que favorecem a frieza do local, o rompimento com o mundo real. Acompanhamos a

existência de um mundo paralelo, onde a vida acontece de forma lenta e disforme, com o empobrecimento do sujeito. Um manicômio tende a ser marcado por sutilezas de perversidades, onde a razão está do lado de quem deveria operar o cuidado, porém imperam contradições no que diz respeito a este cuidado.

Pessoas internadas desvinculam-se da vida externa, perdem suas referências e têm impressas nas suas vidas as marcas de terem sido submetidas a tratamentos excludentes. Considerando que todas as pessoas envolvidas fazem parte da mesma sociedade, no curso de seu desenvolvimento, considerar manicômio de um lado e sociedade de outro, louco de um lado e sociedade de outro, é, seguindo concepções de Elias (1994), entender o abismo existente instituído no longo curso processo civilizador. Instituições psiquiátricas funcionam exatamente nessa lógica de enquadre da vida, em que se deve obdecer um padrão e ser submetido a mecanismos de controle, dentre eles a regularidade do tempo.

São denominadas por Goffman (1987) como instituições totais tais espaços, que possuem características específicas: perda da identidade, arregimento (todos devem fazer todas as atividades no mesmo horário [banho, comida, medicação...]) e infantilização (perda das vontades e preferências). São características tais concernentes a mecanismos de controle instituídos para direcionar comportamentos. Em instituições totais há regras que devem ser cumpridas sem questionamentos, em um processo no qual se opera sobre a forma de pensar e agir das pessoas, agora desprovidas de escolhas. Características do processo de despersonalização humana são comuns dentro de instituições manicomialis.

Nasio (2013) alude à despersonalização como atividade de assumir características de outrem em detrimento a suas próprias. Uma pessoa internada imita outras sem ter a compreensão de que o gesto em si não lhe pertence. Assim, o que pertence a outro passa ser comum em si e o que deveria ser individual passa a ser coletivo, como se fosse elemento de sintomatologia de uma própria doença. Desta feita, nos apropriamos da teoria do processo civilizador proposta por Elias (1998) para entender ocorrências dentro do manicômio, a instituição total.

O autor investigou a forma como são percebidas modificações de regras sociais e como elas atuam diretamente no pensamento e comportamento de pessoas de determinada sociedade. O processo civilizador diz respeito à mudança de comportamento pela qual passa a sociedade ocidental. As condutas, as regras de etiquetas constituintes de uma sociedade, são elementos que contribuem para a formação do indivíduo. Espera-se que esse se desenvolva e se torne bem educado. O tempo, segundo Elias (1998), é uma construção simbólica e um elemento de organização social. O tempo age de fora para dentro, de forma a fazer parte da estrutura de nossa personalidade.

Ao se pensar na vida dentro do manicômio há que se pensar também na vida fora dele. Essa é uma relação de interdependência essencial para uma visão ampliada do processo. É preciso destacar que, quem administra, impõe regras, estabelece mecanismos de controle e ao mesmo tempo é alguém da sociedade. Suas concepções são resultado de todo um contexto sociocultural do antes, do agora e do que poderá vir. Portanto, regras impostas numa lógica, acerca das quais há que se pensar em ser insana, são estabelecidas por homens e mulheres, que trazem consigo preceitos de comportamentais estabelecidos na vida em sociedade. Se as imposições de profissionais sobre internos devem ser rigorosamente cumpridas, então se estabelece uma relação desigual e injusta, onde não são respeitadas individualidades, singularidades.

O manicômio é um espaço propício para uma análise sob o viés do processo civilizador, onde podemos entender o nível de desenvolvimento da sociedade no que se refere ao nível de sensibilidade frente às diferenças. Portanto, o que notamos sobre manicômios são imposições de regras, condutas, valores e costumes aplicados para a ordem social, quando o que é considerado desviante precisa ser corrigido, curado. Para Elias (1998), existe um padrão de hábitos estabelecido por membros de uma sociedade que regulam relações de forma ampla e geral. Se pessoas se envolvem em várias figurações, estas entendidas como relação de interdependência, em vários segmentos e níveis, cremos que todas, de uma forma ou de outra, pertencem a figurações de interdependência, onde umas dependem das outras, numa relação dinâmica e com a presença de níveis de poder.

Neste contexto, deparamos com interações sociais permeadas de interdependências e poderes atribuídos em um viés de dominação presente na instituição total, o manicômio. Embora um profissional desta instituição dependa do interno para se firmar no *lócus* como empregado, sua ótica é que o interno depende dele, como se fosse uma relação unilateral. Mas relações sociais não são unilaterais, são representações efetivas de trocas, sejam afetivas ou não. A figuração dentro de manicômios tende a ser pautada na necessidade de “corrigir” o interno, “ajustá-lo” e “prepará-lo” para o mundo fora dos muros da instituição. Entretanto, o risco de ser internado no manicômio é que isto seja permanente fisicamente, pois psicologicamente fará parte da vida do sujeito pelo resto da sua existência, marcando significativamente sua forma de ser e estar no mundo.

Superar tal experiência requer resiliência frente a adversidades da vida, seja louco ou não. Outrora, diante da realidade das instituições psiquiátricas, surgia no Brasil, na década de 1970, um movimento social conhecido como Reforma Psiquiátrica. Ele adveio do movimento de luta anti-manicomial e foi influenciado pelos ideários italianos de Franco Basaglia. Amarante (2013) alude a Reforma Psiquiátrica como um movimento que buscava rever relações da sociedade com a loucura, pois ao propor modos de cuidado para quem apresentava sofrimento mental/transtorno mental remetia a essa pessoa mudanças na forma de pensar e agir.

Franco Basaglia, médico psiquiatra, foi diretor de hospício na cidade de Trieste, na Itália, e indignado com o que via tentou humanizar o local. Porém, sem sucesso, pois percebeu que não se humaniza o que não é humano. Assim, abriu as portas da instituição, deixando que trabalhadores e internos saíssem pelas ruas à procura de seus lugares de pertencimento. Ele rompia nesse momento o modelo hospitalar e embasava princípios da reforma psiquiátrica. Possibilitava o pensar e fazer em saúde mental sob outro olhar, outra modalidade de acompanhamento, que substituiria o manicômio. Os acompanhamentos teriam a primazia do cuidado em comunidade, próximo da vida em sociedade, no seio familiar, e passariam a ser conhecidos como serviços substitutivos.

Esse movimento de antigamente foi provocado no curso do desenvolvimento da sociedade. Era um ato de sensibilização frente a diferenças; era uma forma de concebê-las e conduzi-las. Atitudes como a de Franco Basaglia

repercutiram no mundo e chegaram ao Brasil. Porém, só se firmaram no ano de 2001, com a homologação da Lei Nº 10.216/2001, que representa um divisor para incorporar práticas que superem as manicomiais. Redirecionam o modelo de assistência às pessoas com transtornos mentais e fazem surgir nova legislação nacional, que estabelece diretrizes neste modo operante de se pensar e fazer saúde mental.

1.3. Rede de Atenção Psicossocial: novos saberes e novas práticas

Extinguir manicômios e redirecionar serviços não é suficiente para dar conta da demanda que é exigida na saúde mental. Houve necessidade de se implantar novos dispositivos, como pontos de atenção às pessoas com sofrimento mental e transtorno mental, que fizessem essa pessoa circular na rede conforme sua necessidade. Para tanto, idealizam-se serviços configurados na Portaria Nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conhecida como RAPS.

Na RAPS, encontramos diretrizes que subsidiarão práticas em saúde mental, tais como: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; e combate a estigmas e preconceitos. Juntas, as ações corroboram para um projeto ético-político compromissado com o outro e para o outro. Nesse cenário, em que se retoma a cidadania da pessoa, agora visto como ser de direitos e deveres, pertencente a um grupo social, em busca da sua liberdade e autonomia, dotado de escolhas próprias e singulares, há melhores atos sociais civilizatórios.

Refletir sobre o campo de saúde mental leva-nos a ressignificar conceitos e a se reinventar na prática profissional cotidiana. Não naturalizar condutas coercitivas e disciplinadoras presentes no âmbito manicomial, nem fora dele. Mas ainda há muito o que se fazer no processo de desenvolvimento das sociedades, para se atingir um mundo mais justo aos que têm suas vidas roubadas pela condição de internação em instituições totais e que atualmente estão nas ruas da cidade. Porém, sabemos que já foi dado o primeiro passo rumo ao

reconhecimento do débito societário para com estas pessoas no curso do processo civilizador. Um passo na direção de superar os estigmas da loucura e repensar o modelo de cuidado.

Trata-se de um cuidado que não exclua, que reconheça o saber da própria pessoa mediante uma construção coletiva do projeto terapêutico desta, que agora é concebido como protagonista da sua história. Fato este contrariando o que antes era enaltecido a favor da ciência e em detrimento da pessoa. Tínhamos uma ciência “rigorosa e coercitiva” que primava pela verdade absoluta, sem considerar que todo o ideário estava sujeito a ser refutado e questionado, ou seja, o que é verdade hoje pode não ser amanhã, pois possui um caráter relativizador, se abrindo para o novo. Sendo desta forma concebidos novos conceitos, novos saberes, novas ciências, em um tempo em que descobertas são transitórias e fazem surgir novas possibilidades de pensar e agir.

Capra (2010) alude a uma crise na ciência e diz que a crise é de percepção. Usufruimos a ciência de uma forma que favorece à desconexão com o próprio sistema. A ciência aplicada à saúde mental teve papel determinante para perpetuar o estigma da loucura ao introduzir o “tratamento moral” como caráter curativo, que inclusive encontramos presente em instituições psiquiátricas e nas sutilezas do dia-a-dia da sociedade. Ao falarmos do velho hospício nos deparamos com a realidade atual, em que práticas manicomiais ainda estão presentes nos serviços ditos substitutivos, onde a lógica deve ser outra, voltada a desinstitucionalizar o sujeito, empoderá-lo via a aplicabilidade dos conceitos de independências e autonomia. Ademais, a reforma psiquiátrica em curso no Brasil possibilita refletir sobre modelos de assistência à saúde mental implantados na tentativa de superar o viés hospitalocêntrico.

A Política Nacional de Saúde Mental instala-se no combate à exclusão e ao tratamento moral destinado às pessoas em sofrimento mental. Amarante (2013) refere-se à política oficial como uma história de marginalização. E mais do que qualquer outra política a de saúde mental apresenta formas sistemáticas de exclusão econômica e social de setores da sociedade. Se, no surgimento dos hospícios, pessoas loucas viviam acorrentadas, hoje vivem aprisionadas pelas correntes invisíveis do preconceito e dos estigmas. O tratamento moral introduzido por Philippe Pinel, ainda no século XIX, libertou as correntes, porém foi

tão perverso quanto, pois apresentava sutilezas da lógica manicomial. Tais sutilezas influenciaram os pensamentos e os valores que endossam um saber pretensamente científico. Em outras palavras, as práticas desenvolvidas eram justificáveis por serem científicas.

A compreensão das diretrizes da política nacional de saúde mental levamos a repensar o tratamento, a loucura e o louco, agora traduzidos em cuidado, saúde mental e sujeito. Proposituras que devem acompanhar os novos tempos, os dos serviços substitutivos, desvinculados do hospício, porém sem esquecer o passado para não o reproduzir. Desta feita, a construção da ciência, segundo Morin (2001), no mundo ocidental nos séculos XVI e XVII, se configura pela busca da racionalidade, como pelo rompimento com a racionalização aristotélico-escolástica. A ciência, para este autor, progrediu como fruto de tensões entre empirismo e racionalismo. Ele acrescenta que a física, no século XVIII, favorece o racionalismo, dentro de uma visão do mundo que não caberia mais a desordem e a subjetividade. Viver significa repudiar a paixão, a desrazão. A partir destas críticas, localizamos a loucura como a desrazão em si, a qual não pertence a esse mundo da ciência e precisa ser tratada e curada.

A ciência do alienista baseava-se no conhecimento prático, em um senso comum com denotações estigmatizantes, e isso precisava ser superado. Lakatos (2004) assevera sobre o bom senso e o conhecimento popular, que o primeiro se apresentada de forma limitada, embora aspire racionalidade e objetividade, enquanto o segundo é o modo comum, corrente e espontâneo de conhecer, fruto do contato direto das pessoas com os demais e as coisas. Afirma-se a existência de quatro tipos de conhecimento: popular, científico, filosófico e religioso, que denotam características peculiares, sendo uns falíveis outros não, mas que influenciam os paradigmas presentes na sociedade.

Novos paradigmas são propostas de Capra (2010) para uma nova compreensão científica que impacta diversas atividades humanas, sejam políticas, de saúde, de educação e na vida cotidiana. O mundo necessita de novas revoluções, novas descobertas e principalmente da reconexão das pessoas com a natureza. E se a ciência está em crise, e essa crise é de percepção, para solucionar os problemas fazem-se imperiosas mudanças radicais em nossas percepções, nossos pensamentos, nossos valores. Incluímos a saúde mental, no

sentido de que toda a mudança no modelo de assistência cai por terra se as pessoas continuam a pensar a loucura da mesma forma como nos séculos passados e atribuem valores negativos a ser louco. A ciência buscava meios de controlar e de dominar a loucura, porque no mundo não caberia a desrazão, o que ainda hoje é presente na batalha travada nos bastidores do viver. A grande indústria farmacêutica promete o “ideal” de se viver sem dor, e aí entra em questão a medicalização da vida.

Menezes, Armando e Vieira (2014) diferenciam medicação de medicalização. A primeira é necessária, porque com critérios médicos possibilita qualidade de vida ou cura; enquanto que a segunda está presa ao imaginário humano, construído culturalmente e socialmente, de se viver sem dor, principalmente a psíquica. As frustrações, os desencontros, os desamores são medicalizados esperando que a mágica aconteça. O sono advindo da medicalização representa uma fuga ante se conviver com problemas e mazelas.

O conhecimento científico acerca da saúde mental permeia o domínio da loucura. Essa é a percepção que a sociedade possui no seu senso comum. Viver no meio dos loucos é conceber que estes devem ser submetidos a uma relação de poder, onde quem está no controle é o outro, o profissional, o considerado “normal”, pois ainda se percebe o louco como perigoso, noção que fora atribuída aos que não seguem regras impostas e destoam de um certo padrão. Acerca disso, Capra (1982) destaca a ameaça da raça humana advinda dos riscos de uma guerra nuclear, da superpopulação e a tecnologia industrial, que colaboram na deterioração do meio ambiente, conseqüentemente impactando a saúde.

Nesta perspectiva, a saúde mental também é afetada, tanto quanto as “doenças da civilização”, estas referidas pelo autor como doenças crônicas e degenerativas presentes nos países industrializados. A deterioração do meio ambiente social tem favorecido o surgimento de agravos psicológicos e psiquiátricos, como depressão, esquizofrenia e outras alterações comportamentais que incidem nos transtornos sociais. Para Capra (1982) existem vários sinais de desintegração social caracterizados pelos casos de suicídios, por aumentos de consumo abusivo de álcool e outras drogas, além de um número crescente de crianças com distúrbios de aprendizagem e comportamento e alta em crimes violentos.

Diante deste panorama, a ciência tem se posicionado para contemplar a demanda da população, que sofre nos lares, nos locais de trabalho ou de forma itinerante em busca de atendimentos. Demandas psicológicas e psiquiátricas exigem serviços que, numa lógica diferente do hospício, possibilitem o empoderamento do sujeito, com acurácia na comunidade onde vive e ofertado a todos. Amarante (2013) afirma que o cuidado mais promissor atualmente em saúde mental é na atenção básica, mas também deve se considerar outros segmentos, como a educação, a assistência social, jurídica, entre demais, as quais tentam dar conta da complexidade que envolve o acompanhamento neste campo.

Com isso, sai de cena o tratamento dentro do hospício, centrado no hospital e no profissional de medicina (psiquiatria), sob as lógicas hospitalocêntrica e medicocêntrica, para dar espaço ao um cuidado integral da pessoa dotada de escolhas e direitos, onde requer atenção de vários profissionais como de vários setores, denominados de cuidados multiprofissionais e intersetoriais, requisitando uma articulação entre estes atores e instituições. Entra em cena a “rede”, qual seja: uma rede de serviços, de sistemas, em que diversos atores estão conectados, sem escala hierárquica. Capra (2010) exatamente conceitua essa nova ciência como sendo propulsora de enriquecimentos e formas sistêmicas de pensar, fazendo emergir duas novas concepções: a de comunidade e a de rede. Ambas integram o que define como “comunidade ecológica”, sendo esta caracterizada por relações mútuas entre organismos aglutinados, componentes de um conjunto, a *assemblage*.

Transportando este conceito para a área da saúde mental, temos um entrelaçado de relações, onde fenômenos que “disparam” a loucura estão interligados, bem como o próprio cuidado do sujeito que sofre. Comunidade e rede, para a saúde mental, representam um caminho alternativo de emancipação, no vislumbamento do resgate da cidadania ou até mesmo na construção desta, haja vista que muitos nunca a possuíram. A extinção do hospício, portanto, inicia com a mudança na forma como pensamos a própria loucura, como conduzimos o cuidado com o outro em sofrimento mental, como reagimos frente a relações de dominação, e, sobretudo, como estamos conectados no sistema, dentro e fora dos muros da instituição manicomial.

Ao longo dos tempos, vários conceitos foram postos a prova, muitos foram reformulados. E na saúde mental não é diferente, embora muitos ainda negligenciem “a loucura” alheia, como a própria. Todavia, hoje se pensa em fazer diferente. Trilhar um caminho, onde a conexão com o próximo seja mais plena de significados e sentidos, assim ressignificando as relações e a vida como meio de construção de uma nova ética.

1.4. Amazonas e suas especificidades

Partindo-se do contexto abordado, entramos na seara do cenário de saúde mental no Estado do Amazonas — com área de 1.559.159,148 km², dividido em 62 municípios e 4 milhões de habitantes —, que é marcado por especificidades regionais que impactam no viver e se relacionar com a loucura. Portanto, a relação entre a região e a saúde mental tornou-se objeto de reflexão, sobremaneira a partir de inquietações advindas da observação empírica das dificuldades dos usuários e seus familiares no deslocamento dos municípios interioranos à capital amazonense em busca de serviços, seja no nível ambulatorial ou em urgência/emergência, embora o que mais provoque inquietação é a condição em que as pessoas, quando muito “loucas”, são conduzidas com a necessidade de atendimento em urgência/emergência. Elas são conduzidas “amarradas” dentro das embarcações que atravessam rios.

Lima (2001) alude à interação de pessoas com ambientes em uma relação de reciprocidade, tornando-se um sistema de interações onde o meio não somente refere-se a espaços externos, mas a espaços internos, ou seja, psíquicos das pessoas. Introduzindo o conceito de antropogeografia amazônica, Lima (ID. op. cit.) instiga ao se questionar em que medida o amazônida é influenciado pelo rio e condicionado por períodos hidrográficos: enchente, cheia, vazante e seca. Amazônidas têm as vidas e sobrevivências atreladas a esses períodos, o que impacta nos serviços básicos de saúde. Assim, demanda seu deslocamento para a capital a procura de serviços conforme tais periodicidades.

Se condições climáticas favoráveis a utilização dos meios de transportes fluviais são fatores preponderantes e devem ser consideradas, também os demais interesses humanos para o usufruto da vida devem ser colocados em evidência, como os aspectos econômicos, políticos e socioculturais. Tocantins (1973), por esse caminho, vai além. Sobre a relação humana com os rios na Amazônia, ele

alude ser uma relação simbiótica, de valor místico, que comanda a vida das pessoas que habitam o bioma. O rio tem força incomensurável e precisa ser respeitado, é a via de transporte, é o meio de sobrevivência, é a conexão com outras culturas... é a vida do amazônida.

Cidades construídas às margens de rios tornam o cenário revelador da relação rio-pessoa-vida. Municípios do Amazonas são peculiares nessa descrição e traduzem esta relação. Na capital amazonense, igarapés (canal estreito dos rios) estão rodeados por residências e anteriormente inúmeras as palafitas (edificações suspensas em estrutura de madeira adequadas para regiões alagadiças), as quais foram substituídas por conjuntos habitacionais populares, construídos nos locais próximos às moradias. Nos municípios interioranos, destacam-se estilos de moradias que dialogam estreitamente com o cenário fluvial. Trata-se de uma realidade que mantém relação proximal. Por conta disso, quando uma pessoa necessita de serviço de urgência/emergência em saúde mental por vezes tem que viajar amarrada durante o trajeto, que dura horas ou dias. A situação foi vivenciada por nós inúmeras vezes no Pronto Atendimento Psiquiátrico do Estado.

Há, assim, pessoas que surtam em seus locais de habitação, distantes dos serviços em saúde mental na capital, e, sendo notórias as dificuldades de acesso à tratamento, famílias e/ou comunidades devem conter a sua forma a loucura. Daí, emerge o carácter paradoxal da questão, a dificuldade de acesso a serviços de urgência/emergência para conter surtos. Entrementes, surgem elementos de investigação, amalgamados na pergunta: como comunidades amazonenses lidam com a loucura? Para esta pergunta, cabe refletir sobre o cuidado dispensado à doença. Ou seja, cabe apontar especificidades que tornam o Estado ímpar, sendo o penúltimo no ranking nacional da Rede de Atenção Psicossocial, que tem como indicador, pelo Ministério da Saúde, a existência de um dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

CAPS fazem parte de um conjunto de novas perspectivas que impactam no cuidado em Saúde Mental no Amazonas. Aos poucos, mediante os Centros, tem se conseguido alternativa ante os processos de trabalhos dentro de unidades psiquiátricas comandadas por reflexões pertinentes à cidadania, inclusão e formas de se pensar e fazer saúde mental. No entanto, unidades psiquiátricas

ainda são referência em serviços especializados, que até então não comportam ideários da reforma psiquiátrica, nem tampouco apresentam completamente serviços substitutivos a modelos manicomial, mesmo sendo desativados gradativamente.

Como já foi mencionado, a reforma psiquiátrica brasileira segue o modelo italiano, idealizada pelo psiquiatra Franco Basaglia, que com um olhar inovador sobre a saúde mental, para além dos manicômios, introduz uma nova forma de cuidar. Amarante (2013) se refere à reforma como um conjunto de atividades que proporcionam melhores relações da sociedade com a loucura, em que a intersetorialidade se faz presente no cotidiano das pessoas com transtornos mentais enquanto fator crucial num cuidado integral e condizente com a complexidade humana. Nessa perspectiva, cabem serviços da Assistência Social, do Jurídico, das Artes, da Educação, da Saúde e da Habitação. Todos envolvidos em determinantes referendados pelo Sistema Único de Saúde e que, aliados à saúde mental, rompem com a visão limitada e estigmatizada contra pessoas com transtornos.

Em 2005 é inaugurado o primeiro CAPS do Estado do Amazonas, no município de Parintins. Em seguida, mais um CAPS na capital amazonense. E assim por diante. Atualmente, possuímos 24 CAPS, sendo quatro na capital. Porém, não correspondem esses centros à completude da real necessidade de cuidado, haja vista a base territorial e comunitária. E ainda considerando o universo a ser acompanhado, que abarca toda a capital e ao entorno, onde os demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial não se corresponsabilizam. Substituir o modelo hospitalocêntrico é um desafio constante. Além dos 24 CAPS, há dois Consultórios na Rua e oito Residências Terapêuticas, mas com pouca adesão à saúde mental dos demais pontos de atenção. Assim, é um desafio gerenciar serviços que precisam incorporar no seu dia-a-dia ideários de uma reforma psiquiátrica brasileira, adequando-se também à realidade amazonense, onde ainda existe um Centro Psiquiátrico que atende somente a demandas de urgência e emergência — sem acolher crises anteriores a 24 horas de ocorrência, mesmo a modalidade sendo prevista em legislação.

Os CAPS têm seu funcionamento previsto pela Portaria n 336, de 19 de fevereiro de 2012 que, em seu Art. 1º, estabelece os Centro de Atenção

Psicossocial como constituídos nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade, segundo abrangência populacional. A discussão recai sobre quais as crises que o CAPS vai sustentar. Na capital amazonense existem discursos a favor e outros contra acerca desse tipo de atendimento.

Amarante (2013) afirma que o cuidado mais promissor em saúde mental está localizado nos serviços da Atenção Básica, por se tratar de serviço de base comunitária. O cuidado é oferecido de acordo com a singularidade de cada usuário, na tentativa de romper com estigmas da loucura que ainda se encontram fortemente inseridos nas relações dos loucos com os ditos “normais”. O cuidado em saúde, segundo Merhy e Feuerwerker (2009), supõem ações cuidadoras no território, de acordo com as relações entre os profissionais (cuidadores e usuários), as pessoas e as tarefas que devem ser compartilhadas por uma equipe. Os autores afirmam que todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto, estabelecendo vínculo primordial. Estas tarefas são reconhecidas como ferramentas de tecnologia leve, que incorporam novo sentido nas relações do promover saúde, em que saberes são mobilizados a partir das experiências, no compartilhamento presente, nos olhares e falas.

A ação cuidadora em saúde mental pressupõem, além da medicação, além da institucionalização, o encontro entre as partes, de forma a superar o convencional (fazer saúde dentro de muros institucionais), inserindo a pessoa acometida dentro da comunidade a que pertence. Para tanto, há de se considerar a dificuldade de locomoção de municípios interioranos à capital para buscar serviços que poderiam ser ofertados no próprio local — cogitando que o rio é um elemento natural que condiciona a vida no Amazonas e se apresenta como especificidade regional, com consequências diretas no modo de viver do amazônida. A antropogeografia amazônica é justamente destacada nesta relação, constituindo-se um marco no viver.

Estar “louco” em um município interiorano pode suscitar inúmeras alternativas na solução. Entre elas destacam-se: conter a loucura na própria comunidade ou conduzir a pessoa através das calhas dos rios para o Centro Psiquiátrico na capital amazonense. Preferimos a primeira hipótese, por acreditar

no potencial das pessoas em seus atos de cuidados, o que não priva da liberdade e valoriza a vida, a cultura. E preferimos principalmente porque a cultura mostra-se presente no pensar e fazer das pessoas, nas atividades humanas, nas relações. Bauman (2012) refere-se à cultura como elemento primordial da práxis humana, reforçando atitudes livres e criativas, opostas ao adestramento e controle imposto pela sociedade moderna. A cultura tem caráter libertador e supera a alienação do sistema.

Bauman (ID. *op. cit.*) apresenta três perspectivas sobre conceito de cultura: hierárquico, diferencial e genérico. O primeiro concerne ao elemento herdado ou adquirido, presente no indivíduo moralmente “bom”, belo e mais próximo da verdade, capaz da obediência aos deveres cívicos. O segundo diz respeito às diferenças nos modos de vida entre os diversos grupos humanos, sendo a cultura responsável pelo destino de povos, sendo as trocas culturais indesejáveis e maléficas. O terceiro refere a cultura como característica universal da humanidade e somente ela possui acesso, produzindo ferramentas e símbolos para a socialização e sobrevivência, alicerçando-os na comunidade. Partindo-se dessas premissas, consideramos a cultura como perspectiva genérica a mais apropriada para entender nosso campo de estudo, o qual podemos destacar enquanto espaço libertador de práticas opressoras.

Para o cuidado no território se exige pensar, falar e agir sobre, fomentando espaços para dialogar sobre a realidade, impactando na formação de profissionais críticos, capazes de despertarem inquietações em razão do protagonismo social. Sim, protagonismo, porque não se transforma, não se modifica, não se desenvolve a pessoa por questões extrínsecas. Para entender o outro a partir de uma realidade, ao contrário, necessita-se de despertar seu autodesenvolvimento, em um processo subjetivo. Porém, para que se possa colaborar com o coletivo, aflorar a cidadania, a missão é mais ampla por englobar o corpo e a mente. Amarante (2013) se refere ao trabalho das equipes multiprofissionais como uma atividade de grande avanço dos dias atuais, possibilitando olhares alternativos sobre a questão da pessoa e a complexidade do que é o viver humano, com suas multifacetadas.

Saber atuar em equipe é um desafio de profissionais, que precisam compartilhar saberes, bem como adquirirem novos conhecimentos, em um ciclo

de trocas com demais protagonistas, sejam profissionais ou usuários de seu serviço. E o que encontramos é o inverso. Encontramos profissionais cristalizados no seu cotidiano, nos atendimentos individuais, reproduzindo o que aprenderam na academia, a clínica clássica e tradicional, com poucas reflexões sobre sua prática, sem inovações, ou ainda sem articularem com outros profissionais ou outros serviços.

Para Dimenstein e Macedo (2012), as reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil representaram uma grande abertura para a atuação da psicologia e são atualmente os subsetores de maior empregador da área. Embora não se promova saúde mental somente mediante uma subárea de trabalho, utilizamos este parâmetro como via de reflexão sobre a formação de profissionais em consonância a determinados serviços. Na busca em capacitar profissionais de psicologia na elaboração de novas ferramentas apropriadas ao encontro da comunidade, em geral pertencentes a classes sociais mais precárias, evidenciamos a necessidade da construção de uma identidade profissional vinculada à saúde, pois essa formação aprofunda a relação entre ensino-serviço-comunidade. Ainda entendemos, a partir da teoria em estudo, que modelos acadêmicos devem apresentar concepção crítica, reflexiva, problematização da realidade, articulação teoria-prática e participação ativa.

Contudo, as dificuldades são inúmeras para a organização de ações psicológicas efetivas e eficazes na saúde. Ações essas que não dizem respeito somente à criação de pontos de trabalho ou adequação da formação acadêmica à prática, mas, sobretudo, à reinvenção de métodos de intervenção. Para tanto, não conseguimos vislumbrar este processo de reinvenção sem que, para isso, profissionais sejam livres para refletir, questionar e criar. Martins (2005) afirma que há mais de duas décadas a psicologia social crítica latino-americana vem tentando romper com o modelo positivista de ciência e adequar-se à realidade local, bem como superar a dicotomia existente entre teoria e a prática, vislumbrando a práxis. Emerge, assim, no campo da psicologia, a vertente que introduz formas diferentes de se fazer saúde mental, fora da lógica de enquadrar indivíduos desajustados a padrões aceitos e permitidos na sociedade.

A subjetividade é posta em segundo plano e o desejável é ser comum, no sentido de igual, o que lhe confere título de pertencer a um determinado grupo.

Superar essa ideologia requer da psicologia enquanto ciência refletir sobre como tem tratado esse contexto, rever as expectativas sociais acerca de suas competências e lhe outorgar o que lhe é de direito. E consequência desta reflexão foi o surgimento da psicologia social comunitária, que, segundo Campos (2010), emerge no Brasil por volta da década de 1960, com a utilização de teorias e métodos aplicados a estudos em comunidades de baixa renda, objetivando “deselitizar” a profissão, como também propiciar melhorias a condições de vida da população trabalhadora. A psicologia comunitária despontou em países em desenvolvimento, que até então possuíam como modelo realidades totalmente distintas.

A psicologia comunitária busca desenvolver instrumentos de análise e intervenções adequadas às suas problemáticas, que devem estar incorporadas no trabalho profissional da área, que passa a considerar o contexto sociohistórico da pessoa, despertando o protagonismo de sua própria história. Enfatizamos três elementos: i) o campo teórico, no que diz respeito a relação do profissional e o sujeito da investigação, como capaz de coordenar processos de transformação social; ii) a metodologia, que parte para a pesquisa participante; e iii) os valores, referentes à ética da solidariedade, aos direitos humanos e à busca da melhoria da qualidade de vida. Nesse âmbito, Vygotsky (1999 *apud* Abrantes, Silva e Martins, 2005) clamava por uma psicologia geral que fosse capaz de considerar dimensões de comportamento, inconsciente, razão e cognição. Da experiência ou da sociedade. Sua contribuição foi introduzir a lógica dialética no âmbito da psicologia, por considerar o vir a ser do sujeito dotado de contrários, o que representou um marco para a criação da psicologia social, haja vista a necessidade de se restabelecer a conexão entre espaços simultâneos da vida humana cotidiana.

A precursora da psicologia social brasileira, Silvia Lane, que, para Sawaia (2014), provoca o repensar do contexto sociopolítico brasileiro, como também desperta para o defrontar da interface entre transformação social e a subjetividade, tem suas obras referenciadas por Vygotsky. Como representante da América Latina, tem-se Martin Baró que, segundo Sawaia (2014), propunha não apenas a reflexão e a valorização da produção latina, com base na realidade, mas também que houvesse comprometimento com a libertação do povo, dos

oprimidos e explorados. Criou, portanto, a conhecida “psicologia da libertação”. Assim, a psicologia social de ordem latina simbolizou um marco teórico na psicologia mundial, após ruminar conceitos e práticas até então importadas de países europeus, incitando o questionamento do que estava fazendo e deixando de ser mera imitadora e aplicadora de técnicas produzidas a partir de uma realidade disparte à brasileira e latino-americana.

Foram inovações teóricas e práticas que corresponderam a políticas na tentativa de desfazer todo um descaso histórico da humanidade para aqueles que estão à margem de padrões sociais e econômicos. Como exemplo, temos as pessoas que estão na rua. Estas não necessariamente moram nela; boa parte tem residências, mas vive a maior parte da sua existência na rua, por opção ou falta de oportunidade. Não se tem traçado tal perfil, o que se sabe é que algumas pessoas encontram nas ruas seu lugar de pertencimento. E para alguns quem está na rua é uma pessoa “louca” ou “drogada”, mas não é bem assim. Lopes (2014) alerta quanto ao risco de rótulos que segregam e limitam as representações sociais, dificultando a transição de referenciais sobre a vida de sujeitos. Para a autora, rótulos são mecanismos eficazes de exclusão. E se considerarmos esta lógica até hoje, como foi descrito anteriormente, gente “louca” ou “drogada” deve ser tratada em sistema de isolamento social.

Frente a esta demanda, das pessoas loucas nas ruas, formula-se como dispositivo de cuidado e articulador para com outros pontos de atenção da RAPS o Consultório na Rua (CnRua), que em conjunto com os Centros de Atenção Psicossocial, as Unidades de Acolhimento, as estratégias de saúde da família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, os Centro de Convivência e Atenção Primária, bem como demais ações e instituições de substituição do modelo manicomial, tendem a mudar a realidade. A prática deste cuidado, todavia, visa o vínculo que deve ser estabelecido com o outro. Profissionais não são mais detentores da verdade sobre o “paciente”, mas sim facilitadores na produção da saúde. A relação que se prioriza é a do profissional e a do usuário do serviço, que participa das decisões sobre seu acompanhamento. Assim, profissionais que integram equipes do CnRua devem buscar uma linha de cuidado embasada na confiança que favoreça o vínculo.

No CnRua, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde, tange atender populações em situações específicas, conforme Portaria Nº 3.088/2011, que rege o oferecimento de cuidados a pessoas em situação de rua em geral, pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas. Sua prática está ancorada no cuidado compartilhado com demais dispositivos da rede, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros.

A atividade requer a articulação entre serviços e segmentos da sociedade, onde há a necessidade de disseminar a responsabilidade deste cuidado, que respeite condições e escolhas de pessoas. Talvez um dia, o CnRua não seja mais necessário. Não por inexistirem pessoas em situação de rua, mas talvez porque os demais serviços já tenham aberto as portas para todos que procurem ou que necessitem. Porém, hoje o CnRua é fundamental para se chegar às pessoas que, por inúmeros motivos, não procuram serviços de acolhimento em saúde. Lopes (2014) apresenta a história do consultório na rua desde sua origem, entendendo serem outrora ações voltadas exclusivamente a crianças em situação de rua e pessoas usuárias de drogas ilícitas em situação de rua.

Foi um surgimento relacionado ao que se denominou na época de “banco de rua”, sendo uma atividade idealizada pelo professor universitário Antônio Nery Filho, pela Universidade Federal da Bahia, em 1999, que conduzia ações com seus acadêmicos no banco de uma Praça em Salvador. Porém, percebeu-se que outras tantas áreas da cidade também demandavam esse tipo de atendimento, o que resultou na ampliação dessas ações. Antes disso, nas décadas de 1970 a 1980, a Igreja Católica iniciou movimentos nas cidades de São Paulo e Belo Horizonte, com atividades da Pastoral das Pessoas de Rua. Foram atividades que despertaram reconhecimento do Poder Público e, em Belo Horizonte, no ano 1999, a Secretaria de Desenvolvimento Social desenvolveu programas que contemplavam ações a pessoas em situação de rua, propiciando mais tarde a criação de fóruns de debates que contribuíram para propostas de se conhecer a realidade e discutir políticas públicas.

Deve-se destacar que tais ações de redução de danos impactaram diretamente na ida de profissionais de serviços às ruas, ao encontro das pessoas. Naquele momento histórico, no fim da década de 1980, um fato marcou a ação: a

epidemia de Aids. Experiências como na cidade de Santos/SP, que inicia seu enfrentamento no ano de 1989, com serviços itinerantes voltados a usuários de drogas ilícitas, tiveram como meta orientar acerca de riscos da contaminação pelo vírus. Assim, a redução de danos visava minimizar efeitos para aqueles que não conseguiram largar o uso dessas substâncias. A redução de danos, portanto, passou a ser um tipo de política pública instituída pela necessidade de combater agravos à saúde das pessoas. Pela Portaria Nº 1.028/2005, as ações passaram a envolver informação, educação e aconselhamento; assistência social e à saúde; e disponibilização de insumos de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites.

Essas ações não surgiram somente no Brasil. Pelo contrário, nosso país importou a ideia de locais que já trabalhavam dessa maneira, sendo essencial o protagonismo do usuário no processo de cuidado. Longe de ser uma apologia às drogas, era o reconhecimento de um princípio fundamental, o respeito à liberdade de escolha. Foi mais um aprendizado que precisou ser incorporado à clínica. Por outro lado, se o que marcavam as ações do consultório “de” rua eram as ações de redução de danos, estas precisavam ser vinculadas à política de enfrentamento às drogas e conseqüentemente à política de saúde mental. Porém, a população necessitava de mais. Reivindicações em fóruns suscitaram a formulação de outra lógica de cuidado. Transformou-se o “de Rua” para “na Rua”, incorporou campos que embasam o cuidado no Consultório “na Rua”: i) redução de danos, ii) saúde mental e iii) atenção básica. A tríade tende a possibilitar atenção integral a corpo e mente.

Esses três campos tentam contemplar a realidade das ruas, embora o cuidado requeira uma intersetorialidade comprometida com os que estão à margem da sociedade, excluídos de direitos básicos. Estar nas ruas pode ter vários significados, mas não somente um único motivo. A ida para as ruas, em geral, mescla-se entre drogas, desavenças familiares e desemprego; e ainda ousamos formular que, para além desses motivos, existem outros pertence ao campo da subjetividade, relacionados a desrealizações particulares. O dispositivo CnRua nasce, se desenvolve, se reinventa, mas está longe de chegar ao seu fim, em termos de acabamento. Pois foi a partir dele que se começou a realmente ampliar a rede de cuidados. O cuidado com o outro, com as idiossincrasias inerentes à condição humana.

A cidade é resultado do trabalho coletivo das pessoas, traz consigo a materialização da história de um povo, alude Pagot (2012). Então, manter a harmonia de se viver em sociedade reflete na condução de ações que favorecem a inclusão de todos os seus membros. Além disso, é rever a forma como se organiza uma sociedade, seus valores, sua cultura, suas ideologias. Guirado (2004) discorre sobre análise institucional de Lapassade, que se torna pertinente neste momento para se compreender as relações no seio de uma sociedade, pois para esta análise é fundamental entender a maneira singular de como se estabelecem as relações instituídas. Nesse sentido, tem-se o Estado como instituição propriamente dita, e é dele que vem um conjunto de leis que regem a conduta social, bem como a ideologia que dissemina a forma como devemos pensar, ser e agir. Combater esta forma de repressão exige para Lapassade (1977 *apud* Guirado, 2004) uma sociedade poliforma, ou seja, uma sociedade que não permita a cristalização em instituições dominantes nem a centralização do domínio.

Ora estamos tratando de uma sociedade capitalista que por excelência sobrevive das condições desiguais de seus integrantes. Refutar essas condições, onde alguns se privilegiam da miséria do outro, é recair num romantismo ingênuo, onde o reino encantado teria um final feliz. Portanto, considerando essas condições deve-se pensar em construir alternativas de enfrentamento às iniquidades da sociedade. O consultório na rua vem ao encontro desta realidade, e, no cumprimento dos preceitos das políticas públicas, representaria o primeiro passo para a transformação social. Resultando em impactos para a sociedade, em especial a pessoas que estão excluídas de seus direitos, a Política Nacional para população de rua, instituída pelo Decreto Nº 7.053/2009 destaca: i) assegurar o acesso amplo a serviços e programas; ii) instituir censo da população de rua; iii) implantar centros de defesa dos direitos humanos e iv) desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a cultura de respeito, ética e solidariedade e outros tão importantes quanto.

Ampliar acesso não diz respeito somente à abertura de vias que antes eram bloqueadas, mas refere à condição de ir e vir das pessoas, que devem circular pela cidade e pelos serviços. Se almejarmos uma sociedade mais justa deve-se reconhecer como saída essas Políticas Públicas que combatam a

pobreza, exclusão e iniquidades. Gonçalves (2010) postula que essas políticas como instrumento para se concretizar as relações entre indivíduos e sociedade, que ocorrem por meio do Estado, apontam como marco da sociedade, até então liberal, a Declaração dos Direitos do Homem e Cidadão.

É inegável que seres humanos, como seres sociais, exigem novas necessidades e que a sociedade socialmente construída atenda suas demandas, em um movimento recíproco. Tem-se o ser que transforma e é transformado, impacta e impactado, num ambiente no qual suas habilidades e potencialidades sejam desenvolvidas, como alude Ruiz (2014). Nada pode nos garantir que essas necessidades sejam atendidas de forma igualitária, porém o que permanece está na luta, na dinâmica que modifica indivíduos e os eleva à categoria de sujeitos dotados de direitos. Assim sendo, o SUS representa um avanço na tentativa de garantias de direito. Todos têm direito a saúde. Mas o que entendemos com isso? Entendemos que independente de sua condição socioeconômica, política, religiosa, cultural, étnica ou tantas diversidades do viver humano, tem acesso aos serviços de saúde. O CnRua, em suas particularidades, surge exatamente para atender a essa condição, como elemento promotor na saúde de quem está à margem de sociedade. Saúde, no contexto exposto anteriormente, no sentido de seus inúmeros determinantes sociais, não poderia ser diferente.

O consultório na rua emerge na tentativa de enfrentamento de iniquidades existentes na sociedade capitalista. O profissional de saúde mental, enquanto membro desta equipe, não pode estar alheio à necessidade de despertar no seu usuário o protagonismo favorável a construção de uma subjetividade real e manifesta. Atingir uma práxis, desta feita, requer refletir sobre como aprendemos e como fazemos saúde mental, rever conceitos, quebrar paradigmas, romper estigmas, encontra-se presente neste processo que inicia com a inserção do profissional numa determinada equipe. Imperioso contribuir com o saber em saúde mental para compreender as relações que se estabelecem, não no sentido patologizante, mas sim no sentido do encontro, do estar com o outro e para o outro.

Propor uma prática que alinhe os conhecimentos da clínica com o social pode ser um caminho a ser percorrido nesta longa estrada, que necessita rever seus conteúdos das grades curriculares dos cursos universitários, para

contemplarem realidades de serviços e da sociedade. Mas também torna-se impreterível ultrapassar o meio acadêmico. Ir além dos muros da academia é um ato para se dialogar sobre práticas desenvolvidas como enfrentamento a implacável realidade do despreparo profissional ao lidar com as questões da vida cotidiana. Ou seja, nas Universidades, enquanto campo de formação profissional, deve-se fomentar processos reflexivos e críticos, formando profissionais atuantes e condizentes com o mercado. Universidade devem ser também espaços que confrontem profissionais, para que possam rever as práticas, construir as alternativas de adequações ao panorama brasileiro atual.

As práticas no consultório na rua devem seguir diretrizes de uma clínica ampliada, que considere o sujeito complexo em suas várias demandas dentro de uma história de vida singular, que contribui para ser o que é e estar onde está. Da clínica bruta à clínica do sujeito, idealizada por diversos autores, a clínica esta presente em tantos outros locais onde se produzem saúde. Nesta lógica, o indivíduo não tem voz e torna-se paciente, paciente de um profissional detentor do saber e verdade sobre o outro. Doutra modo, o que se pretende é justamente o oposto disto: a pessoa como sujeito participe do seu cuidado, responsável pelas suas escolhas. O profissional não é um conselheiro, é um coadjuvante do processo de cuidado, pois quem vai carregar o peso de certas decisões é o próprio sujeito (usuário), dono de sua própria vida, protagonista de sua história.

Seguindo este viés, o surgimento de dispositivos alternativos contempla o sentido macropolítico, onde implantar serviços representa a solução para uma demanda reprimida. Porém, o que se almeja abarca é um sentido micropolítico, que condiz com a forma particular de cada pessoa idealizar um serviço, dentro de um atendimento que contemple a sua necessidade. Portanto, agir na formação do profissional de saúde mental e construir espaços de educação permanente em saúde, aponta para uma direção de alinhamento entre a teoria e prática, pois não transforma-se a realidade atual inserindo inúmeros serviços que reproduzam formas opressoras e manipuladores. Pelo contrário, é fundamental que serviços sejam condizentes à realidade.

Um empoderamento que conduza a reflexões sobre a vida. A vida é um processo de aprendizagem constante. Aprendemos todos os dias. Lições que servem como fortaleza para o enfrentamento das vicissitudes da vida. E neste

processo de aprendizagem, aprende-se a ser profissional, técnico, porém aprende-se também a maior de todas as lições, aprende-se a ser humano, no sentido amplo da palavra, e não somente no orgânico-biológico. A plenitude de estar com o outro e para o outro é importante. Assim, por inúmeras vezes o conhecimento técnico passa a segundo plano, dando espaço a algo mais importante, o respeito pelo outro, pertencente de saberes próprios.

CAPÍTULO II

Se essa rua, se essa rua fosse minha
Eu não mandaria em nada
Viveria leve como a brisa do amanhecer,
Como os raios de sol que atravessam os galhos
E as folhas dos arbustos da praça.
Viveria livre nas tardes alaranjadas do pôr do sol
E no cortejar dos pássaros.
Viveria solto sob o brilho do luar
E do céu estrelado.
Se essa rua fosse...

Luciana Diederich

2. ASPECTOS HISTÓRICO-ESTRUTURAIS DA CONSTITUIÇÃO DO FENÔMENO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE MANAUS

Este capítulo buscou compreender o fenômeno das populações vivendo em situação de rua a partir de uma perspectiva histórica e estrutural. Enfatizamos, desde já, que este fenômeno não é natural. Pelo contrário, carrega consigo inúmeros fatores determinantes que se correlacionam com o *modus operandi* das sociedades capitalistas. A partir de dados históricos e outros extraídos de pesquisas produzidas no contexto nacional, buscamos estabelecer possíveis

correlações com a constituição do fenômeno das populações vivendo em situação de rua no contexto amazônico, tanto na formação da problemática social, quanto no âmbito das políticas públicas que se propõem ao enfrentamento da questão.

O surgimento de populações em situação de rua confunde-se com o surgimento do próprio capitalismo, que transformou camponeses em empregados assalariados. O violento e bárbaro processo de expropriação, sofrido pela sociedade camponesa no fim do feudalismo, teve como desdobramento o êxodo da comunidade rural para as cidades pré-industriais. Esse fenômeno migratório ocorreu em praticamente todas as sociedades capitalistas, apresentando especificidades a partir de contextos socioculturais distintos. Neste sentido, aqueles que não detinham os meios de produção viram-se obrigados a vender a única “mercadoria” que lhe restaram, a mão de obra. Ocorre que, a população de camponeses que foi expulsa violentamente de suas terras, não foi incorporada na indústria das grandes cidades, na mesma velocidade com que se tornaram disponíveis.

Tem-se, portanto, a formação de uma população, considerada desqualificada para os novos postos de trabalho; extremamente pobre que não havendo alternativas viu-se obrigada a fazer das ruas, sua moradia. “Muitos se transformaram em mendigos, ladrões, vagabundos [...] na maioria dos casos por força das circunstâncias” (MARX, p. 851, 1988). O fenômeno do pauperismo expandiu-se pela Europa Ocidental no século XVIII, fazendo com que se tomassem medidas contra a chamada “vadiagem” por meio de legislações específica que puniam os “vagabundos” com trabalho forçado e outras formas de punição. O trabalho, nesta perspectiva, era vislumbrado como a maior qualidade da humanidade. Os que se negavam a vender sua força de trabalho, ou mesmo aqueles que não eram aceitos pela indústria foram estigmatizados.

Várias medidas foram criadas para garantir que os indivíduos entrassem no mercado de trabalho com sua força de trabalho, todas elas expressando a concepção de que o desemprego seria voluntário, portanto deveria ser criticado e punido. São exemplos dessas medidas: a proibição da mendicância; marcar os mendigos com ferro em brasa para localizar os reincidentes; a deportação para as colônias dos que “não queriam” trabalhar; a criação das *Workhouses*, na Inglaterra e dos “hospitais gerais”, na França, onde os sem trabalho eram internados e obrigados a trabalhar (GONÇALVES, p. 36, 2010).

Essas medidas tinham a função de corroborar com a ideologia do trabalho a qualquer custo e sem medidas protetivas para classe trabalhadora. O reforço incessante desta ideologia ajudou a formar o pensamento capitalista sobre o trabalho, o qual enfatiza que os “sem trabalho” não trabalham por livre e espontânea vontade, e por esse motivo merecem a fome até mesmo a morte. Sendo assim, o surgimento das populações em situação de rua possui relação direta com a constituição histórica do capitalismo, sendo engendrado pela i) a expropriação dos camponeses de suas terras, ii) pela dissociação entre força de trabalho e os meios de produção (acumulação primitiva), iii) pela imposição do trabalho e da venda de mão de obra, e principalmente, iv) pela formação de uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva que serve justamente para manter salários pagos a trabalhadores em sintonia com necessidades do movimento de expansão e retração do capital (SILVA, 2009).

Para Tiene (2004, p.19), “a mulher e o homem são levados a morar na rua por uma condição imposta pela sociedade de classes, organizada para defender a mercadoria e o mercado, e não a pessoa e a vida”. Wanderley (1995) ressalta que a população em situação de rua encontra-se na borda da linha da superpopulação relativa ou exército industrial de reserva. Conceitualmente, o autor chama de *lumpen-proletariado* que corresponde ao limite populacional da superpopulação relativa que é negada reiteradamente pelo capital. Nesta perspectiva, o limite do exército industrial de reserva ou lumpen-proletariado, pode assumir três formas populacionais: a população flutuante, a população latente e a população estagnada (SILVA, 2009).

A população flutuante refere-se a trabalhadores que em determinados momentos são atraídos para mercado de trabalho e, em outros, são repelidos de acordo com o movimento de expansão e retração do mercado. Essa categoria é formada principalmente por pessoas de meia idade, pois os jovens possuem maiores chances de adentrar no mercado de trabalho. Já a população de meia idade encontra-se “‘liberada’ da indústria [...] principalmente nos polos industriais [...]” (SILVA, p.98, 2009). A população latente é formada pelos movimentos migratórios do campo para as cidades, tendo em vista o processo de expropriação das terras da população camponesa. O fenômeno da população latente pode ser observado em todas as sociedades capitalistas.

No Brasil, mudanças ocorridas na transição da economia de base agrícola para modelo urbano industrial, nas décadas de 1930 e 1970, foram acompanhadas de um contingente de pessoas vivendo em situação de rua, especialmente nas cidades de São Paulo (SILVA, 2009). No que se refere à população estagnada, esta corresponde à parcela da classe trabalhadora que se encontra ativa, mas em atividades irregulares sem a devida proteção dos direitos trabalhistas. Cumprem normalmente longas jornadas de trabalho e recebem baixos salários. Segundo Silva (2009), os dados coletados sobre população em situação de rua no Brasil apontaram que a maior parte daqueles que hoje vivem nas ruas, vivenciaram esta condição num período anterior à situação de rua.

Embora essas tipologias facilitem uma melhor compreensão do fenômeno, a literatura produzida sobre população em situação de rua enfatiza que esta condição de vida possui múltiplos determinantes. O que se verifica tendo em vista a heterogeneidade identificada na população. De acordo com Escorel (2000), em todas as pesquisas produzidas sobre o tema, é possível observar uma diversidade de perfis e não um único perfil ou bloco social homogêneo de pessoas vivendo em situação de rua.



Figura 01 – Moradias do entorno da Feira Manaus Moderna. (Andreza Vidinha, 2018)

A questão da pobreza aparece nesse contexto como questão central. A pobreza ultrapassa os limites da questão econômica. Em uma sociedade capitalista, o trabalho e o custeio da própria vida estão vinculadas a representação social sobre a própria dignidade humana. Esta ética do trabalho define os indivíduos em trabalhadores/honestos e vagabundos/marginais, ou seja, a identidade individual é fortemente marcada pela inserção no mundo do trabalho.

2.1 Contexto socioeconômico do estado do Amazonas e população em situação de rua

De forma sucinta, entendemos que o crescimento das populações vivendo na rua correlaciona-se com as transformações ocorridas nas condições de trabalho. Acreditamos que os movimentos de expansão e retração do capital; de oferta e de negação de emprego; períodos de estagnação e de crises econômicas. Apresentam-se como pontos nevrálgicos que contornam e dá forma a problemática social. Seguindo este pensamento, indagamos que a compreensão da expansão do capitalismo na Amazônia nos ajuda compreender a formação do fenômeno das populações vivendo em situação de rua em um nível territorial/local.

A economia do Estado do Amazonas era baseada na exploração da borracha natural nas florestas e seringais. As mudanças ocorridas no setor econômico no Estado, antes de base extrativista para o atual modelo industrial, marcaram o início de um movimento de vertiginosas transformações não só na economia, mas também nos aspectos demográficos, ambientais, sociais e culturais da região amazônica. A partir da década de 1970, a capital amazonense passou a oferecer uma série de benefícios para empresas do setor industriário, nacionais e estrangeiras, instalarem-se na capital onde está localizado o Polo Industrial de Manaus (PIM).

A Zona Franca de Manaus (ZFM) foi implantada durante a ditadura militar como medida para promover o desenvolvimento e a ocupação da região que até então era tida como despovoada e subdesenvolvida. A fonte de economia da região era baseada na exploração da borracha.

A criação da Zona Franca de Manaus foi justificada pela ditadura militar com a necessidade de se ocupar uma região despovoada. Era necessário, portanto, dotar a região de "condições de meios

de vida" e infra-estrutura que atraíssem para ela a força de trabalho e o capital, nacional e estrangeiro, vistos como imprescindíveis para a dinamização das forças produtivas locais, objetivando instaurar na região condições de "rentabilidade econômica global (SERÁFICO e SERÁFICO, p. 99, 2005).

A partir do advento da ZFM, a cidade de Manaus passou a ser concebida com grande atrativo não só para as empresas do setor industriário, mas principalmente para a população vinda do interior do próprio do Amazonas e de outras regiões do país, que viram nas transformações ocorridas no setor econômico da região, uma oportunidade para melhoria nas condições de vida. Levantamentos demográficos obtidos a partir dos Censos de 1980, 1991 e 2010 corroboram a tese da intensificação migratória que atingiu o município de Manaus após a implantação do ZFM. Os dados evidenciam que Manaus recebeu em média 400 mil habitantes a cada década, desde a implantação da ZFM. Os novos habitantes vinham de outras regiões do país e de municípios do interior, em busca de emprego nas diversas fábricas que foram se instalando na região. O ideário de povoar a região foi bem-sucedido, entretanto este povoamento representou crescimento desordenado da cidade.

De acordo com dados do Censo de 1980, Manaus possuía 629.666 habitantes, sendo: 84,33% de pessoas naturais e 14,49% de pessoas vindas de outras unidades da Federação. Já a porcentagem de pessoas vindas dos municípios do interior do estado para a capital, foi de 0,59% da população total de Manaus. Na década seguinte, mudanças demográficas se intensificaram ainda mais. Segundo o Censo de 1991, Manaus apresentou população total de 1.011.501 habitantes. Os dados apontaram também crescimento no número de pessoas vindas do interior para a capital amazonense. Tomando como parâmetro a população total do município de Manaus em 1991, 13,34% eram constituídas de pessoas que migraram dos municípios do interior do estado (BRASIL, 1980; 1991).

Censo Demográfico realizado em 2000 registrou que o município de Manaus tinha uma população de 1.405.835 habitantes. Destes, 64,79% eram naturais; 17,27% eram pessoas vindas de outras unidades da Federação; 17,56% eram migrantes amazonenses (BRASIL, 2001). No levantamento de 2010, o município de Manaus apresentou população total de 1.805.000 habitantes, sendo 146.337 desocupados e 468.084 ocupados.



Figura 02 – Praça da Igreja dos Remédios. (Andreza Vidinha, 2018)

Atualmente mais da metade da população do Amazonas vive na capital. O intenso crescimento populacional em um curto período de tempo, aliado ao despreparo do governo em lidar com novas demandas sociais, ajudou a delinear um novo cenário de disparidades sociais na capital. O que reflete na denominação do Estado-capital, assim conhecido popularmente, traduzindo a concentração dos serviços na capital.

A implantação do PIM inaugura um novo período econômico na região [...] o acirramento das desigualdades sociais, o crescimento vertiginoso da violência urbana, o estrangulamento da malha viária, a intensificação da sensação de insegurança (ANDRADE, p.93, 2012).

Problemas esses que são agravados em meio às diversas crises do setor industrial, fazendo com que parte significativa dos trabalhadores “liberados” pelo mercado de trabalho formal, busquem os meios necessários para as necessidades básicas no trabalho informal. De acordo com Castel (1998), o trabalhador que atua na informalidade perde os direitos básicos que garantem a proteção social em situações de doença, velhice, morte ou incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho. “A passagem pelas ruas e calçadas dos bairros da periferia de Manaus e até mesmo do centro da cidade nos revela a

proliferação das atividades informais, vendedores ambulantes, barraqueiros e quituteiros disputam com as grandes lojas os clientes passantes” (ANDRADE, p. 94 2012).

Embora este cenário tenha sofrido interferência do governo com a criação de “camelódromos”, nem todos os ambulantes tiveram acessos ou tampouco aderiram a proposta, pois os locais disponibilizados não favoreciam a venda de mercadorias. Seguindo o exemplo do que ocorreu em outras cidades industriárias do país, trabalhadores que vieram em busca de emprego nas fábricas do PIM não foram “absorvidos” pelo mercado de trabalho na mesma proporção em que se tornaram disponíveis. A formação de uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva de trabalhadores ajudou a aprofundar a pobreza e desigualdades sociais na região.

Nesta perspectiva, as relações com o trabalho encontram-se como aspecto relevante nas determinações do fenômeno das pessoas vivendo em situação de rua na cidade de Manaus, entretanto, ao considerarmos que nem todos que estão na rua, partiram de uma imposição relacionada ao mundo do trabalho, mas também por escolhas do viver. A classe trabalhadora, atraída pelas oportunidades do setor industriário na região norte, deparou-se com a impossibilidade de o capitalismo promover a oferta emprego para todos. Logo, formou-se uma massa de pessoas “desocupadas” vindas de outros estados e municípios do interior do Amazonas que, tendo e vista a situação de extrema pobreza, viram-se obrigados a fazer da rua seu local de moradia. O que condiz com o que Marx denominou “população flutuante”, ou seja, segmento da classe trabalhadora formada por pessoas, ora atraídos pelas promessas de emprego ora retraídos pelo mercado de trabalho de acordo com os movimentos de expansão e retração do capital.

Não obstante, o fluxo migratório da população do interior do estado para a capital se relaciona com o fenômeno da população latente. De acordo com Marx, este segmento da superpopulação relativa é formado por pessoas vindas do campo para as cidades industriais em busca de emprego. O mundo do trabalho vem sofrendo continuamente transformações cujos impactos recaem sobre a organização do trabalho (relações sócio-profissionais, modos de gestão, dentre outros), aprofundando a questão do desemprego estrutural, da exclusão social, da

instabilidade que permeia as relações de trabalho atuais, que podem compelir no trabalho informal e levar as pessoas a condições de vulnerabilidade e risco social. Vivemos num sistema capitalista com inúmeras imposições que determinam o modo de viver das pessoas e com elas os reflexos nas relações sociais, conviver com os demais é um desafio constante que levam a prova a própria sanidade mental.

2.2. Dados sobre PSR na Região Norte

A estimativa é que 101.854 pessoas vivem em situação de rua no Brasil, os municípios com mais de 900 mil habitantes, concentram o maior percentual de PSR, cerca de 40,1%. A Região Norte concentra cerca de 5% do total de PSR no Brasil. Embora os dados apresentados pelo IPEA (2017), permitam certa contextualização do fenômeno, uma análise mais detalhada não se torna possível pelo fato das pesquisas não serem capazes de informar estimativas precisas para cada município.

Sabemos que há uma discrepância entre os dados oficiais e a realidade factual, percebida pelas ruas de Manaus, empiricamente. Existe uma miscelânea de perfis e de histórias de vidas das pessoas que ali fazem seu local de sobrevivência e de pertencimento.



Figura 03 – Calçada do Porto de Manaus, Centro. (Andreza Vidinha, 2018).

2.3. Políticas Públicas para as pessoas em situação de rua

O processo de Reforma Sanitária no Brasil tem suas raízes na década de 1970, em meio à ditadura militar e, portanto, em um período de exceção democrática. Sendo assim, é um movimento da saúde, pela busca da democratização da saúde, que se junta a demais anseios de outros tantos movimentos, que visavam à democratização em outros setores sociais. A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) pode ser entendida como um conjunto de ideias que propunham mudanças na saúde, sem, contudo, se restringir a esta. Desta forma, pode ser considerada também como uma reforma social, porque pensa as questões de vida, dos condicionantes sociais, culturais, econômicos que influenciam na qualidade de vida da população (PAIM, 2008).

No processo de redemocratização do Brasil, depois da ditadura militar, houve todo um processo de garantia de direitos, em grande parte pela pressão dos movimentos sociais. A Constituição Federal de 1988 foi aclamada como “Constituição Cidadã”, devido à garantia de direitos nela expressa. Com a Constituição, vieram as leis complementares e estatutos, como a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Estatuto do Idoso, bem como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ambos visando o atendimento universal em todo território nacional.

É neste processo que se estrutura o SUS e as políticas setoriais, como o Programa de Saúde da Família (PSF), que busca uma atuação de Saúde Coletiva diferente da hospitalocêntrica, com base no território e nas especificidades locais. Também é momento da Reforma Psiquiátrica e da mudança do paradigma de manicômios para a rede de atenção psicossocial, uma das cinco redes prioritárias do SUS (cegonha, crônicos, urgência e emergência, pessoa com deficiência e da atenção psicossocial), além de programas como o Bolsa Família (PBF), que prevê ações conjuntas e intersetoriais entre a Saúde e a Assistência Social.

De forma geral, as políticas públicas nascem das demandas advindas da sociedade. No que se refere à população em situação de rua, até pouco mais de 10 anos se quer existia censo sócio-demográfico sobre esta população. As primeiras estimativas ocorreram no fim da década de 1990, por meio do protagonismo das cidades de Porto Alegre (em 1995 e 1999), Belo Horizonte (em

1998 e 2005), São Paulo (em 2000 e 2003) e Recife (em 2004 e 2005). Uma análise do parâmetro nacional ocorreu somente em meados em 2008, com a realização do o Primeiro Censo Nacional da População em Situação de Rua.

Atualmente existe uma variedade de políticas direcionadas às PSR. A assistência à saúde deste segmento, que antes estava ligada quase que exclusivamente, ao Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), geralmente por meio de atendimentos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. O debate sobre saúde para população em situação de rua ganhou mais força na atualidade – e também nas políticas governamentais – mas anteriormente era vinculado aos “consultórios de rua”, ligados ao Centro de atenção psicossocial. Somente nesta ligação, com a rede de apoio psicossocial se fazendo evidente, esta população era classificada: “ligada as alterações comportamentais”. Afinal, grande parte da sociedade não consegue entender como muitas pessoas escolhem viver nas ruas.

Nesta perspectiva apenas a loucura justificaria tal escolha de vida. Além disso, de todas as informações colhidas em pesquisas e censos sobre a PSR, o que ficou mais evidente para os gestores foi a relação com as drogas, já que o atendimento, inicialmente, é preferencial para o apoio psicossocial. Os cuidados à saúde das PSR hoje estão vinculados ao Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS). A amplitude do atendimento tem caráter mais generalista, ou seja, não restrito à saúde mental, mas de outras questões da saúde da PSR, como doenças crônicas (hipertensão, diabetes), doenças sexualmente transmissíveis, machucados nos pés, saúde bucal, tuberculose, etc.

O Consultório na Rua (CnRua) é uma espécie de “UBS itinerante”, que faz o que a saúde denomina como busca ativa de usuários. Assim, uma equipe itinerante faz rondas nas ruas, em busca da PSR e outros usuários que ficam nas ruas, que necessitem de atendimento da saúde básica. Tais dispositivos são conhecidos como serviços “porta de entrada” das PSR no Sistema Único de Saúde. Estes usuários, até então invisíveis para toda a sociedade, hoje têm no consultório na rua uma possibilidade de abertura para outros serviços, o que ainda caracteriza uma espécie de tutela, onde os profissionais do CnRua pleiteiam acesso e garantias de atendimentos. A política se estruturou de forma universal, em busca de ampliação da cidadania e respeitando o pacto federativo.

Ou seja, há atribuições e competências para os três níveis de governo, seguindo o que prevê a LOAS e a NOBS/SUAS (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social), com foco na ação sobre as desigualdades sócio-territoriais em suas múltiplas configurações. Porém, tornar exequíveis as diretrizes estabelecidas no âmbito do Estado, requer lutas cotidianas pela implementação dos serviços contra as residências éticas/ideológicas que acreditam que tais políticas são utópicas.

A grande questão é que este é um serviço recente e disponível apenas para cidades maiores e, como ainda não é muito conhecido, sofre muita recusa de inserção na rede de atendimento. Nesse contexto, representa a garantia de acesso aos demais, na lógica de que as pessoas que estão na rua têm inúmeras necessidades e tem visto diminuir seus direitos básicos. Outrossim, considerando que o processo saúde-doença é impactado diretamente pelas desigualdades sociais presentes no mundo capitalista, temos:

A posição social dos indivíduos e grupos sociais, medida por indicadores de classe social, variáveis isoladas como escolaridade e classes ocupacionais, ou a partir das condições de vida em determinados espaços geográficos, é um poderoso determinante do estado de saúde das populações, atuando sobre o perfil de morbidade e mortalidade e também sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde (BARATA, p. 39, 2016).

Poderia se explicar desigualdades sociais em saúde da sociedade a partir desta compreensão. Porém, várias teorias foram exploradas para se chegar à conclusão de que as desigualdades sociais englobam também dimensões econômicas, jurídicas, políticas e ideológicas. Barata (2016) apresenta quatro destas teorias: a primeira, mais antiga e mais aceita, refere-se à questão econômica, sendo a concentração da riqueza o principal condicionante da saúde; a segunda, é a psicossocial, que atribui importância à percepção da desvantagem social como elemento disparador de doenças; a terceira diz respeito à teoria da determinação social do processo saúde-doença e recai na ênfase a mecanismos de acumulação do capital e distribuição de poder; a quarta teoria é a ecossocial, baseada na ruptura da visão linear dos processos e propositora da impossibilidade de separação entre o biológico, o social e o psíquico.

Para a autora, desigualdades no estado de saúde estão vinculadas à organização social e tendem a traduzir as iniquidades presentes na sociedade. Ora, se vivemos numa sociedade capitalista, compreendemos que as desigualdades sociais são uma de suas características, inclusive alimentando o próprio sistema. Fantasiar que viveremos sem elas é o mesmo que afirmar a mudança do sistema. Entretanto, pensar nos impactos das desigualdades na qualidade de vida é pensar não apenas em como os mais pobres são afetados, mas também em como as demais classes são afetadas, haja vista que ocorre a deterioração da vida pública, a perda do senso de comunidade e o aumento da violência.

Emergem, então, as políticas públicas que para a autora refletem como enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, capazes de transformar os determinantes, impactar na distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos das relações de poder. Pensando em como as desigualdades sociais afetam a saúde das pessoas, o caminho percorrido foi o de construir políticas públicas que proporcionassem outras possibilidades, em direção às garantias dos direitos. A Lei n. 8.080/1980, segundo Jorge, Carvalho e Silva (2014) seria uma grande conquista que incorporou as diretrizes presentes na Constituição Federal, assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado, e ainda evidenciando princípios como a universalidade, a integralidade e a preservação da autonomia das pessoas. Sendo, assim, o SUS reconhecido mundialmente como um projeto transformador, ele ousa em ser para todos, sem distinção, mas no cotidiano enfrenta grandes obstáculos.

Concebendo a saúde em sentido amplo e complexo, lançamos mão de outras dimensões do viver para entender como o processo saúde-doença é influenciado e como os mais desprovidos economicamente, politicamente e socialmente são afetados. Nesta escala, temos as pessoas em situação de rua, que tem no decreto Nº. 7.053, de 23 de dezembro 2009, a firmação da política nacional para a população em situação de rua, garantindo direitos e possibilitando novas discussões no campo da saúde, da assistência, da justiça e demais setores.



Figura 04 – Praça da Igreja da Matriz. (Andreza Vidinha, 2018)

Passamos a constituir população em situação de rua

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. Decreto n. 7.053, 2009.

Presente nesta definição há uma gama de pessoas que vive e faz da rua seu lugar de subsistência, por meio de escolhas nem sempre dadas a partir de alternativas. Aqui, estamos tratando de uma sociedade impositiva, seletiva e desigual, que tem na política pública meio de sanar algumas dívidas históricas. O decreto Nº 7.053/2009 apresenta como princípios, além da igualdade e equidade, i) respeito à dignidade humana; ii) direito à convivência; iii) valorização e respeito à vida e à cidadania; iv) atendimento universalizado; e v) respeito às condições sociais e diferenças. E resumidamente como diretrizes a i) promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, a ii) responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento, a iii) articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal e a iv)

integração das políticas públicas em cada nível de governo. Tais preceitos fazem desta política um marco histórico em assegurar direitos as pessoas invisíveis na sociedade.

Destacamos como objetivo da política “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda”. Esses são desafios expostos para toda a sociedade que, segundo a política nacional, deve contar com um Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, composto por titulares dos órgãos e entidades, em nível federal e estadual. O comitê federal tem como uma de suas atribuições elaborar planos de ação periódicos, com o detalhamento das estratégias de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, especialmente quanto às metas, aos objetivos e às responsabilidades, considerando as propostas elaboradas pelo Grupo de Trabalho Interministerial instituído pelo Decreto de 25 de outubro de 2006.

No ano 2013 foi instituído um grupo de trabalho (GT) do qual fiz parte. A necessidade de formar este grupo adveio de ordem judicial que determinava a retirada de adolescentes e jovens de baixo de uma conhecida ponte de Manaus, a Ponte Caco Caminha. Alegava-se que estes viviam se “drogando” e que precisavam de tratamento. A ordem estava pautada em uma higiene social que ainda impera nas cidades. Este grupo de trabalho era composto por diversos segmentos institucionais, entre eles, assistência e saúde, e ainda representantes das organizações da sociedade civil que desenvolvem trabalhos na rua.



Figura 05 – Ponte Caco Caminha, bairro São Raimundo. (Andreza Vidinha, 2018)

O grupo de trabalho (GT) realizou encontros para discutir a problemática e dar uma resposta à Justiça. De certo que não se comungava com a ideia de higiene social, projetada mediante a imposição de retirá-los do local onde compartilhavam suas vivências. Membros do GT realizaram visitas para compreender a situação vivida e destacaram, em razão da denúncia, que os quais lá se encontravam (adolescentes e jovens) faziam daquele local seu refúgio, local de chegada e partida. Foi entendida essa, assim sendo, a partir do viés da territorialidade. E dentro do campo de ação do GT foram feitas articulações com outros serviços, visando garantia no acesso a outros atendimentos, e se iniciou um trabalho em conjunto com os profissionais na ampliação da cidadania.

O exemplo aponta que políticas públicas tendem a salvaguardar direitos dos que encontram obstáculos na construção de sua cidadania. Todavia, políticas sociais, segundo Silva (2009), dentro das sociedades capitalistas, também esbarram em desigualdades sociais que alteram os propósitos dos objetivos, fazendo com que se vislumbre um horizonte como algo a reduzir desigualdades

sociais, em busca da igualdade de condições, mas que em certa medida seu alcance é condicionado por luta de classes e controvérsias estruturais.

No caso dos adolescentes e jovens fazendo uso de álcool e outras drogas devemos nos reportar também a outra política nacional, a de redução de danos, instituída pela portaria n. 1.028 de 01 de julho de 2005, que determina ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. A portaria no seu Art. 3º define que as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando-se as necessidades do público alvo e da comunidade.

A política de redução de danos reconhece que algumas pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas não querem, não podem, e/ou não conseguem parar de usar, e que nem todos que usam estas substâncias são dependentes. Esta necessidade de livrar o mundo e as pessoas das drogas é tão somente um devaneio ou uma utopia. Lancetti (p. 30, 2015) denomina de contra-fissura esse afã de resolver imediatamente e de modo simplificado problemas de tamanha complexidade. Surge a judicialização da saúde em nome da preservação da vida e de tantas outras práticas ineficazes frente ao uso problemático das drogas. Para o autor, os que entram neste viés como salvadores ou como corretores de almas unem-se às correntes cientificistas que fazem uma leitura contra-fissurada da ciência, propondo tratamentos baseados em castigos e recompensas, que não fogem dos moldes manicômias de ajustamento das pessoas.

Limpar as ruas das pessoas que fazem uso de drogas é tão somente uma tentativa fracassada de refletir sobre a problemática, bem como se trata de uma armadilha paliativa de se encarar a questão. Os espaços que se criam para isolamento geográfico das pessoas que usam álcool e outras drogas representam uma ameaça para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e que Lancetti (2015) afirma fazer parte do conjunto-droga: produção-comercialização-judicialização-repressão-cuidado-terapêuticas-exposição mediática. As comunidades terapêuticas infringem os direitos humanos porque se baseiam na laborterapia, na abstinência e num enquadramento moral que buscamos superar. Estes espaços ganham vida e substituem na modernidade os hospícios. Se antes os desviados

eram enclausurados nos manicômios para a cura ou mesmo para isolamento, hoje temos as comunidades terapêuticas.

Esta sociedade lança o combate as drogas por meio de campanhas preventivas, palestras de agentes militares, relatos de arrependidos que encontraram na religião sua salvação, usam a ciência médica para mostrar os efeitos nocivos, mas nada disso é suficiente. Pelo contrário, o consumo de álcool e outras drogas vem aumentando, denotando o efeito iatrogênico desta lógica, como versa Lancetti (p.29, 2015). As campanhas alarmistas fazem parte da guerra às drogas, mas produzem o efeito contrário ao supostamente desejado e têm contribuído para expandir o mercado negro, o mercado branco e o consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Enquanto se pensar na questão com foco na substância consumida, ou na investigação de uma patologia que cause tal consumo se distância cada vez mais da pessoa, as internações da mesma pessoa se intensificam e traduzem a ineficácia deste dispositivo, caracterizando uma porta giratória. Quando a pessoa é adolescente, a contra-fissura vem disfarçada sob o lema de medida protetiva, porém o que se tem na prática são internações desnecessárias, e adolescentes arredios para uma possibilidade de tratamento. Realidade vivida nas cidades, e em Manaus também, pois a contra-fissura é um chamamento do mundo capitalista.

A contra-fissura é o primeiro obstáculo a ser vencido para poder se relacionar com pessoas, biografias, corpos e também para elaborar políticas inteligentes e eficazes. Mas quando os programas assistenciais começam a funcionar os egos crescem paralelamente aos drogados que assistem, e a contra-fissura, metamorfoseada, reaparece. Nunca nos livramos dela. (LANCETTI, p.41, 2015)

Temos de um lado a contra-fissura que leva as internações involuntárias e compulsórias, numa premissa de abstinência, de outro lado uma política nacional que não ganhou força para emplacar as ações de redução de danos na cidade de Manaus, combatida pelo senso comum e pelo chamamento histórico das internações, por uma clínica da patologia onde as experiências de vida não aparecem como reflexo da subjetividade. Rey (2011) refere que o conhecimento de como as pessoas vivem facilita compreender as produções subjetivas nessas condições de vida, e para quem faz da rua seu local de pertencimento não

poderia ser diferente, assim, para os que ofertam cuidados para as pessoas em situação de rua deve-se considerar seu modo de vida como:

Um sistema de configurações subjetivas em desenvolvimento que ganham certas dimensões dominantes no espectro de comportamentos aparentemente diversos das pessoas; os pontos de congruência desses comportamentos em seus desdobramentos simbólico-emocionais passam a ser momentos de hegemonia de umas dessas configurações subjetivas sobre as outras (REY, p. 39, 2015).

Refletindo sobre este panorama, o GT continuou com seus encontros discutindo sobre as possibilidades que a cidade apresentava para o cuidado das pessoas em situação de rua, quando veio a ordem judicial de retirar as pessoas insanas que se encontravam perambulando pela cidade, e coincidentemente esta ordem surge nos preparativos para receber jogos da copa mundial de futebol. Há uma crença popular de que, com as mudanças da assistência da saúde mental, principalmente por não abrigar mais as pessoas no Centro Psiquiátrico, ouve um aumento dos loucos vagando pela cidade. Cientificamente, tal fato não é comprovado. Observa-se que são geralmente as mesmas pessoas, os conhecidos da cidade, e que em todas as cidades, seja metrópole ou não, são notados.

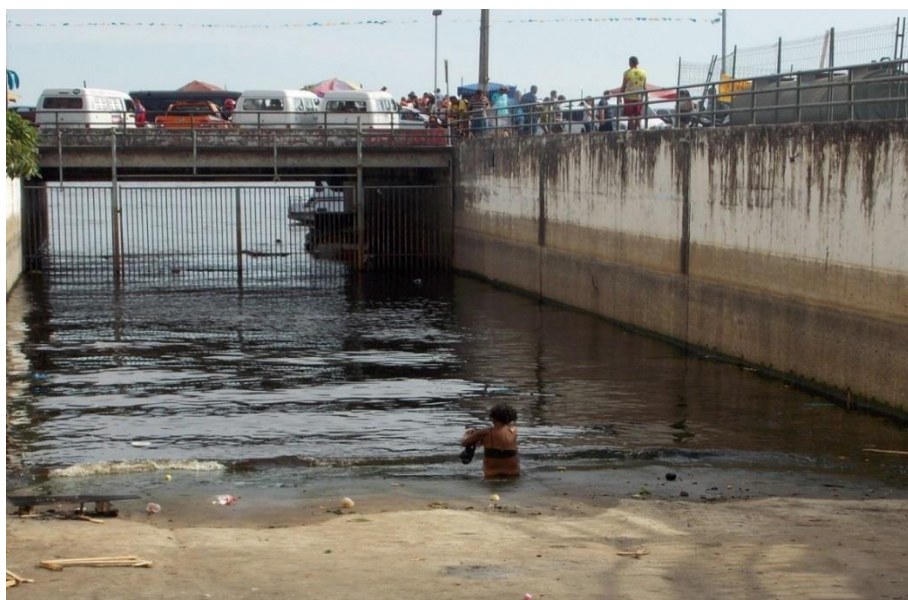


Figura 06 – Mulher banhando-se na orla do rio Negro, ao lado do Mercado Adolfo Lisboa. (Andreza Vidinha, 2018).

Afirmar que a mudança de modelo assistencial deixou as pessoas desabrigadas é uma infame. Talvez o que pode ter ocorrido é que agora não seja tão invisível as que andam nuas nas ruas. Pois não há como escondê-las. Outra variável pode ser atribuída à quantidade insuficiente de serviços substitutivos que ofertem cuidados apropriados e adequados a estas pessoas, justamente na clínica do sujeito, na clínica que considere a subjetividade.

A subjetividade nos permite reconhecer uma forma específica e única dos processos humanos, permite a integração dos múltiplos outros das práticas sociais nas configurações subjetivas das pessoas que participam dessas práticas, assim como da própria configuração subjetiva dos espaços sociais em que essas práticas acontecem. O social não é algo dado, externo, passível de se tornar o referente geral para qualquer um que atue nesses espaços, o social tem vida nas relações, ações, eventos e configurações que tomam forma em cada momento particular da realidade social. (REY, P. 121, 2015)

Caminhar nesta linha de cuidado que requer novas formas de pensar e agir exige do profissional novas posturas. Pitta (p. 20, 2016) versa sobre a necessidade de se refletir sobre o protagonismo dos profissionais que fomentam a cidadania do usuário em um processo de reabilitação, que para a autora “engloba a todos nos profissionais e a todos os atores do processo saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira”. Esta é a reforma que idealizamos, que queremos. Serviços que se adaptem à realidade das pessoas, ofertando cuidados singulares, respeitando a subjetividade, o modo de vida e acima de tudo a liberdade. Nesta perspectiva, foram elaborados na ocasião documentos em respostas às ordens judiciais, enfatizando políticas nacionais e tratamentos revertidos em cuidado.

Embora, atualmente temos retrocessos na política de saúde mental, temos também a militância que combate o modelo hospitalocêntrico, processo de luta caracterizado pelas grandes fases da reforma psiquiátrica, elencados da seguinte forma, conforme Vasconcelos (2010):

Primeira fase (1978-1992): denúncia, primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar, I Conferência Nacional de Saúde Mental (1986), emergência do movimento antimanicomial (1987) e primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias e serviços;

Segunda fase (1992-2001): II Conferência Nacional (1992), mobilização e conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos;

Terceira fase (2001-2010): III Conferência Nacional (2001), aprovação da Lei 10.216 (2001), expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial, e ampliação da agenda política para novos problemas a serem enfrentados (crianças e adolescentes, abuso de drogas, etc.).

O autor se refere às difíceis conjunturas atuais, mas também afirma que precisamos reconhecer avanços conquistados. No âmbito das políticas sociais, principalmente do SUS e do processo da reforma psiquiátrica, não se avança sem a presença dos movimentos sociais, numa contínua ação política. Neste contexto, temos as pessoas em situação de rua, com a necessidade de políticas públicas e direitos assegurados, seja por estarem na rua devido a condições econômicas, políticas ou sociais, sejam loucas ou não. Resta colocar em prática os princípios, diretrizes e objetivos das legislações vigentes. E ainda. A política nacional de saúde mental referencia pessoas que estão em situação de rua quando redireciona o modelo de assistência. Agora, este deve estar pautado no cuidado no território de existência das pessoas, justificando a criação dos consultórios na rua, respeitando seus direitos e suas escolhas, e também cogitando que algumas pessoas em situação de rua possam ter algum tipo de transtorno mental e pensando em um cuidado que contemple sua realidade e conhecendo sua subjetividade.

Do trabalho do GT surgiu a necessidade de formar um comitê estadual voltado a discutir a política nacional para as pessoas em situação de rua, formado por representantes governamentais e não governamentais, e desde o ano de 2017 este comitê vem se encontrando, enfrentando alguns obstáculos para sua continuidade, mas desafios são postos e não impedem de sonharmos no fortalecimento da rede, de mostrarmos que é possível cuidar sem prender.



Figura 07 – Homem caminhando pela orla do Porto de Manaus. (Andreza Vidinha, 2018).

O comitê estadual sobre os direitos das pessoas em situação de rua compreende a necessidade da realização de um censo que traduza a realidade, pois o que possuímos atualmente é um levantamento do setor da assistência social.

A participação no comitê despertou maior interesse nessas questões que dialogamos, mas que também não conseguimos encontrar soluções milagrosas, levando a reconhecer a dinâmica das sociedades capitalistas e o lugar que o louco, o morador de rua, o que está em situação de rua pode vir a representar. Para tanto, lançamos como recurso as narrativas ficcionais a seguir, que conduzirão as reflexões sobre a política nacional e outras possibilidades de cuidado.

CAPÍTULO III

De olho no amanhã,
Saudade terçã,
Vida pagã,
De como buscar a redenção
Do que nunca se quis perdão.
Segue o caminho
Sem glória, sem louvor
Sem pudor.
De olho no amanhã,
Saudade Terçã,
Vida pagã,
Nostálgica como a embriaguez

No amanhecer do dia,
Da ressaca mal dita.
Vida que segue
Sem frescor ou honraria,
Filhos esquecidos da pátria querida,
Na luta pelo pão de cada dia.
Acorda-te, levanta-te que já se avista o raiar de mais um dia.

Luciana Diederich

3. ENCONTROS E DESENCONTROS: NARRATIVAS FICCIONAIS SOBRE OS LOUCOS EM SITUAÇÃO DE RUA NA CAPITAL AMAZONENSE

Quem conhece um hospício conhece todos, como afirma Kinoshita (2016). Só depois de ter passado 15 anos trabalhando em um, pude perceber o quanto ele tinha atravessado em minha vida, e, desde agosto de 2016, coordenando a rede de atenção psicossocial do Estado do Amazonas, venho questionando como algumas vivências marcaram definitivamente meu ser,

fazendo com que nunca mais pudesse ver o mundo com os mesmos olhos. Se os hospícios são todos iguais, as pessoas que ali “habitam” não são. Cada uma com uma história que revela dor, sofrimento, angústia, solidão, perdas, ... e por vezes alegrias, felicidades de outra época. As narrativas ficcionais (baseadas a partir de casos reais) presentes neste capítulo só foram possíveis diante da escuta, do olhar, do não cristalizar diante da dor, de conseguir enxergar as pessoas além de seus diagnósticos, das suas patologias e de suas anormalidades impostas pela sociedade.

Anormalidade, conceito construído socialmente, nos remete a estar fora de um padrão considerado aceito. Foucault (2014) traça a arqueologia da anormalidade, afirmando que esta foi introduzida por três elementos, três figuras, denominadas como monstro humano, indivíduo a ser corrigido e o masturbador. A primeira figura, o monstro, surge no contexto jurídico, é a lei, neste sentido é o que não apenas viola a legislação, mas viola as leis da natureza, para o autor é um fenômeno ao mesmo tempo externo e extremamente raro, é a combinação do impossível com o proibido, está presente e viva em toda essa problemática da anomalia e em todas as técnicas judiciárias e/ou médicas no século XIX.

A segunda, o indivíduo a ser corrigido, é bem característico dos séculos XVII e XVIII. É aquele indivíduo limitado pelo contexto: família, poder interno, ou pela família em sua relação a outras instituições. Surge no conflito familiar, depois na escola, na rua, no bairro, na igreja, etc. Se a primeira figura é uma exceção, esta segunda é um fenômeno corriqueiro. Está no limite da indizibilidade, e embora seja referendado como a ser corrigido, é incorrigível, e assim vai exigindo inúmeras intervenções. A terceira figura, o masturbador, figura considerada nova, do século XIX, a criança masturbadora, surge na família, em espaço mais estreito, quarto, cama e/ou corpo. Indivíduo nada excepcional, quase universal, rodeado pelo segredo “quase ninguém sabe que quase todo o mundo pratica”.

Esse segredo, que ao mesmo tempo todo o mundo compartilha e que ninguém comunica, é colocado em sua quase universalidade como a raiz possível, ou mesmo a raiz real, de, de quase todos os males possíveis. Ele é a espécie de causalidade polivalente à qual se pode vincular, e à qual os médicos do século XVIII vão vincular, imediatamente, toda a parafernália, todo o arsenal das doenças corporais, das doenças nervosas, das doenças psíquicas (FOUCAULT, p. 51, 2014).

Esta figura introduz a etiologia sexual à anormalidade, sendo a explicação plausível das doenças em questão. Tentar superar estes paradigmas requer esforços constantes, desafios históricos que contribuem com os estigmas da loucura, dos que não vivem convencionalmente, dos que estão fora do contexto tradicional e aceitável pela comunidade. Os breves momentos retratados pelas narrativas a seguir são baseados justamente nestas pessoas que não vivem e convivem convencionalmente, nem tampouco estão sujeitas pelas regras sociais, estimadas como “anormais”.

3.1. A nua insana das ruas

Conheci Safira de uma das suas idas ao Centro Psiquiátrico, local o qual trabalhava. Percebia o carinho com que os trabalhadores a tratavam, talvez pelo seu comportamento infantil, de uma ingenuidade abnegada, cativante como ser livre. Logo de início despertou interesse, pois diante dos tratamentos destinados a outros, como aquela mulher conseguia provocar afetos positivos. Buscando mais sobre sua história, soube por funcionários antigos que sua mãe também fez tratamento psiquiátrico, e que há um tempo ambas residiam com o companheiro desta genitora. O mesmo as maltratavam com violências físicas e verbais, e frequentemente as expulsavam de casa. Quando sua mãe faleceu, em 2003, a situação agravou, resultando na expulsão definitiva da casa que residia.

A figura emagrecida, despida, sem pelos no corpo (comumente se depila integralmente, ausência total de pelos, nem sobrancelhas permanecem, com a cabeça raspada também) é conhecida pela cidade, e por vezes se direciona ao Centro Psiquiátrico para se alimentar. Permanece no local somente um período do dia, e muitas vezes sem se quer estar internada. Assim, recebe alimentos e roupas. Ao ser abordada, percebe-se seu discurso empobrecido e sem lógica, reportando-se aos demais com aspecto de submissão. Por vezes, chamando-os de tios ou tias.

Sua condição de andarilha é de longa data, possivelmente desde o falecimento da genitora. O curioso que sua nudez pelas ruas não incomoda. De certa forma, não há relatos de que pessoas peçam para a recolherem, pois na verdade já foi acolhida pela cidade. Há dez anos sofreu atropelamento. Estava deitada no chão, em frente a uma garagem, e a senhora que saiu de carro não a viu. Ficou hospitalizada durante muitos meses, perdeu o globo ocular esquerdo,

teve fratura grave da perna esquerda, mas obteve cuidados hospitalares neste período e na alta retornou para as ruas.

Atualmente, permanece vagando pelas ruas da capital amazonense, recebendo auxílio de várias pessoas em sua alimentação e vestuário. Mas como não incorporou andar vestida, continua sem o cumprimento de tal regra social, fazendo-se livre de roupas e/ou qualquer outra regra social. Safira traz consigo uma vida de perdas e sofrimentos que fizeram dela o que é: uma mulher que vaga pelas ruas da cidade, mas muito mais do que isso. Ela tem uma história rica de possibilidades que nós, trabalhadores, não conseguimos vislumbrar. Ao contrário, estes são casos que nos desafiam todos os dias, provocando reflexões inquietantes de como promover saúde mental.

Estamos envoltos por necessidades de diagnósticos, mas o que são diagnósticos na psiquiatria? Os manuais de classificação não deixam escapar ninguém. Somos patologizados cotidianamente, a exemplo do:

DSM III e seus sucessores têm sido apontados como fator decisivo na configuração do cenário psiquiátrico atual, marcado pela expansão crescente de diagnósticos e patologização da vida cotidiana, pelo predomínio do paradigma biológico ou cognitivista em detrimento de concepções psicodinâmicas, psicossociais ou humanistas, pela subordinação da prática clínica aos ditames da indústria farmacêutica, pela infiltração do vocabulário psicopatológico nos processos de construção de identidades culturais, pela evacuação das noções de sujeito e inconsciente do raciocínio clínico, e assim por diante. (ZORNELLI, BEZERRA JR, COSTA, p. 15, 2014).

Safira pode até ser enquadrada por tal diagnóstico, mas este fato não é suficiente para compreender a dimensão da sua vida. Situação que para os autores remete a influência dos diagnósticos traçados nos manuais, mas também por outra visão, não somente na psiquiatria, como também na vida social.

3.2. A menina-mulher-guerreira

Por muitas vezes a caminho do plantão pensava: onde será que Cristal está? E concidentemente a encontrava no plantão. Era um caso desafiador. Já havia passado por vários serviços de acolhimento nos seus poucos anos vividos (15 anos). E ainda: já havia passado por várias perdas e adversidades. Sua genitora a rejeitou, sendo entregue para que a avó a criasse desde pequena, mas

avó a entregou para casa de acolhimento quando esta tinha 9 anos. Ela alegava que a menina dava muito trabalho. Confesso que toda vez que atendia a genitora sentia uma repulsa pela aquela senhora, pois mexia com meus conteúdos, de ouvir e ver como aquela mão rejeitava sua filha, a própria receita do mal (se é que me entendem).

Cristal não conheceu amor na família e nem tampouco nas instituições que passou. Fugia constantemente e nas ruas conheceu as drogas e a prostituição. Chegou a se envolver com roubos, sem ter acessado medidas socioeducativas. Vivia nas ruas da capital amazonense. Certa vez, soubemos que havia tentado estrangular uma juíza por conta de quererem abrigá-la novamente. Cristal não cumpria normas, regras sociais. Para ela, tudo era permitido. Porém, por traz deste comportamento, ainda conseguia ver a menina que a família abandonou e que a sociedade não protegeu. Na minha frustração de não conseguir enxergar saída para Cristal, me questionava o quanto somos incompetentes.

Aos 14 anos, sofreu um acidente de motocicleta. Havia especulação de que estava fugindo da Polícia. Teve grave fratura do braço e ficou internada em Hospital de Fraturas, mas não foi submetida à cirurgia por conta de “alterações comportamentais” (ela não seguia as regras da instituição). Teve alta mesmo assim e permaneceu com seqüela no braço, resultando numa deficiência. Na sua última internação no Centro Psiquiátrico, alegava estar grávida. Por complicações clínicas foi encaminhada a outro hospital (geral), local onde confirmaram a gravidez. Porém, o quadro clínico de Cristal foi se agravando, o que resultou em óbito. Fiquei extremamente comovida, na minha incompetência e frustração.

Cristal teve seus direitos usurpados em todos os sentidos. Encontrava-se desfilada socialmente. Para Vasconcelos (2010), o caso pode ser entendido a partir da ideia de estratos sociais geralmente caracterizados por: alto nível de desfiliação social (combinação de perda ou forte fragilização de laços relacionais/familiares, que resulta em um processo de vivência nas ruas, onde se acumulam histórias pessoais e comunitárias com elevado nível de segregação urbana e social, bem como violência cotidiana, criminalidade, exploração sexual e mortes violentas. Na verdade, não se conseguiu mobilizar uma rede de proteção a

esta adolescente, que não tinha muitas oportunidades nem saídas para se viver de outra forma.

3.3. A noiva de Jesus

Esmeralda se vira para mim e comenta como eu estava gorda. Rimos juntas. Ela, mulher corpulenta dos seus 90 quilos, começa e a me ensinar uma dieta infalível, a mesma que ela seguia. Chamava atenção por suas vestimentas (sempre branca, geralmente vestidos longos) e seu discurso religioso, místico. Afirmava ser noiva de Jesus. Com a voz doce me cativava. A conheci pelas diversas internações psiquiátricas. Possuía uma filha adulta. Tinha contato familiar, mas vínculos frágeis. E quando não estava internada vagava pelas ruas da cidade. No hospício, se ajoelhava em oração. Víamos sua imagem singular na grama do campo de futebol que lá existia, com seu traje branco e flores no cabelo, figura ímpar.

Durante muitos anos continuou desta forma. Podíamos vê-la pelas ruas, ajoelhada, clamando em direção ao céu sua súplica. A família não a aceitava. Alegava demandar muita atenção e trabalho. Familiares diziam que ela poderia dormir na casa deles, mas não teriam tempo para cuidados integrais. Com a inauguração do primeiro CAPS em Manaus, no ano de 2012, Esmeralda foi encaminhada para realizar acompanhamento, o que possibilitou um novo rumo a sua vida. Durante o acompanhamento, a filha foi acionada como cuidadora e orientada como tal, fazendo que esta acolhesse a mãe em sua casa. Esmeralda seguiu seu projeto terapêutico, mas não abandonou seus trajes brancos (graças, só que desta vez vestidos mais leves). Participava do coral e se destacava pelo tom de voz, sempre tratando a todos com sutileza e educação. Faleceu por problemas cardiovasculares no ano de 2017. E até hoje lembro de seus risos.

Talvez este possa ser um caso bem-sucedido. Sim, o é. Houve a retomada do vínculo familiar, se esse era o grande objetivo. E, embora Esmeralda estivesse em acompanhamento sistemático, podia-se afirmar que ali, ainda, existia a Esmeralda com seu jeito único de ser.

[...] tanto a religião quanto a psiquiatria são conjuntos de conhecimentos que dão sentido para situações vivenciais dos sujeitos e assim permitem que eles construam as representações necessárias diante de determinados problemas. Sendo assim, ambas são organizadoras de condutas desse agir que se

expande, sem ordem linear, para um sentir e um pensar (MACHADO, p. 28, 2001).

Se para muitos religião e psiquiatria são o controle da vida, para outros pode ser sua “salvação”. Em outras palavras, a saúde mental não condena a religião das pessoas. Sem julgamentos, sem imposições. Pelo contrário, se isso torna a vida delas mais suave e feliz, isso deve ser considerado e fazer parte do projeto terapêutico, respeitando escolhas e preferências de cada pessoa.

3.4. A louca “varrida”

Pérola, não falava “lé com cré”. Vivia nas ruas, em uma conhecida praça da cidade de Manaus. Pedia comida a comerciantes e por quem passava. Mas se não davam comida ela ficava “arredia”. Era muitas vezes conduzida pela polícia para o Centro Psiquiátrico, e lá a conheci. Comecei a procurar dados de contatos familiares e para minha surpresa descobri que Pérola tinha família.

Tentamos inúmeras vezes através de contato telefônico que a família fosse até o serviço, sem sucesso. Até que resolvi ir ao endereço registrado nos arquivos. Chegando lá, pude constatar a situação que a família vivia. Era uma invasão (nome atribuído aos locais nos quais as pessoas invadem e constroem suas casas, formando verdadeiros bairros). Era uma casa de madeira com um cômodo para cinco pessoas.

Mas não foi a pobreza econômica que me chamou a atenção, mas sim o desprezo que aquela família tinha pela Pérola. Não demonstravam nenhum tipo de afeto positivo, pelo contrário, a queriam bem longe, inclusive abriam a porta para ela ir embora, e ainda assim ficavam com o seu benefício assistencial, o que representava a fonte de renda da família.

Pérola provavelmente não tinha consciência deste fato, dado que vivia à margem dessas questões. Naquela ocasião, não conseguíamos pensar em outra alternativa sem ser a inclusão dela no serviço de residência terapêutica, e assim o fizemos. Quem vê Pérola, hoje, não imagina como ela estava anteriormente. Atualmente tem namorado na residência terapêutica, faz planos de casar com ele e nos passeios realizados pelo serviço a vemos formando um casal, sorrindo e dançando.

Trabalhos como esse mostram ser possível a reabilitação psicossocial, em busca da autonomia dos sujeitos, pois partimos do entendimento de que a reabilitação é:

Um processo que visa minimizar os efeitos negativos dos relacionamentos dinâmicos entre fatores biológicos, psicológicos, funcionais e ambientais e maximizar as habilidades e potenciais latentes da pessoa a viver através da doença com um mínimo de custo e um máximo de benefício pessoal, particularmente em termos de adquirir um ótimo nível de funcionamento e bem-estar, mesmo que a doença tenha um curso de deterioração. Hipoteticamente, o custo pessoal máximo que uma pessoa poderia acumular no tempo ocorreria se ela nunca recebesse ajuda de seu sistema primário ou secundário de apoio (PITTA, p. 134, 2016).

Pérola, de certa forma, havia perdido o contato com o mundo e seu ingresso no SRT possibilitou resgatar sentidos de afetos, estabelecer laços sociais. A SRT em Manaus não está dentro do que realmente acreditamos como modelo de inserção, mas ainda assim suscita novos olhares, sobretudo concernente a novos questionamentos, como: em que medida se superar o modelo hospital? Como não reproduzir a instituição total? Como efetivar a desinstitucionalização do hospício sem criar novas? Tantos outros dilemas que instigam diariamente o fazer saúde mental. Neste contexto, Pérola segue na sua nova casa, com os amigos do Hospício buscando fazer parte de algo maior, para fora da vila que se denominou SRT.

3.5. A sem vez e voz

A conheci ainda adolescente. Ágata hoje tem 18 anos e anda pelas ruas da cidade, embora tenha sido acolhida inúmeras vezes por vários segmentos de serviços. Em nenhum deles se conseguiu plenamente a possibilidade de superar sua condição marginalizada.

Certa vez, já na condição de coordenadora estadual de saúde mental, e Ágata ainda adolescente, participei de uma audiência com a juíza da infância e juventude. Na ocasião, estávamos discutindo o seu “destino”. Estavam presentes representantes da gestão de saúde (psicossocial), tanto Estado como do município, do Centro de Atenção Psicossocial Infantil, do Centro de Reabilitação

em Dependência Química do Estado e outros representantes da Assistência Social e o familiar (genitora).

Como ela estava internada no centro de reabilitação, estes decidiram levá-la. Nada mais justo que ela estivesse presente nesta discussão. Porém, pasmem, a Juíza ordenou a retirada dela da audiência. Sim, isso mesmo. Iríamos decidir a vida dela sem sua participação. Eu até questionei isso, mas em vão.

Ágata como Cristal também não tinham na família nenhum suporte. As mães alegavam similarmente não conseguirem controlar as “meninas”. Em particular, Ágata vivia nas ruas se drogando e se prostituindo. A mãe dela também não conseguia aguentar seu outro filho, já adulto, que especificamente tirava seu “sossego” devido ao uso abusivo de drogas. Ele vendia as coisas de casa. Mas quem iria olhar por Ágata? Decisão judicial: Ágata seria submetida a tratamento no CAPS i (sigla que denomina o Centro para atendimento infanto-juvenil), retornando para a sua casa, e seu irmão iria para o Centro de Reabilitação.

Esta decisão foi tomada e Ágata não fora consultada. Resultado: quando Ágata foi chamada para tomar conhecimento do que haviam decidido, ela simplesmente surtou, começou a chorar, gritar, dizendo que não iria voltar para a sua casa, que lá ela não ficava. E o que temos atualmente é Ágata adulta vagando de serviço em serviço, a procura de acolhida.

3.6. Marcada pelo estigma da loucura

Outra vida que envolveu decisão judicial foi a de Jade. Quatorze anos de idade, foi conduzida ao Centro Psiquiátrico com alterações comportamentais pela Unidade de Saúde da Mulher. Relatam que a adolescente tinha sido vítima de abuso sexual. Já havia realizado exame no IML e estava em tratamento contra infecção sexualmente transmissível dentro da unidade. Porém, com as alterações, julgaram mais adequado encaminhar para o serviço de referência psiquiátrica. Foi avaliada e internada, o que representaria num grande entrave para sua saída (alta).

Dentro do Centro Psiquiátrico, soubemos sua história. Vivia com a mãe (supostamente com transtorno mental) e seu avó (supostamente o agressor sexual), e constantemente era encontrada na rua usando drogas e mantendo relações sexuais com desconhecidos. Conversávamos com Jade e logo

percebíamos que tinha ali um déficit cognitivo, nem precisava ser especialista. Foi ficando no Centro Psiquiátrico, mesmo de alta médica. Não se podia devolver para o seio familiar por conta da violência sexual, mas então para onde encaminhar? Como a Justiça já havia sido acionada, por conta da violência, esperávamos que a decisão favorecesse a adolescente, o que para nosso espanto foi o inverso. Este caso chegou ao meu conhecimento enquanto coordenadora, e assim foi nos informado: que a ordem judicial era que a adolescente, por se tratar de alguém com transtorno mental, deveria ser encaminhada para instituição de saúde, ser acolhida e internada. Como assim? Permanecer no hospício!

Entra em cena a defensoria pública, que já havíamos conhecido por outras situações e no local já haviam tomado conhecimento das diretrizes da reforma psiquiátrica, representando um órgão aliado contra imposições judiciais esdrúxulas e totalmente dispares do que hoje acreditamos ser digno para cuidados com pessoas com transtornos mentais. Para recorrer e pleitear o acolhimento em instituição para crianças e adolescentes em vulnerabilidades sociais e vítimas de violências, começaria outra batalha. A instituição pleiteada não concordava com a ida da adolescente para o abrigo, por ter transtorno mental. O que se dava era que, mais uma vez, se empreita no diálogo a necessidade de acolhimento desta adolescente no abrigo resultando na sua saída do hospício. Assim, foi feita esta transferência, e por algum tempo foi respeitada. Há pouco tempo, soubemos que o abrigo conseguiu na Justiça a determinação que a adolescente retorne ao convívio familiar.

3.7. O encarcerado

Ainda plantonista do Centro Psiquiátrico, em um dia tranquilo de plantão aos sábados, chega Miguel à emergência, após denúncia de seu cárcere privado. Deparo-me com aquela pessoa no corredor, sendo conduzida por funcionários da Secretaria de Estado da Justiça e Direitos Humanos e membros do Fórum Amazonense de Saúde Mental. Homem dos seus cinquenta e poucos anos, barba por fazer, higiene precária, suas roupas sujas e odor fétido chamavam atenção. Não tinha como não olhar. Soube então sua história. Há 14 anos vivia em cárcere, sob o mesmo teto que sua genitora (idosa de 78 anos de idade), em casa de quatro cômodos em madeira.

Com histórico de acidente de trabalho, que o deixou com alterações comportamentais, levando muitas vezes a permanecer na rua, não realizava acompanhamento médico. Era apenas administrada medicação que a genitora conseguia em serviço da atenção primária. Possuía sete irmãos, mas estes não conheciam como cuidar da mãe idosa, nem tampouco do irmão deficiente. A justificativa da família era que precisavam trancá-lo para não fugir e ficar nas ruas, o que para eles poderia ser um grande risco: de ser atropelado ou abusado.

Miguel chega à emergência psiquiátrica como um animal acuado, sem conversar, com medo de contatos físicos. Fica internado a pedido da Procuradoria da Pessoa Idoso e com Deficiência, muito mais pela condição de proteção da genitora do que pelos direitos do deficiente. Permanece na internação psiquiátrica durante oito meses, e depois que foi para a coordenação sua situação acompanhou meu pensar e fazer. Participando de audiência judicial, ficou deliberada sua ida para o acolhimento do CAPS estadual, visando reabilitação para a inserção ao seio familiar ou a possibilidade de ingressar na residência terapêutica.

Durante estadia no CAPS, Miguel teve que reaprender as coisas mais simples, e uma delas era usar um vaso sanitário. Atualmente está residindo no serviço de residência terapêutica. Nada lembra a criatura animalesca que adentrou no centro psiquiátrico naquele sábado de plantão.

3.8. A selvagem

Ametista, também a conheci quando ainda era trabalhadora do Centro Psiquiátrico, anos atrás, era conduzida pelo seu genitor até a emergência, sempre na emergência, e parecia sair da mesma forma que entrava. Mulher difícil, de temperamento explosivo, entretanto com fala pueril. Como podia? Aparentava ser infantilizada, mas de difícil abordagem, não gosta de conversar. Certa vez, veio até minha direção e pediu para eu desatar o nó da corda da rede de vôlei, afirmava que era feia devido aquele nó.

Passava em torno de um mês internada, o que no meu entendimento não surtia efeito, seu genitor a visitava todos os dias, e eles eram conhecidos pelas ruas, pois andavam sempre juntos. Nas visitas vinha sempre trazendo salgado e refrigerante. Ambos andavam com a higiene precária. Ela nas últimas internações

trajando roupas com o dorso despido; ele com seu chapéu e terno (no calor de Manaus). Uma enfermeira sempre colocava ele para tomar banho no horário da visita, e ele obedecia.

Tomei conhecimento da sua situação na coordenação, Ametista tinha sido resgatada de cárcere privado. A tia, tio e primo a mantinham presa numa jaula, pois não conseguiam a controlar. Seu genitor havia sumido há dois anos e desde então eles a mantinham presa. Foi imediatamente levada ao Centro Psiquiátrico, bastante debilitada, emagrecida, mas ainda de temperamento explosivo. Atualmente cogitamos sua inserção no serviço de residência terapêutica, hipótese defendida pelo setor do judiciário, pois ainda não conseguimos acionar uma rede eficaz no próprio território.

Como alude Machado (2001) *apud* Pitta (1994) e Alves (1996), se a instituição psiquiátrica é local de desabrigo, porque pode ser caracterizado pela desvalorização do sujeito, dado que é no serviço de residência terapêutica que se propõem reabilitar e contemplar a vida?

3.9. O “incorrigível”

Era de manhã quando me ligaram para pedir uma solução, enquanto coordenadora de saúde mental. A ligação era de um funcionário de uma renomada fundação. Diz ele que se tratava de um “incorrigível”. Gabriel, com seus trinta e poucos anos, há cinco vivendo com HIV, não aderira ao tratamento e quando “resgatado” das ruas pelas condições precárias de saúde era encaminhado para a unidade de referência neste tipo de tratamento. Entretanto, segundo o que nos foi relatado, quando internado não permitia que os outros pacientes descansassem. Incomodava funcionários com seus comportamentos, passava fezes nas paredes, representava o próprio caos no serviço. Logo tinha alta.

Retornava para as ruas. Sua orientação homoafetiva era conhecida e seu caminhar afeminado chamava atenção. Fora do ambiente hospitalar era outra pessoa. Sabíamos que ainda fazia programas. Usava drogas lícitas e ilícitas. Era uma pessoa de alegria, de riso fácil, de piadas sarcásticas. No CAPS, não estabeleceu vínculo. Foi em uma Organização da Sociedade Civil (OSCIP) que encontrou acolhida para a sua voz. E foi pelos representantes desta OSCIP que ficamos sabendo do seu falecimento.

Gabriel tornou-se anjo porque na terra não encontrou seu lugar. Talvez nas ruas tenha encontrado o que queria. Sua história nos serviços é referendada pelo seu diagnóstico (transtorno de personalidade) e assim explicável ante a dificuldade de se submeter a qualquer tipo de tratamento. Mas Gabriel era além de sua patologia. Para Machado (2001), a história da psiquiatria apresenta dados externos de referência sobre o processo saúde-doença mental, onde temos teorias e saberes com características explicativas e norteadoras de base orgânica, social e psicológica. Para a autora:

[...] a gama de situações problemáticas vividas pelos doentes mentais no campo social reflete-se em suas possibilidades de ressocialização e de pleno exercício da cidadania. Sabe-se que, em nossa contemporaneidade brasileira globalizante-neoliberal, os recursos sociais são quase inexistentes para a maioria da população de média e baixa rendas. Esta é uma condição de exclusão compartilhada pelo doente mental, porém, o sujeito doente carrega ainda o ônus de representações estigmatizantes, fato que só intensifica seu drama (MACHADO, p. 82, 2001)

3.10. A travesti

Para os que acham que quando se está na gestão não se atende aos usuários, ledo engano. Rubi comparece na Secretaria de Estado de Saúde, se apresenta como travesti e diz seu nome social. Relata estar morando nas ruas da capital e solicita orientações para acompanhamento médico. Acrescenta que morou em uma residência terapêutica na cidade de Recife/PE, durante dois anos, e que tinha grande desejo de retornar a sua cidade natal. Havia ido embora de Manaus há 15 anos, por conta de seus familiares não aceitarem sua orientação e identidade. Primeiramente foi para a cidade de São Paulo, onde trabalhava de cabeleireira, mas se envolveu em uma briga de bar e como sequela perdeu a visão de um dos olhos, o direito.

Orientamos a procurar o Centro de Atenção Psicossocial, e algum tempo depois fomos acionados pelo Consultório na Rua para intervir na situação de Rubi, que estava internada em Hospital Estadual com a opção médica de amputação de uma perna, por conta de grave infecção no local. Rubi estava em situação de rua e não havia procurado sua família. Mantinha-se em

acompanhamento no CAPS, mas o CnRua entrevistou devido sua situação andarilha, de rua.

Fomos visitá-la no hospital e nos foi informado que iria amputar a perna. Ainda relataram que se ela não tivesse transtorno mental poderiam salvar a perna. Rubi fugiu do Hospital (graças) para não ter a perna amputada. Os profissionais do CAPS e do CnRua já haviam acionado a genitora, que a acolheu na sua residência, entretanto, havia necessidade urgente de cuidados médicos para que não tivesse a perna amputada. Foram, assim, articulados vários profissionais da Rede e conseguimos a internação em outro hospital, com o propósito de administrar cuidados para manter a perna. Nesse ínterim, foram contabilizados seis meses de internação e cuidados. Hoje Rubi reside com sua genitora faz acompanhamento no CAPS, onde retornou a receber seu benefício, e o principal: refez os laços familiares a partir da aceitação do que é.

Trata-se de um caso típico sobre a consideração da subjetividade da pessoa, sendo esta uma etapa fundamental para a construção de um projeto terapêutico eficaz e resolutivo. Essa subjetividade que Rey (p. 118, 2011) concebe como um sistema gerado na vida social, tal e qual uma produção de caminho simbólico-emocional nas histórias da pessoa e nas diferentes instâncias sociais que se tecem de forma viva e cambiante na definição do ser social.

3.11. Novas possibilidades

Os fragmentos de histórias narradas sob o aspecto ficcional elucubram a fragilidade da rede de atenção psicossocial que ainda tem como grande referência o Centro Psiquiátrico, embora possamos constatar cotidianamente esforços dos CAPS para atender as inúmeras demandas de toda a cidade. Porquanto, as pessoas retratadas nas narrativas tiveram em comum a rua, seja como ponto de partida ou chegada. Umas escolhendo a rua, outras não tendo outras alternativas. Viver sozinha ou estar na rua é um paradigma do pensamento tradicional do ser social moderno, que, para Furtado e Nakamura (2014), convive com esse dilema, mas isso é o oposto da solidão, sendo esta entendida como uma relação particular com o mundo, de rejeição ou fuga.

Se a rejeição e/ou fuga desencadeiam a situação de rua de pessoas, isto é uma afirmativa que elas mesmas deveriam destacar. Nossa percepção é que elas romperam com o sentido do abrigo convencional embutido na sociedade

contemporânea que, para os autores, é o suficiente para despertar nossos sentidos de proteção. Entretanto, estar na rua também pode funcionar como um invólucro a permitir a reconstrução imaginária de habitat natural e permanente, como refere os autores citados. Esta relação com a casa original retrata nossa relação com o conceito tradicional de “estar”, como se fosse um único ou mesmo lugar das fundações, de nossa presença no mundo. São ideias defendidas pelos autores e constatada nas práticas profissionais, quando buscamos sempre oferecer um abrigo tradicional.

Tomando estes pressupostos como base na política nacional de saúde mental, que prevê o serviço de residência terapêutica (SRT) para pessoas que permaneceram longas datas internadas em hospícios e manicômios judiciários e ainda para pessoas que perderam vínculos familiares e afetivos, o SRT está previsto portaria n. 3.090, de 23 de dezembro de 2011, e estabelece que serviços residenciais terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, devem ter destinados seus recursos financeiros ao incentivo e custeio dos SRTs. O disposto representa uma possibilidade de desinstitucionalização e um processo de reabilitação psicossocial. O serviço é caracterizado como uma casa assistida onde podem morar até oito pessoas. Nela, possibilita-se o resgate da cidadania. Infelizmente este serviço na capital, de gestão estadual, não está nos moldes ideais, configurando-se numa vila de moradores que saíram do hospício psiquiátrico e judiciário. Mas, mesmo assim, ainda representa um recurso para situações complexas como as das narrativas relatadas.

Furtado e Nakamura (2014) asseveram que atualmente os SRTs beiram a estagnação, mas são a única alternativa para as pessoas com transtornos mentais graves e que precisam de moradia. Para os que continuam nas ruas e escolhem este lugar como opção, enquanto dispositivo que contemple suas necessidades, o mais indicado é o CnRua, instituído por portaria já mencionada no capítulo anterior. Entrementes, basta compreendermos que estes dispositivos/pontos de atenção não recolhem as pessoas em situação de rua, na verdade eles representam uma ação de interlocução destas pessoas ante a realidade assistida. Muitas vezes sozinhas, pessoas em vulnerabilidade não procuram os serviços, ou quando procuram não têm suas demandas atendidas.

No âmbito da saúde, encontramos estas possibilidades. Na assistência social temos as abordagens sociais e o Centro Pop na capital amazonense. Essas duas pontas de ação têm assegurado programas de amparo pela Lei Orgânica da Assistência Social, Lei n. 11. 258, de 30 de dezembro de 2005, que altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, esta dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Ademais, dentre os serviços da assistência está previsto o serviço de acolhimento para as pessoas em situação de rua, via Portaria MDS n. 381, de 12 de dezembro de 2006, entretanto, desconhecemos este serviço na capital amazonense — o que muitas vezes representa um equívoco no que se refere ao público acolhido no SRT.

Independentemente se a pessoa volta para casa, ingressa no SRT, ou permanece nas ruas, há a necessidade de se elaborar um projeto terapêutico singular (PTS), o qual é desenvolvido nos serviços que irão acompanhá-la. O PTS deverá estimular a autonomia e a corresponsabilização nos sujeitos, segundo referem Vasconcelos e Jorge (2013) que, em conjunto com a perspectiva da clínica ampliada, abrem um leque de possibilidades no campo da saúde mental. Em outras palavras, o PTS é um plano de vida onde consta os gostos e as preferências da pessoa vislumbram seu bem-estar, sua autonomia e sua independência, e a medida com a qual se avalia a ação é de caráter flexível e pensa nos determinantes sociais como meio de promover a saúde mental.

Vasconcelos e Jorge (2013) *apud* Cunha (2007) acrescentam que o PTS tem quatro momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação. Pensa-se que o PTS deva ser construído em conjunto usuário-terapeuta, não como imposição, sendo que o usuário tem que fazer isso para o melhor ato, para sua positividade e sua participação é que vai torná-lo exequível. Mas também se necessita de um vínculo do usuário com a terapia, aspecto fundamental para o projeto. A terapia de referência faz parte de uma equipe que se constitui uma proposta organizativa e gerencial com uma perspectiva de criação. Ela possibilita que cada usuário reconheça qual o profissional de sua referência como responsável pelo seu cuidado e prosseguir com o projeto. Os autores seguem afirmando que as pessoas são os sujeitos responsáveis pelas suas vidas e o contato pelo diálogo e negociação deve

promover a autonomia dos mesmos, empoderando-os na construção/resgate da cidadania.



Figura 08 – Seguindo caminhando pela orla do Porto de Manaus. (Andreza Vidinha, 2018).

Sair das ruas, sair dos manicômios, permanecer nas ruas e superar os estigmas da loucura é tarefa de todos. Os loucos não escolheram serem enclausurados, a sociedade não se qualificou profissionalmente para esta segregação. Mas hoje se insiste em afirmar a necessidade de qualificação profissional no intuito de cuidar do louco em liberdade. Esta resistência se ancora no modelo hospitalocêntrico presente na capital amazonense. Lancetti (2008) alude que, para situações complexas, não há respostas simples. Precisamos nos debruçar sobre nossos próprios preconceitos e rever o que nos impede de cuidar dos outros como pessoas independentes de seus diagnósticos/patologias.

Como proceder diante de um cárcere privado? Como superar os estigmas da loucura? Será que é tão difícil conviver com os diferentes? São tantos outros questionamentos que movem nas discussões em saúde mental.



Figura 09 – O cárcere privado. (Fórum Amazonense de Saúde Mental, 2016).

A fragilidade da RAPS pode suscitar novos lugares de clausuras, então não basta retirar alguém do cárcere privado, é necessário oferecer alternativas de cuidado no território sob um linha de (re)construção de laços sociais. Scarcelli (2011) conclui que não há dúvidas da existência de problemas estruturais advindos das contradições do sistema capitalista, mas este fato não impossibilita continuarmos conjecturando soluções, mesmo que pontuais, na tentativa de desvendar as complexidades da vida real social e concreta. Dentre as possibilidades de encontrar resposta para os problemas tem uma gama de serviços idealizados, apresentamos o potencial da atenção primária em saúde (APS), que Jorge, Carvalho e Silva (2014) referem ter a capacidade resolutiva de 80% dos problemas de saúde e deve se constituir preferencialmente como a porta de entrada, invertendo a lógica de compreensão dos processos saúde-doença.

Na proposta da estratégia saúde da família – ESF, a atenção à saúde nega a ênfase hospitalocêntrica curativista e se afirmar como um modelo de atenção integral pautado em novas bases: atenção centrada na família, sem perder de vista sua contribuição social e seu território, em uma concepção ampliada do processo saúde-doença, que incorpora práticas preventivas e de promoção da saúde e, mais recentemente, enfatiza o vínculo entre usuário e profissional de saúde (JORGE, CARVALHO E SILVA, p. 33, 2014).

Inverter a lógica da compreensão da loucura requer pensar na superação do estigma presente em todas as narrativas e fortemente marcando a vida das pessoas que por algum motivo foram rotuladas de loucas. Goffman (1975) versa sobre os riscos dos estigmas, como algo a combatermos, já que torna as pessoas mais marginalizadas. O autor apresenta dois conceitos que corroboram com a noção do estigma, é a identidade real e a virtual, ambas são um conjunto de atributos pessoais, sendo que a primeira se refere aos atributos que possuímos e a segunda quanto aos que fingimos possuir. Aos loucos são atribuídos adjetivos que reforçam seu estigma, e como para nossa sociedade ser louco é ruim, esta pessoa será marcada para sempre, tendo a imagem deteriorada.

As novas possibilidades de acompanhamento buscam justamente sobrepujar tais estigmas e contribuir novos horizontes, considerando, sobretudo, que a inserção social de quem esteve a margem do processo civilizador durante um longo tempo deve estar pautado no processo ensino-aprendizagem das normas e padrões civilizacionais para que o louco também possa ser aceito no seio social.

CONCLUSÃO

As políticas nacionais, sejam para as pessoas em situação de rua, para as pessoas que apresentam transtornos mentais, ou para as que fazem uso de álcool e outras drogas, ainda estão distantes de se efetivar na sua plenitude na capital amazonense e muito menos no Estado como um todo. Presentes, ainda, a negligência, o descaso, a omissão e o preconceito dentro de tais conjunturas, vemos que estes são elementos prejudiciais à garantia de direitos das pessoas que encontram nas ruas seu lugar.

A priori, estar na rua sozinho é associado à loucura, porque os considerados normais estabelecem vínculos com os demais e formam novas famílias. Neste conceito atual sobre família, nota a ideia de que não necessariamente se exigem laços consanguíneos, mas sim laços de afeto, laços sociais. Observamos, empiricamente, laços afetivos de loucos que estão na rua com certas pessoas, traduzidas no fornecimento de itens de necessidade básica, como comida. Mas, se por um lado observamos este fato, por outro temos o louco que vira o “bobo da corte” da rua ou ainda pior o que é vítima de chacotas.

Os loucos nas ruas despertam interesse particular, provocando inquietações profundas, não porque consideremos um absurdo estar na rua, mas, questionemos: como uma pessoa pode desgarrar-se de tudo e viver totalmente livre dos pudores e sanções sociais? Trata-se de uma liberdade visceral, e talvez possamos indagar a questão a partir da inveja. Outrossim, não precisava de coragem, mas sim de bom senso para assinar a alta da pessoa em situação de rua no Centro Psiquiátrico, muitas das vezes. E exatamente muitas vezes esta autora fez, devido ao aprendizado destes anos, pois alta médica é diferente de alta hospitalar. Fato este decorrente da crença de que estar nas ruas ainda é melhor do que estar em um Hospício, e que se faz presente até os dias atuais.

A loucura tem isso, não tentando explicá-la (mesmo porque seria impreciso, ou enlouquecedor): liberdade, vontade, desejo... Não sendo uma romântica inveterada, mas cabe destacar: sabemos que muitas loucuras prejudicam a convivência e acabam por si sozinhas, mas ter o controle da loucura como único meio de se viver e conviver é reduzir a questão à medicalização da vida e o controle dos corpos. Esse reducionismo da vida está presente no cotidiano do cuidado, na justificativa pautada no: “ele faz isso porque é louco”,

“drogado”, porque é um “pobre coitado”, ou porque é um “sem vergonha”, um “marginal”. Vitimizamos ou culpabilizamos o outro, não conseguimos enxergar que estar na rua é a ponta do iceberg, enquanto na realidade o resto é que é mais importante.

Sempre há surpresas se trabalhando com a saúde mental. Aprendemos todos os dias e a gestão não causou distanciamento da realidade dos atendimentos. Pelo contrário, todos os dias estão presentes os pensamentos de que muitas pessoas ainda estão desassistidas. Estamos numa guerra, onde cada batalha vencida não é percebida. Frustrações fazem parte do cotidiano e estar na gestão ou fora dela representa a luta contínua pelos ideários de cuidado em liberdade.

Atualmente, tivemos retrocessos na legislação na tentativa de resgatar os hospícios, mas isso não esmorece a luta, na verdade, reativa o desejo de mostrar que é possível estabelecer linhas de cuidado no território, e se este retrocesso de retorno a hospícios se manifestou, em forma de portaria, foi para mostrar nossas falhas, as brechas do novo modelo que alguns insistem em refutar.

Questionamentos sobre o porquê de tanta necessidade de controle acerca da vida, remete-nos os conceitos apresentados como o biopoder e a biopolítica. Ainda estamos com pensamento do século passado, mesmo supondo-se sermos tão modernos, conectados 24 horas nesta tecnologia bruta, mas estamos sozinhos na nossa ilusão de controle de tudo, sem a tecnologia leve, caracterizado pelo contato, pelo cuidado.

Considerando as narrativas ficcionais, podemos concluir que ainda estamos longe do cuidado em territórios de existência, ou seja, do cuidado em espaços de circulação das pessoas, um cuidado para além do espaço geográfico de domínio. Importa destacar que o hospício, ainda hoje, é o ponto de encontro de pessoas loucas na cidade, o que, de fato, é algo negativo e bastante complicado de se admitir. A institucionalização se faz presente como saída para os casos mais complexos, sobretudo porque a rede de atenção psicossocial na capital se mostra insuficiente para atender a demandas que urgem. Estamos a passos lentos frente à política nacional de saúde mental, como se fosse uma fase embrionária.

No campo da saúde mental no Estado do Amazonas se discutem conceitos que, em nível nacional, já foram superados ou estão em vias de sê-lo. E, se dentro do próprio saber local existem plenas incertezas, fora dele há uma alta resistência. Uma resistência entre profissionais e setores que insistem no ideário que que “lugar de louco é nos hospícios”. Tal perspectiva é atrasada e nos remete, como tentamos explicar no estudo, a um esforço nos asilamentos, nos isolamentos sociais, nas reclusões compulsórias e nos processos de desagregação.

Nas narrativas ficcionais concluímos ainda que há a dificuldade de se ouvir as pessoas, caracterizando-se tal processo como uma anulação da identidade do outro. Sem considerar seu protagonismo, profissionais tendem a desconsiderar tais pessoas como donas de sua história de vida. Concomitante, a este cenário existe a problemática dos familiares destas pessoas as entenderem as suas peculiaridades e suas necessidades de apoio.

Para além desta compreensão, temos a ausência de interesse político para se implantar serviços que ofertem uma nova linha de cuidado destinada as pessoas com transtornos mentais, sofrimento mental e para as que fazem uso de álcool e outras drogas, perpetuando a desassistência, desumanidade, cárcere privado, abandono familiar e tantas outras mazelas que estão presentes no cotidiano de quem cuida ou tenta cuidar da saúde mental das pessoas.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, Antonio Angelo; SILVA, Nilma Renilda da.; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. **Método Histórico-Social na Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2005.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: Atrajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2016.

BAUMAN, Zygmunt. **Ensaio sobre o conceito de cultura**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

BENJAMIM, Walter. **Escritos sobre o mito da linguagem**. São Paulo: Duas Cidades/Editora 34,2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE _____. **Portaria N. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. **Portaria N. 1.028**, de 1º. De julho de 2005, determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

_____. **Portaria N. 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.

_____. **Portaria N. 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

_____. **Lei Nº 10216**, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n 1 p. 77-93, Abr. 2007 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=em&nrm=isso> Acesso em 01 Novembro 2015;

CAMPOS, Regina Helena de Freitas. **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CAPRA, Fritjof _____. **O Ponto de Mutação**. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Círculo do Livro, 1982.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. Tradução Newton Roberval Eichenberg. 16 ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

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

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Formação em Psicologia: requisitos para a atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 32, n spe, p. 232-245, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500017&lng=en&nrm=iso> Acesso em 01 Novembro 2015;

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador. Uma História dos costumes**. Tradução Ruy Jungmann. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

_____. **Sobre o tempo**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. **Os anormais**. Tradução: Eduardo Brandão. 4 triagem. 2 ed. São Paulo: Editora WMF, 2010.

FURTADO, Juarez Pereira; NAKAMURA, Eunice. **Inserção Social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave**. São Paulo: Fap-UNIFESP, 2014.

GERGEN, K. **The social constructionist movement in modern Psychology**. *American Psychologist*, v. 40 n. 3, p. 266-275, 1985.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC, 1975.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GONÇALVES, Maria da Graça Marchinha. **O Método de Pesquisa Materialista Histórico e Dialético**. In: ABRANTES, Antonio Angelo; SILVA, Nilma Renilda da.; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. **Método Histórico- Social na Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. **O Campo Social das Políticas Públicas e sua dimensão subjetiva.** In: GONÇALVES, Maria da Graça Marchinha. *Psicologia, Subjetividade e Políticas Públicas.* São Paulo: Cortez, 2010.

GUIRADO, Marlene. *Psicologia Institucional.* In: RAPPAPORT, Clara Regina. (coord.) **Temas Básicos de Psicologia.** Volume 15. 2 ed. São Paulo: EPU, 2004.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** _____. *Censo Demográfico 2000: Características Gerais da População – Resultados da Amostra.* Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

_____. *Cadastro Nacional de Endereços para fins Estatísticos.* Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=am>. Acesso em: 15 ago. 2010

_____. *IX Recenseamento Geral do Brasil 1980. Censo Demográfico: Dados Gerais – Migração – Instrução – Fecundidade – Mortalidade, Amazonas.* Rio de Janeiro: IBGE, 1983, volume 1, tomo 4, número 4.

_____. *Censo Demográfico 1991: Migração – Resultado da Amostra n. 4 – Amazonas.* Rio de Janeiro: IBGE, 1991, p. 230.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Autopoiese e Reforma Psiquiátrica.** São Paulo: Hucitec, 2016.

LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LANCETTI, Antonio. **Contrafissura e plasticidade psíquica.** São Paulo: Hucitec editora, 2015.

_____. **Clínica Peripatética.** 3 ed. São Paulo: Hucitec editora, 2008.

LANE, Sílvia Tatiana Maurer. **Histórico e fundamentos da Psicologia comunitária no Brasil.** In: CAMPOS, Regina Helena de Freitas. *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia.* Petrópolis: Vozes, 2010.

LIMA, Araújo - **Amazônia: a terra e o homem.** 5 ed. Manaus: SEC,2001.

LOPES, Lucília Elias (ORG.). **Atenção Integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua.** Rio de Janeiro: ENSP, 2014.

MACHADO, Ana Lúcia. **Espaços de representação da loucura, religião e psiquiatria.** Campinas, SP: Papyrus, 2001.

MAGALHÃES, Rosana; BURLANDY, Luciene; SENNA, Mônica de Castro Maia. Desigualdades Sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 6, p. 1415-1421, Dec. 2007. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S_1413-812320070006_00002&lng=en&nrm=isso>. Acesso em 01 Novembro 2015.

MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. **O Materialismo Histórico e a pesquisa-ação em psicologia social e saúde**. In: ABRANTES, Angelo Antonio; SILVA, Nilma Renildes da; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Método Histórico-Social na Psicologia Social. Petrópolis: Vozes, 2005.

MARX, Karl. **O capital**. Tradução: Reginaldo Sant'anna. 12. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.

MENEZES, Lucianne Santana de; ARMANDO, Gisela Giglio e VIEIRA, Patrícia. (org.) **Medicação e Medicalização**. São Paulo: Primavera, 2014.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

PAGOT, Angela Maria. **O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PITTA, Ana. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Hucitec editora, 2016.

PONTES, Joyce Karoline Pinto Oliveira; PONTES, Aldrin Bents. **O pensamento social da Amazônia no olhar do intelectual Araújo Lima**. RELEM – Revista Eletrônica Mutações, julho –dezembro, 2015. Acesso: 14 de Janeiro de 2017.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 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.

_____. **Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências, 2009.

REIGOTA, Marcos. & PRADO, Barbara Heliadora Soares. **Educação Ambiental: utopia e práxis**. São Paulo: Cortez. 2008.

REIGOTA, Marcos. **Ecologistas**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC. 1999.

REY, Fernando González. **Subjetividade e saúde, superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.

RUIZ, Jefferson Lee de Souza. **Direitos Humanos e concepções contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2014.

SAWAIA, Bader Burihan. **Transformação social**: um objeto pertinente à psicologia social? **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. spe2p. 4-17, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000600002&lng=en&nrm=isso>. Acesso em 14 de dezembro 2015.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o Hospício e a cidade**: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SERAFICO, José; SERAFICO, Marcelo. A Zona Franca de Manaus e o capitalismo no Brasil. **Estud.av.** São Paulo, v.19, n.54, p.99-113, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142005000200006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 15 Jan 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142005000200006>.

SILVA, Maria Lucia Lopes. **Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009. TIENE, Izalene. **Mulher moradora de rua: entre vivências e políticas sociais**. Campinas: Alínea, 2004.

SORIANO, Raul Rojas. **Manual de Pesquisa Social**. São Paulo: Vozes. 2004.

SPINK, Mary Jane P. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual). Disponível em: Acesso em: 18 jan. 2018

TIENE, Izalene. **Mulher moradora de rua: entre vivências e políticas sociais**. Campinas: Alínea, 2004.

TOCANTINS, Leandro - **O rio comanda a vida: urna interpretação da Amazônia**. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1973.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec editora, 2010.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira; JORGE, Maria Salete Bessa. **Projeto terapêutico como dispositivo de cuidado em saúde mental**. Fortaleza: Eduece, 2013.

VIEIRA, Marcos Antônio Moura (org.). **Saúde Mental na Saúde da Família**: Subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água, 2006.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. **Comentários dos assessores sobre as formas de atuação com a população de rua.** In: ROSA, C. Moreno Maffei (org). População de rua, Brasil e Canadá. São Paulo: Hucitec, 1995. P. 131-135.

ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JR, Benilton; COSTA, Jurandir. (Orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.** Rio de Janeiro: Gramond, 2014.