



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**FRANCISCO ANDERSON CARVALHO DE LIMA**

**AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA DIMENSÃO DA  
ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE  
CAUCAIA, CEARÁ: TEXTO E CRÍTICA ENTRE OS OLHARES DE GESTORES E  
PROFISSIONAIS**

**FORTALEZA**

**2019**

FRANCISCO ANDERSON CARVALHO DE LIMA

AValiação DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO  
À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA, CEARÁ:  
TEXTO E CRÍTICA ENTRE OS OLHARES DE GESTORES E PROFISSIONAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.  
Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho.

Coorientadora: Profa. Dra. Leila Maria Passos de Souza Bezerra

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

L698a Lima, Francisco Anderson Carvalho de.  
Avaliação das Políticas de Saúde Mental na Dimensão da Atenção à População em Situação de Rua no Município de Caucaia, Ceará : texto e crítica entre os olhares de gestores e profissionais / Francisco Anderson Carvalho de Lima. – 2019.  
200 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2019.  
Orientação: Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho.  
Coorientação: Profa. Dra. Leila Maria Passos de Souza Bezerra.

1. Políticas de Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Pessoas em Situação de Rua. I. Título.

CDD 320.6

---

FRANCISCO ANDERSON CARVALHO DE LIMA

AValiação DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO  
À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA, CEARÁ:  
TEXTO E CRÍTICA ENTRE OS OLHARES DE GESTORES E PROFISSIONAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.  
Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Aprovada em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho (orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Leila Maria Passos de Souza Bezerra  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

---

Profa. Dra. Simara Moreira de Macêdo  
Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia (SMS)

Àqueles(as) que tem a coragem de dizer.

## AGRADECIMENTOS

À revolta, força motriz desta caminhada.

À Evaneide, minha mãe, por, mesmo sem saber, ensinar-me o exercício da paciência e incentivar-me desde o início tentando me garantir no mundo de alguma maneira.

À Neide [*in memoriam*], minha avó, a qual faleceu enquanto eu caminhava por mais esse degrau; pela ousadia e coragem.

À Evaneiton e Valéria, meus tios, pela beleza da simplicidade e sabedoria dos apontamentos; exemplo.

À Raul e Ramon, meus primos, por nunca terem me deixado cair; irmãos.

À minha família como um todo, pelo amor inventado em nosso cotidiano antes e depois de eu ir viver sozinho sob teto estranho, voltar e ir novamente.

À Yuri e Janderson (Bilé), meus amigos; quem me fez descobrir a fraternidade e o sangue que corre fora das veias: amizade.

À Fernanda, minha companheira, pela invenção de amor e bem-querer, pela poesia de nossa vida, gozo, suor, olhar, sobretudo pelo afeto.

À Verônica, Socorro, Mariana, Bruna e Aronai, sogra, tia, avó, cunhada e sogro; por me lembrarem, mesmo calejado: família.

À Darlan, Jonas, “Pedim”, Vitor, Jason, Hanna, Israel e Marcos, meus amigos; povoam meu peito e intelecto de maneira terna.

À Gio, minha amiga; poesia e abraço.

À Miguel, Igor, Tauana e Cícero, excluídos da Klan; não me deixam desaprender a pôr fogo no engenho.

À Luiza, Verônica, Kédimam e Camila, trabalho; disponibilidade e compreensão.

À Bárbara, Thaynah e Renan, colegas de mestrado; ternura e aprendizado.

À Cavalcante Júnior, Alcides Gussi e Fernando Pires, professores do curso de mestrado; atravessamentos, travessias, transpiração e inspiração.

À Alba, minha poderosa orientadora; sabedoria e resistência.

À Leila, minha coorientadora; benevolência e brilhantismo.

À Simara, minha colega; inteligência e lealdade.

Aos profissionais do Centro Pop, CAPSad, Educação Permanente e Vigilância Socioassistencial de Caucaia.

A todos aqueles que ousam construir a amizade e a solidariedade.

Ditadura nunca mais.

*“Sente o negro drama, vai, tenta ser feliz.”*

**Racionais Mc’s**

## RESUMO

A exploração e espoliação das riquezas, a extenuação das desigualdades sociais e a violência a segmentos vulnerabilizados perpassam a história brasileira, por meio do despojamento da proteção social e desmonte de políticas públicas. Dentre estes segmentos destacam-se as pessoas em situação de rua, que apresentam variadas demandas à ação pública tendo em vista sua complexidade, convocando políticas públicas diversas. Neste sentido, objetivamos avaliar as políticas públicas de saúde mental na dimensão da atenção às pessoas em situação de rua, circunscrevendo texto e contexto e território e experiência entre os olhares de gestores e profissionais no município de Caucaia, Ceará. Para tal, inspiramo-nos na proposta avaliativa de Raul Lejano, considerando as dimensões do Texto, Contexto, Território e Experiência, engendrando um esforço avaliativo com métodos mistos à guisa de uma avaliação contra-hegemônica e inventiva. Na pretensão de fundir Texto e Contexto, empreendemos uma análise documental considerando a conjuntura político-institucional, cruzando este material com as percepções de sujeitos que operam as políticas em tela no território em estudo, chegando a um *texto*. Na tentativa de tecer uma crítica, alargamos o campo de avaliação por meio de inspirações etnográficas em um processo de territorialização, buscando apreender os signos que reverberam no institucionalismo da gestão das políticas avaliadas e cruzamos esses elementos com dados de fontes secundários nacionais e locais em uma caracterização sociodemográfica. A partir daí, elaboramos uma matriz de análise narrativa da experiência por meio de conversações com os sujeitos do estudo, observação participante de suas atividades e etnografia dos dispositivos/equipamentos formais onde se processam as políticas, chegando a uma *crítica*. O amálgama de *texto* e *crítica* constituiu o escopo da pesquisa realizada. Assim, observamos que a Política Nacional de Saúde Mental emergiu de um contexto de enfrentamento ancorada em uma noção de saúde como afirmação da vida, sob a égide da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu percurso de implementação na dimensão da atenção integral às pessoas em situação de rua encontram-se com as políticas de assistência social. No município de Caucaia, os profissionais e gestores operam o cuidado a essas pessoas ancorando-se em preceitos das políticas elencados pela agenda de movimentos sociais e institucionalizados. Contudo, são confrontados com o despojamento da proteção social e o processo de remanicomialização do cuidado, por meio de reconfigurações advindas do reordenamento político gestado no seio do Estado brasileiro contemporâneo.

**Palavras-chave:** Políticas de Saúde. Saúde Mental. Pessoas em Situação de Rua.



## ABSTRACT

The exploitation and spoliation of wealth, extenuation of social inequalities and violence to vulnerable segments permeate Brazilian history, through the stripping of social protection and dismantling of public policies. Among these segments, the most outstanding are the homeless people who present varying demands on public action, in view of their complexity, calling for diverse public policies. We aim to evaluate the public policies of mental health in the dimension of attention to the homeless people, circumscribing text and context and territory and experience between the looks of managers and professionals in the municipality of Caucaia, state of Ceará. We are inspired by Raul Lejano's evaluative proposal, considering the dimensions of Text, Context, Territory and Experience, engendering an evaluation effort with mixed methods as a counter-hegemonic and inventive evaluation. In order to merge Text and Context we undertake a documentary analysis considering the political-institutional conjuncture and cross this material with the perceptions of subjects who operate those policies in the territory studied, arriving at a *text*. In an attempt to critique we extend the field of evaluation through ethnographic inspirations in a process of territorialization, seeking out to apprehend the signs that reverberate in the institutionalism of the management of the evaluated policies and cross these elements with data from national and local secondary sources in a sociodemographic characterization. From there we elaborate a matrix of narrative analysis of the experience through conversations with the subjects of the study, participant observation of their activities and ethnography of the formal devices / equipment where the policies are processed, arriving at a *critique*. The amalgam of text and criticism was the scope of this research. Thus, we observe that the National Mental Health Policy emerged from a context of confrontation anchored in a conception of health as a life affirmation, under the Unified Health System (SUS) construction aegis. In the course of implementation in the dimension of comprehensive care for homeless people, they interface social assistance policies. In the municipality of Caucaia, professionals and managers operate care for these people anchoring themselves in precepts of the policies listed by the social and institutionalized movement agenda. However, they are confronted with the social protection strip and the process of remanicomalization, through reconfigurations arising from the political reordering created within the contemporary Brazilian State.

**Keywords:** Health Policies. Mental health. Homeless people.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	— Desenho Avaliativo.....	25
Figura 2	— O desenvolvimento da política nacional de saúde mental no âmbito do SUS.....	81
Figura 3	— Distritos de Caucaia.....	114
Figura 4	— Mapa das localidades do município de Caucaia.....	115
Figura 5	— Fotografia da visão da torre da igreja com a zona rural BR 222.....	121
Figura 6	— Fotografia da visão da torre da igreja para a zona rural BR 020.....	121
Figura 7	— Fotografia da visão da Praça da Igreja Matriz e Centro de Caucaia.....	122
Figura 8	— Fotografia de sino da torre da Igreja.....	122
Figura 9	— Fotografia do teto e das colunas da igreja, onde se encontram castiçais representando cada uma das famílias tradicionais de Caucaia.....	123
Figura 10	— Fotografia de Instalação na Associação dos Remanescentes Quilombolas do Quilombo dos Caetanos de Capuan, em abril de 2018.....	124
Figura 11	— <i>Mapa falante</i> .....	132
Figura 12	— Legenda do <i>mapa falante</i> .....	133

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	—	Pessoas em situação de rua no Ceará, por ciclo de vida e faixa etária...	95
Gráfico 2	—	Evolução do número de pessoas em situação de rua atendidas no Centro Pop de Caucaia, de janeiro de 2015 a dezembro de 2018.....	149
Gráfico 3	—	Evolução do número total de atendimentos realizados pelo Centro Pop de Caucaia, de 2015 a 2018.....	149
Gráfico 4	—	Pessoas em situação de rua atendidas no Centro Pop Caucaia, de 2015 a 2018, por faixa etária e sexo.....	151
Gráfico 5	—	População em Situação de rua de Caucaia, por sexo e faixa etária, em 2018 e 2019.....	153
Gráfico 6	—	População em situação de rua de Caucaia, por raça/etnia. 2019.....	154
Gráfico 7	—	Estado civil das pessoas em situação de rua em Caucaia. 2019.....	154
Gráfico 8	—	Escolaridade das pessoas em situação de Caucaia. 2019.....	155
Gráfico 9	—	Tempo em situação de rua de pessoas em situação de rua de Caucaia. 2019.....	157
Gráfico 10	—	Motivos para a situação de rua de pessoas em situação de rua em Caucaia. 2019.....	158
Gráfico 11	—	Tipos de drogas utilizadas pelas pessoas em situação de rua em Caucaia. 2019.....	158
Gráfico 12	—	Frequência do uso de drogas pelas pessoas em situação de rua em Caucaia. 2019.....	159
Gráfico 13	—	Acesso ao Centro Pop de população em situação de rua em Caucaia. 2019.....	163

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	— Taxa de desocupação no Brasil, de 2012 a 2019.....	79
Quadro 2	— Indicadores socioeconômicos do município de Caucaia em relação a demais municípios do estado do Ceará e do Brasil.....	127
Quadro 3	— Matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial de Caucaia.....	134

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	—	População em extrema pobreza no município de Caucaia, por faixa etária.....	128
Tabela 2	—	IDHM Caucaia, Ceará e Brasil – 1991, 2000 e 2010.....	128
Tabela 3	—	Aspectos relacionados à população em situação de rua em Caucaia. 2019.....	166

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	Área de Proteção Ambiental
APS	Atenção Primária à Saúde
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CADUNICO	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEMARIS	Censo e Mapa de Risco Social e Pessoal
Centro Pop	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CISM	Comissão Intersetorial de Saúde Mental
CIT	Comissão Intersecretarias Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CnR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONGEMAS	Colegiado Nacional de Gestores Municipais da Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CsO	Corpo sem Órgãos
CTs	Comunidades Terapêuticas

DRU	Desvinculação de Receitas da União
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECT	Eletroconvulsoterapia
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FHC	Fernando Henrique Cardoso
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FJP	Fundação João Pinheiro
GRUPSFE	Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MNPR	Movimento Nacional da População em Situação de Rua
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PEF	Profissional de Educação Física
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGAPP	Programa de Pós-graduação em Avaliação de Políticas Públicas
PPSAC	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira

PSE	Proteção Social Especial
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta pra Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SDE	Secretaria de Desenvolvimento Econômico
SDS	Secretaria de Desenvolvimento Social
SETUR	Secretaria Municipal de Turismo e Cultura
SPS	Secretaria de Proteção Social
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Acolhimento
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VER SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>À GUIA DE INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>TRAVESSIAS METODOLÓGICAS NO PROCESSO AVALIATIVO DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1</b>	<b>Proposta avaliativa e os meandros da pesquisa.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2</b>	<b>Categorias analítico-conceituais que orientaram e inspiraram o estudo: eixos teóricos.....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.1</b>	<i>Genealogia, dispositivo de produção de conhecimento.....</i>	<b>29</b>
<b>2.2.2</b>	<i>Subjetividade e institucionalização.....</i>	<b>34</b>
<b>2.2.3</b>	<i>Produção do cuidado em saúde mental na perspectiva das redes vivas e da clínica dos afetos.....</i>	<b>38</b>
<b>2.2.4</b>	<i>Concepção de Saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira...</i>	<b>46</b>
<b>2.2.5</b>	<i>Elementos para se pensar a pobreza no âmbito do despojamento da proteção social: vulnerabilidade e desqualificação social.....</i>	<b>48</b>
<b>3</b>	<b>TEXTO &amp; CONTEXTO.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1</b>	<b>Breves elementos analíticos sobre o Estado brasileiro: políticas de saúde e reverberações para o cuidado em saúde mental.....</b>	<b>54</b>
<b>3.2</b>	<b>Políticas de Saúde Mental no Brasil: para introduzir.....</b>	<b>70</b>
<b>3.3</b>	<b>Elementos de análise da Política Nacional de Saúde Mental.....</b>	<b>81</b>
<b>3.4</b>	<b>Elementos de análise a partir da interface entre a Política Nacional de Saúde Mental e as políticas para pessoas em situação de rua.....</b>	<b>92</b>
<b>4</b>	<b>TERRITÓRIO &amp; EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>112</b>
<b>4.1</b>	<b>Caucaia: mato queimado e seus meandros.....</b>	<b>112</b>
<b>4.2</b>	<b>Caucaia e (umas) redes, territorialização: <i>mapa falante</i>, encontro, conversações.....</b>	<b>129</b>
<b>4.2.1</b>	<i>O Centro Pop de Caucaia e seu chão: elementos para se pensar as pessoas em situação de rua do município.....</i>	<b>141</b>
<b>4.2.2</b>	<i>Pessoas em situação de rua em Caucaia: uma continuação, uma tentativa de caracterização.....</i>	<b>152</b>
<b>4.2.2.1</b>	<i>Bloco analítico 1: caracterização sociodemográfica.....</i>	<b>152</b>
<b>4.2.2.2</b>	<i>Bloco analítico 2: aspectos relacionados à situação de rua.....</i>	<b>155</b>
<b>4.2.2.3</b>	<i>Bloco analítico 3: aspectos relacionados ao serviço.....</i>	<b>162</b>

4.3	Conversações: elementos de análise narrativa da experiência.....	165
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	183
	REFERÊNCIAS.....	186
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	198
	APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS E ELEMENTOS PARA A CONVERSAÇÃO E ENTREVISTA COM GESTORES(AS).....	199
	APÊNDICE C – QUESTÕES NORTEADORAS E ELEMENTOS PARA A CONVERSAÇÃO E ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS.....	200

## 1 À GUISA DE INTRODUÇÃO

A construção de experiências acerca desta pesquisa considerou diversas reconstruções do objeto de estudo<sup>1</sup>, as quais foram reconfigurando-se sob a égide da proposta avaliativa que ora apresento. Nosso esforço avaliativo como pesquisador é avaliar as políticas públicas de saúde mental na dimensão da atenção às pessoas em situação de rua, circunscrevendo texto e contexto entre os olhares de gestores e profissionais no município de Caucaia, Ceará. Na perspectiva desse objeto avaliativo, busco especificamente dois objetivos: analisar a política vigente de saúde mental direcionada para a população de rua delineando suas configurações desde o início dos anos 2000 até o presente momento (março de 2019); e circunscrever olhares críticos de profissionais e gestores que implementam essa política no município de Caucaia.

Inspiramo-nos na proposta de Raul Lejano e nos debruçamos nessas políticas considerando as dimensões do texto, do contexto, do território e da experiência, a fim de estabelecer uma crítica. Destarte, o trabalho se desenvolveu a partir do esboço de uma genealogia das políticas de saúde mental a nível federal, estadual e municipal enfocando-se em aspectos que tangenciem o trabalho com pessoas em situação de rua.

Tomei como campo de estudo as instâncias municipais que atuam no âmbito da saúde mental em Caucaia focando no trabalho direcionado à população em situação de rua. Assim sendo, o estudo incidiu com profissionais e gestores no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad) e no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS Geral), equipamentos estratégicos para a execução dessas políticas no município.

Dessa maneira, pomos em análise o desenvolvimento das políticas de saúde mental a nível federal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, consideradas a partir dos movimentos populares brasileiros de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Políticas ancoradas, portanto, no campo de disputas do Estado brasileiro e em seu processo de redemocratização. A partir disso, buscamos elaborar a fusão do texto e contexto, considerando a dimensão histórica e institucional de formulação dessas políticas, as quais emergem da participação popular no campo de disputas do Estado brasileiro contemporâneo. Após este esforço avaliativo, prosseguimos com a imersão no campo a fim de elaborar a crítica a partir

---

<sup>1</sup> Inicialmente, o processo de pesquisa se concentrava em idosos em situação de rua com transtornos mentais graves e persistentes em situação de acolhimento institucional. Porém, devido a questões diversas, foi necessário a mudança de campo e objeto de estudo, configurando o que se apresenta atualmente no texto a seguir.

do território e da experiência, lançando mão de ferramentas investigativas que inventamos na busca pela operacionalização do corpo como interface entre o pessoal e o cultural, em uma abordagem interpretativa.

Nesse ínterim, desenvolvemos a pesquisa no município de Caucaia, região metropolitana de Fortaleza, no estado do Ceará, enfocando a experiência a partir dos olhares de gestores e profissionais acerca do desenvolvimento de seu trabalho na implementação dessas políticas de saúde mental com pessoas em situação de rua nos sistemas locais do município inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas sobretudo do Centro Pop, dispositivo estratégico para a implementação dessas políticas com as pessoas em situação de rua no município.

O amálgama dessas dimensões constitui o processo avaliativo que ora apresentamos. Ademais, pedimos licença ao leitor para além de introduzir os aspectos acima, situar o local acadêmico e social de onde parte a escrita dessa dissertação e desenvolvimento desta pesquisa avaliativa.

Nasci e fui criado entre a periferia de Fortaleza, nos bairros Barra do Ceará e Jardim Iracema, e na zona periurbana de Caucaia, no bairro Mestre Antônio, à época ainda com grandes características rurais. Aos 11 anos de idade participei do primeiro espaço que se possa entender enquanto movimento social, constituindo grêmio estudantil em escola pública municipal em Caucaia, então na quinta série do ensino fundamental. A partir de então, no início da adolescência, me envolvi com a atuação junto a associações comunitárias, em especial no bairro Jardim Iracema, e participei com grande interesse em espaços democráticos de controle social que aconteciam no bairro, tais como atividades da política de Orçamento Participativo da então prefeita de Fortaleza, Luizianne Lins (PT). Bem como, de atividades referentes ao movimento estudantil secundarista e greves de professores no estado do Ceará.

A nível de graduação, ingressei na universidade pública em 2011 no curso de Bacharelado em Ciências Econômicas, na Universidade Federal do Ceará (UFC), tendo logo após, iniciado o curso de Bacharelado em Psicologia na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Oriundo de escola pública estadual, fui o primeiro aluno com esse perfil a ingressar no curso, em sua quarta turma. À época não havia políticas de ações afirmativas para o nível superior. Na graduação em Psicologia, logo cedo me envolvi em atividades de extensão relacionadas, inicialmente, à Saúde Mental em nível ambulatorial, depois em estágios vivenciais tais como o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER SUS) e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde). Bem como, em atividades de pesquisa no âmbito da Iniciação Científica ingressando em laboratórios e grupos

de estudos diversos na UECE e UFC. Como bolsista PIBIC CNPq, atuei no Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da UECE, sob orientação da Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge em pesquisas avaliativas no âmbito da Saúde Coletiva e Saúde Mental. Ainda como bolsista, integrei projeto de pesquisa compartilhada Universidade - SUS, coordenada a nível nacional e loco-regional, respectivamente, pelos professores Emerson Elias Merhy e Túlio Batista Franco, e a nível local pela professora Salete Bessa que se concentrava na avaliação das Redes de Atenção à Saúde no âmbito da micropolítica do cuidado e subjetividade do trabalho em saúde, dentro da qual desenvolvi meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da graduação e Monografia da Especialização. Ainda a nível de graduação, após me graduar em Psicologia, prestei vestibular e ingressei no curso de Bacharelado em Medicina, também na UECE. Dessa vez, usufruindo das políticas de ações afirmativas para egressos de escola pública. Infelizmente, por conta de questões financeiras e falta de políticas de permanência efetivas no âmbito da assistência estudantil, foi necessário que eu me afaste do curso na busca por experiência profissional e acadêmica a fim de pleitear vaga em trabalho que possibilite meu sustento, uma vez que minha família é pobre e dependente de mim e, infelizmente, não possuo o privilégio de me dedicar somente ao estudo. Cheguei a escrever projeto de pesquisa para submissão em edital de bolsa de pesquisa e consegui a bolsa sob orientação da professora Maria das Graças, mas o valor de 400 reais era insustentável para as demandas apresentadas no momento.

Assim, a nível de pós-graduação realizei curso de Especialização lato sensu em Saúde Mental, ainda na UECE. Logo após, ingressei no curso de mestrado acadêmico em Avaliação de Políticas Públicas, do Programa de Pós-graduação em Avaliação de Políticas Públicas (PPGAPP), da UFC. Nesse ínterim, prestei seleções e concursos públicos diversos, sendo aprovado em algumas seleções, assumindo na Prefeitura de Fortaleza e atuando, durante quase dois anos, na política de assistência social no âmbito da Proteção Social Especial (PSE) de alta complexidade, na Casa de Passagem para Homens Elisabete de Almeida Lopes, acolhimento institucional para pessoas em situação de rua. Durante esse período, atuei também em instâncias de controle social e movimentos sociais dessa população no município de Fortaleza, integrando coletivos autônomos. Além disso, atuei ainda como psicólogo escolar em escola da rede privada, junto à educação infantil e ensino fundamental I e II. Hoje atuo no município de Caucaia como psicólogo sanitário, onde perfaço minha experiência no SUS em âmbito de gestão, vigilância em saúde, controle social e educação permanente.

Somando a experiência em políticas públicas voltadas às pessoas em situação de rua com a atuação enquanto sanitarista, percebendo os desafios para implantação da RAPS no município de Caucaia e de ações voltadas para o povo da rua, decidi por me debruçar na pesquisa aqui apresentada.

Ademais, como sabemos, a história brasileira perpassa o embate entre a exploração e espoliação das riquezas e bens do país, a extenuação das desigualdades entre as classes sociais e a resistência das pessoas e segmentos vulnerabilizados.

Com a Constituição Federal de 1988 inaugura-se a institucionalização e o direcionamento da centralidade do Estado no processo de garantia de direitos sociais (BRASIL, 1988).

Ainda em processo de redemocratização recente, envolto no embate entre o estabelecimento da democracia e os modos de vida em sociedade capitalista, pautados na política de austeridade que substitui a proteção social dos sujeitos pela proteção do capital financeiro (SANTOS, 2016), o Brasil passou por diversas reformas no Estado, pautadas na agenda neoliberal (CARVALHO; GUERRA, 2015; BEZERRA, 2015).

Nesse ínterim, há o surgimento de políticas públicas no âmbito da Seguridade Social. Tais políticas, enfim institucionalizadas, refletem um histórico de lutas sociais materializadas em décadas anteriores, tais como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e o movimento pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Com isto em mente, entendemos que a ascensão ao governo do Partido dos Trabalhadores (PT), em meio a suas contradições e equívocos, suscitou avanços na história social do país. Com o golpe de 2016 os retrocessos, ensaiados no segundo governo de Dilma Rousseff (PT), acontecem de maneira exponencial, demonstrando a fragilidade do regime democrático brasileiro em vias de construção. Ora, o Brasil, em sua inserção no capitalismo mundializado, mostra-se hoje como uma plataforma de acumulação financeira, inclusive ao longo dos governos petistas que se constituíram em governos de ajuste (CARVALHO; GUERRA, 2015; PAULANI, 2012).

Essa questão apresenta a problemática do agravamento das desigualdades sociais que, aliadas ao perfil populacional do país, apresentam um cenário extremamente desafiador, convocando os movimentos de resistência política e de produção de subjetividade.

Surgem, assim, segmentos populacionais vulnerabilizados pela conjuntura social, política e econômica do país, tais como pessoas em situação de rua que convivem com transtornos mentais graves e persistentes e questões de saúde mental diversas. Essa população se espalha pelos centros urbanos brasileiros através de vazios institucionais e atravessamentos

advindos da falência de políticas públicas precarizada em pleno processo de desmonte, sobretudo pelos atos institucionais do governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro (PSL), os quais aprofundam neoliberal de desenho do Estado brasileiro contemporâneo, fundando um ultraliberalismo autoritário, rompendo os pactos de classe empreendidos pelos governos petistas anteriores.

De fato, políticas públicas e sociais, operadas pelo Estado na busca de afirmação de direitos sociais elencados na Carta Magna brasileira, não são efetivadas pelos governos em um misto de má vontade, má fé e incompetência da gestão pública com base no projeto de inserção brasileiro na agenda ultraliberal – mais que neoliberal.

Em tempos atuais, assistimos uma exacerbação do neoliberalismo, em avanço na América Latina e empreendido a ferro e fogo no regime social brasileiro, sobretudo iniciado com mais intensidade no segundo governo Dilma, exponenciado após o golpe jurídico-político-parlamentar de 2016, que põe no cargo de presidente o então vice Michel Temer, alinhado com um congresso amplamente conservador e culminando nos aspectos autoritários, antidemocráticos e de negação de direitos já demonstrados no curto período do governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro.

Essa pesquisa, em seu fazer e sua escrita, operacionalizada por um esforço avaliativo com relação às políticas públicas e sociais no âmbito do Estado brasileiro contemporâneo, foi inteiramente atravessada pelos momentos diversos da vida social e política brasileira recente, em termos institucionais, uma vez que se encontra circunscrita no tempo do fim de 2016 e início de 2019, período que demarca diversos momentos importantes na vida social brasileira. Ora, observamos que as políticas de saúde mental brasileiras perpassam um movimento antirreformista, em uma perspectiva de remanicomialização, acompanhando esses momentos (SOUSA; JORGE, 2019; GUIMARÃES; ROSA, 2019), uma vez que foi gestado no seio desses embates.

Assim, convidamos o leitor e a leitora a imergirem conosco nessas problemáticas apresentando o desenvolvimento do esforço avaliativo que apresentamos com a pesquisa que se segue no decorrer desta dissertação. Esforçamo-nos, com o perdão da pretensão, a fazer com que o texto que se segue represente o suor e sangue não só do pesquisador, mas de todos aqueles que dedicaram (e ainda dedicam) a sua vida a construir um modelo de sociedade que se ancore em valores de amizade e solidariedade, engendrando a consciência de classe, nos mais diversos espaços que uma vida pode ocupar, utilizando como pano de fundo a experiência de um município de região metropolitana do nordeste brasileiro.

Desta maneira, na seção 2 apresentamos as travessias advindas da proposta de desenho metodológico no processo avaliativo, elaborado na investigação, bem como seus atravessamentos. Discutimos brevemente as concepções de avaliação de políticas públicas e todos os elementos acerca da condução da pesquisa. Inspiramo-nos em Lejano (2012), como disparador de elementos de análise de políticas, e em Cavalcante Jr. (2017) e Gomes e Merhy (2014), como elementos de se fazer ciência e construir conhecimento. Partindo disto, buscamos engendrar uma abordagem interpretativa, agenciando Geertz (1981), em seus limites e possibilidades, através da invenção de ferramentas advindas das oscilações produzidas entre a descrição densa e a experiência de pesquisa que operam um samba, possibilitando ao pesquisador a dança e a operação do corpo como elemento de interface entre o pessoal e o cultural, na tentativa de alargar o campo de análise (GUSSI; OLIVEIRA, 2016) acerca das políticas em tela. Ademais, as categorias analítico-teóricas para discutir o estudo, tais como a institucionalidade, a concepção de saúde como afirmação de vida, as dimensões da reforma psiquiátrica brasileira e as noções de desqualificação social, vulnerabilidade e pobreza.

Na seção 3, apresentamos o texto e contexto das políticas avaliadas com o esboço de uma genealogia dessas políticas e seu contexto de desenho e implementação, bem como seus espaços no âmbito do Estado brasileiro contemporâneo, em sua trajetória institucional.

Na seção 4, oferecemos ao leitor e à leitora a oportunidade de elaborar conosco a crítica por meio da experiência e do território, se apropriando destes aspectos no âmbito do município de Caucaia, interpretando como o Estado, materializado no elemento institucional da prefeitura municipal, e dispositivos que operam essas políticas, intervêm na realidade apresentada, na tentativa de apreensão das experiências de gestores e profissionais dessas políticas.



## **2 TRAVESSIAS METODOLÓGICAS NO PROCESSO AVALIATIVO DE INVESTIGAÇÃO**

### **2.1 Proposta avaliativa e os meandros da pesquisa**

Situamos a proposta de pesquisa avaliativa por meio da inspiração nos postulados de Raul Lejano no âmbito do pós-positivismo na tentativa de um ensaio de uma pesquisa pós-construtivista. Assim, nos debruçamos nos aspectos do Texto, Experiência, Crítica e Norma para operarmos a fusão do texto e contexto considerando o aspecto territorial e vivencial das políticas públicas (LEJANO, 2012). O estudo se insere no âmbito das pesquisas qualitativas de abordagem interpretativa, mas dá um salto no sentido de propormos esboçar uma avaliação, ancorando-nos, portanto, em postulados pós-positivistas vez ou outra, cruzando o oceano desconhecido alçando nossa âncora em determinados pontos. Por meio de parâmetros oferecidos por Lejano (2012), deslocamos a noção tradicional de avaliação de políticas para um sentido mais interpretativo e pretensamente contra hegemônico, que considere o contexto na elaboração do texto e não o contrário, em uma tentativa de alargar o preceito de avaliação nos inspirando em elementos antropológicos (GUSSI; OLIVEIRA, 2016).

A escolha desse referencial de trabalho se dá pela necessidade que sentimos de situar nossa avaliação em políticas que, inicialmente, não se cruzam em seu texto, mas que na experiência e no território, através de sua interpretação, encontram-se imbricadas. Além disso, surgem no mesmo âmbito de construção em um contexto de enfrentamento a um regime autoritário que desemboca nas experiências do processo de redemocratização brasileiro inseridas nos ciclos de ajuste do Estado pautados na agenda neoliberal. O referencial em questão nos possibilita que trabalhemos com a inventividade na mescla de métodos e técnicas para se pensar questões complexas como as políticas públicas a serem avaliadas e interpretar as percepções das pessoas que as operam, gestores e profissionais.

Ora, por meio do encontro de campos diversos, o autor que nos inspira promove um agenciamento que consideramos capaz de disparar análises pertinentes, nas quais podemos ousar fundir texto e contexto por meio da inventividade. Lejano (2012) demonstra, no âmbito do que chama de pós-positivismo, que os elementos acerca do Texto, da Experiência, da Crítica e da Norma, se encontram em um plano conceitual no qual se elabora uma matriz de avaliação que contemple o processo das políticas públicas. A partir dessa matriz de avaliação, o analista ou avaliador, consegue operar matrizes de pensamento para se debruçar em algumas das linhas e, após isso, tecer uma avaliação.

Desta maneira, em nosso caso, compreendemos uma navegação em território desconhecido, uma travessia em um oceano, onde nosso corpo nos serviu como barco, fazendo a interface entre o pessoal e cultural<sup>2</sup>. As inspirações na avaliação pós-construtivista e na interpretação das culturas nos serviram como velas em busca dos ventos que sopram, nos orientando pelos elementos de análise apreendidos nossa empreitada.

Investigamos, assim, questões relacionadas a micropolítica do cuidado e dos processos de trabalho, produção do cuidado em saúde mental, institucionalização e subjetividade, redes de saúde, desqualificação social, vulnerabilidade e pobreza.

Destarte, a pesquisa foi realizada de maneira processual, tendo passado por configurações diversas na reconstrução do objeto e campo, envolvendo: 1 – análise documental das leis, normas, regulamentos e políticas construídas pelo Poder Executivo que versem sobre a Política Pública de Saúde Mental e da Política Nacional para População em Situação de Rua, em uma tentativa de compreender os enlaces entre esses documentos e suas formulações no que tange à atenção às pessoas em situação de rua; 2 – entrevista semiestruturadas e em profundidade com gestores e profissionais da política de assistência social e de saúde mental que atuam nos equipamentos do município de Caucaia que se configuraram enquanto campo para essa avaliação, a saber Centro Pop, CAPSad e CAPS II; 3 – inserção no campo de pesquisa para a realização de observações pautadas em princípios etnográficos, utilizando-se ferramenta do diário de campo para registro de informações, no período de março de 2018 a março de 2019; 4 – acesso a fontes de dados secundárias locais para elaboração e construção de dados sobre a caracterização sociodemográfica da população em situação de rua no município de Caucaia.

Diante disto, os elementos apresentados foram empreendidos processualmente, esperando a criação de elementos que fundamentem uma avaliação inspirada nos postulados de Lejano (2012), no que tange às políticas de saúde mental no âmbito da atenção à população em situação de rua no município de Caucaia, enfocando o processo avaliativo nas narrativas de profissionais e gestores, a fim de se compreender como esses sujeitos operam seu trabalho com relação a essas políticas.

Com relação aos princípios éticos e as questões relacionadas à produção do conhecimento em pesquisa, nos atentamos às resoluções CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e CNS nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2012; 2016a) e às discussões apresentadas por Franco (2015) acerca da ética em pesquisa e da estética do conhecimento.

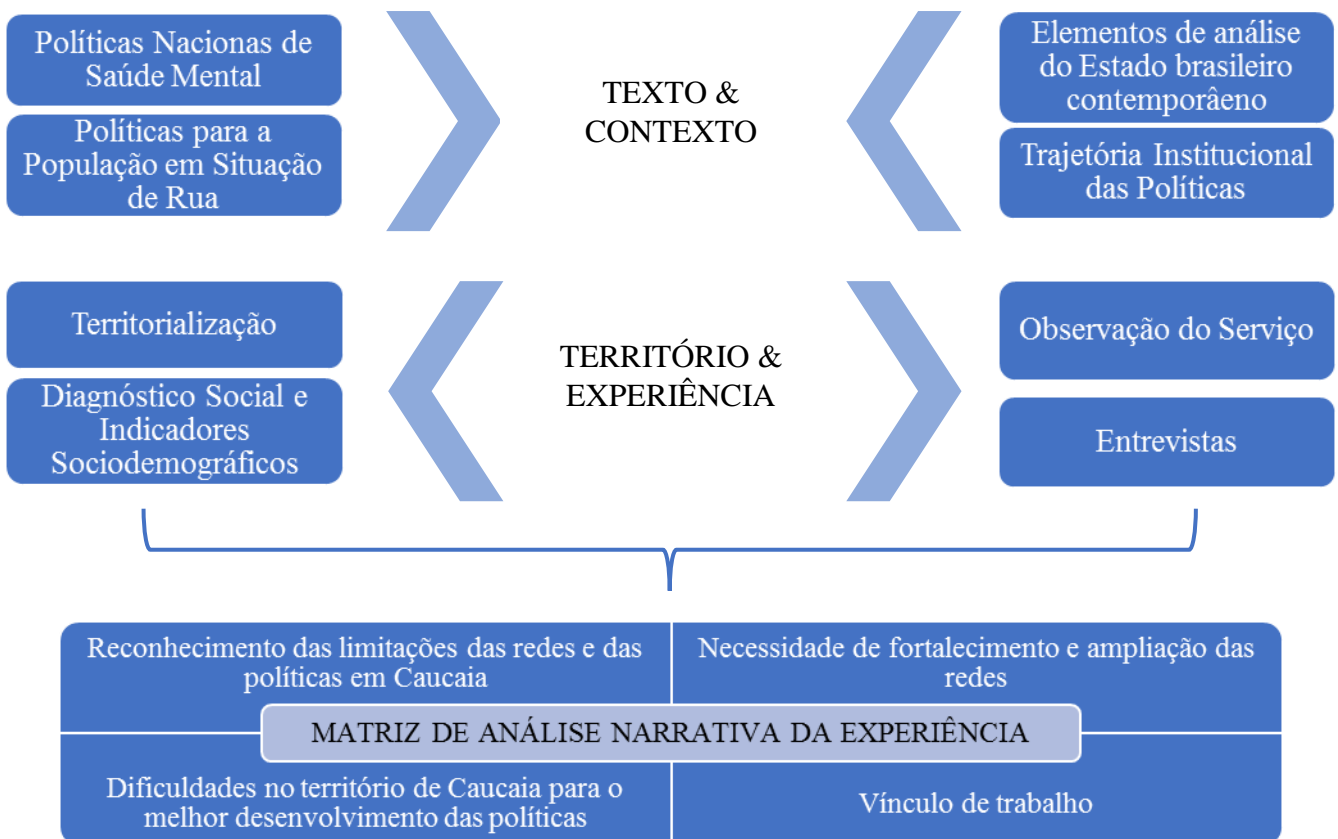
---

<sup>2</sup> Não é exagero também afirmar que quase morremos afogados nesse processo e não sabemos se logramos êxito.

Dessa maneira, selecionamos sujeitos que são gestores públicos, gestores de serviços, trabalhadores que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede Socioassistencial do município de Caucaia, em especial do Centro Pop, CAPSad e CAPS II, com no mínimo seis meses de atuação na política pública. Foram entrevistadas nove pessoas, sendo três gestoras e seis profissionais técnicos, as quais assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), das seguintes categorias profissionais: Serviço Social (4 profissionais), Enfermagem (2 profissionais), Psicologia (1 profissional), Pedagogia (1 profissional) e Medicina (1 profissional); nomeadas como G1, G2 e G3 (gestoras) e P1, P2, P3, P4, P5 e P6 (profissionais). Considerando a abordagem interpretativa da pesquisa, não utilizamos critérios tradicionais do fazer científico nesse delineamento, mas sim o que cada sujeito oferece de possibilidade para a pesquisa, através de sua narrativa e experiência.

A seguir, apresentamos a Figura 1, correspondente ao esboço que sintetiza o processo de pesquisa que fundamentou o esforço avaliativo de nosso estudo, configurando os processos e técnicas de pesquisa adotados dentro de cada elemento da matriz analítica.

Figura 1 – Desenho Avaliativo



Fonte: elaborado pelo autor.

Como se vê, empreendemos uma análise a partir da experiência narrada dos atores dessas políticas, sujeitos deste estudo, que se configuram nos quatro elementos apresentados. A partir de sua análise apresentamos alguns elementos que consideramos pertinentes para justificar a escolha de nossa proposta metodológica que orientou nosso esforço avaliativo ancorado na abordagem interpretativa.

A figura anuncia esse caráter processual, indicando: com relação ao texto e contexto, inflexões acerca das políticas em seus textos e enunciados e os elementos de análise do Estado; e com relação ao território e experiência, o alargamento do campo no esforço avaliativo, por meio de inflexões expansivas acerca do cruzamento entre dados e indicadores, territorialização inspirada na descrição densa, narrativas e observações.

Muitas vezes esses processos aconteciam ao mesmo momento em um trabalho inventivo atravessado pela produção de subjetividade na pretensa busca por um conhecimento que minimamente se desvencilhasse do paradigma hegemônico e economicista da avaliação de políticas públicas e que se circunscreva no âmbito dos estudos interdisciplinares.

Ora, entendemos a saúde mental e a realização como fenômenos humanos privilegiados e complexos, os quais necessitam de uma abordagem que coloque em conversação diversos olhares que os observam e circunscrevem. Assim, empreender uma avaliação no molde pretendido é procurar captar o agir e a intencionalidade destes agentes quando se movem no jogo social desta produção. Mais do que a mera execução de métricas, o campo de conhecimento que pretendemos mostrar e nos debruçar, através da avaliação de políticas públicas, está em disputa sobre que modelos devem ser construídos para dar resposta a desafios da sociedade brasileira contemporânea.

Diante disto, inventamos alguns processos a fim de dar conta dessa proposta, os quais apresentamos a seguir.

Assim, propomos como um dos elementos centrais da produção da análise o elemento da **conversação** entre os diversos atores envolvidos nas dimensões apresentadas da política proposta, realizando a interface entre o texto e contexto das políticas e a experiência narrativa desses atores e do pesquisador.

Inventar esta técnica, ancorando-se no enfoque teórico-metodológico apresentado na pesquisa, vislumbrou construir um estudo que possibilite, além dos aspectos técnicos e normativos, os quais também estão presentes, a reflexão a partir das interpretações das próprias experiências subjetivas dos participantes e do pesquisador, entendendo o corpo como um instrumento que realiza a interface entre o pessoal e o cultural na busca pelo entendimento da realidade.

Neste sentido, engendramos a genealogia como um **dispositivo de produção do conhecimento** com o intuito de interpretar os sentidos dos discursos dos atores envolvidos com as redes e serviços formais estudados, empreendidos por políticas públicas executadas em âmbito municipal, que atendem ao segmento de pessoas em situação de rua. Dessa forma, advogamos que o referencial interpretativo se adequa aos objetivos desta pesquisa, engendrando a via do afeto inspirando-nos também nos postulados de Cavalcante Jr. (2017) acerca de uma ciência poética.

A partir desta conjunção entre os atores envolvidos – profissionais, gestores e pesquisador – no processo da pesquisa houve a materialização do estudo, por meio do desenho avaliativo apresentado, que imergiu nos campos territoriais diversos à procura de se operar determinados sentidos, os quais foram elencados e transformados durante todo o decorrer da pesquisa. Essa perspectiva circunscreve uma relação entre pesquisador e objeto situados no mesmo plano (GOMES; MERHY, 2014), uma vez que levamos em consideração o dispositivo de produção de conhecimento possibilitado pela autoetnografia (SANTOS, 2017) agenciada pela inspiração em uma ciência poética (CAVALCANTE JR., 2017) e anunciando uma desobediência epistêmica (MIGNOLO, 2017) a insurgir aspectos tradicionais da pesquisa social e da avaliação de políticas públicas, à guisa de um conhecimento inventivo, da invenção de um *pesquisador in-mundo* (GOMES; MERHY, 2014).

Destarte, nesta pesquisa utilizamos o **encontro** como **ferramenta de construção** de dados, a partir do acompanhamento e territorialização no trabalho em ato (FRANCO; MERHY, 2013) e da **territorialização** como técnica de pesquisa, inspirada em preceitos etnográficos, sobretudo de Geertz (1981) e Geertz (1997) e elementos anunciados na discussão de Gussi e Oliveira (2016).

Considerando que aspectos relacionados à descrição densa insurgem elementos por meio da recuperação de análises estabelecidas na descrição de fenômenos particulares e estruturas globais (GEERTZ, 1981; 1997), o pesquisador pode *sambar* entre os prismas individuais e as atitudes mais amplas da ação social, o que se dá no território. A esse samba demos o nome de **territorialização**.

Asseveramos, considerando o que vem sendo apontado e o que apontam Lima *et al.*(2016a) acerca do território e subjetivação, que território emerge como fio condutor do processo de pesquisa interpretativa e da produção do cuidado, considerando-se a existência, ao menos, de um território-vivo, um território-geográfico, um território-cartográfico e um território-existência. O que há de comum entre estes aspectos é um território-movimento, agenciamento que compreende uma intencionalidade, estabelecendo o processo de

territorialização que operamos nesta pesquisa. Considerando que o território é vivo e, portanto, perpassado por uma intencionalidade da consciência, o solo não diz respeito somente ao chão e ao território-geográfico, mas também ao corpo que nele pisa, compreendido enquanto vida, comportando um processo de subjetivação (LIMA *et al.*, 2016a). Neste processo há uma imersão e apreensão de elementos complexos atrelados à perspectiva de uma potência de vida circunscrevendo esse processo em uma perspectiva em meio a um conhecimento indutivo e imanente, ancorado na pesquisa indutiva, fundamentado como um elemento estratégico de pesquisa que compreende uma longitudinalidade.

A territorialização em questão foi empreendida pelo na cidade de Caucaia no período de março de 2018 a março de 2019. A partir disto, buscamos implementar instrumentos conceituais e dispositivos que operem os enunciados que propagam os sentidos no processo de contaminação com os territórios, nesse processo de territorialização. Isto é, isso materializou uma inserção no cotidiano de equipamentos para a população em situação de rua em âmbito micropolítico, através da observação, conversação e encontro, relacionando-se com a própria experiência do pesquisador enquanto trabalhador atuando no território municipal. Ademais, este aspecto diz respeito, inclusive, à construção teórica a partir da experiência subjetiva do pesquisador enquanto trabalhador em ato nesse campo, conduzindo a uma experiência antropológica de imersão e contaminação neste território a partir da perspectiva da autoetnografia, considerando-se seus aspectos e limites éticos e seus limites e possibilidades de construção do conhecimento (SANTOS, 2017).

Assim, a fim de desenharmos as redes que conformam as políticas em estudo, por meio da bricolagem entre **encontro**, **conversação** e **territorialização**, nossas invenções estudo, esboçamos um ensaio analítico que corresponde aos resultados e discussão do estudo. Neste processo, em busca de se desenhar as redes que conformam as políticas estudadas no âmbito do território e experiência, construímos uma matriz diagnóstica da RAPS, inspirando-nos em elementos dos textos das políticas de saúde mental, e um *mapa falante* dos territórios e redes acessadas pelas pessoas em situação de rua em Caucaia, inspirando-nos em Lopes (2018).

Já com relação aos aspectos técnicos e normativos, por assim dizer, lançamos mão de uma caracterização sociodemográfica. As fontes sobre as quais nos debruçamos para manipulação dos dados foram o Diagnóstico Socioterritorial do Sistema Único de Assistência Social de Caucaia, da Vigilância Socioassistencial da Secretaria de Desenvolvimento Social de Caucaia, o mais atualizado disponível, de 2016; o Censo e Mapa de Risco Pessoal e Social (CEMARIS) da Secretaria de Proteção Social (SPS) do estado do Ceará, o mais atualizado

disponível, de 2017; Relatórios de Gestão do Centro Pop de 2015 a 2018; Diagnóstico Social sobre a situação da população em situação de rua do município de Caucaia, empreendido pela equipe do Centro Pop; e prontuários de todos os usuários acolhidos e em atendimento de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019.

O cruzamento destes materiais de análise possibilitou a elaboração de um momento analítico que fecha o ensaio elaborado em nosso esforço avaliativo, no qual a interpretação dos dados se deu a partir dos elementos apreendidos em nossas conversações, nas entrevistas realizadas, das quais extraímos subsídios das narrativas divididos em quatro blocos analíticos correspondentes a uma matriz de análise narrativa da experiência: 1 – Reconhecimento das limitações das redes e políticas; 2 – Necessidade de fortalecimento e ampliação das redes; 3 – Dificuldades no território de Caucaia para o melhor desenvolvimento das políticas; e 4 – Vínculo de trabalho.

Essa análise, por fim, é apresentada em amálgama a partir da interpretação da experiência, lançando disparadores à guisa de nossas considerações finais.

## **2.2 Categorias analítico-conceituais que orientaram e inspiraram o estudo: eixos teóricos**

A fim de navegarmos, isto é operacionalizar a pesquisa, utilizamos categorias analítico-conceituais para delas extrairmos conceitos que conduziram a inspiração teórica que fundamentou a avaliação, a saber: 1- Genealogia, dispositivo e produção do conhecimento; 2 - Subjetividade e institucionalização; 3 - Redes de saúde, cuidado em rede e saúde como afirmação de vida por meio da clínica dos afetos; 4 - Dimensões da reforma psiquiátrica brasileira para conceituarmos Saúde Mental; 5 - Desqualificação social, vulnerabilidade e Pobreza. A seguir apresentamos breve discussão teórica sobre cada um desses elementos, circunscrevendo nossos eixos teóricos.

### ***2.2.1 Genealogia, dispositivo de produção de conhecimento***

A investigação genealógica inspira nosso estudo na medida em que realizamos um empreendimento de construir um conhecimento que diz respeito à tentativa de integração do plano afetivo com a produção de saber, estabelecendo um movimento que não dissocie o corpo. Bem como que afirme a sua potência perante aos estamentos, tais como a clínica e a instituição. Uma vez que consideramos o corpo como o elemento de interface entre o pessoal e cultural, sendo, portanto, elemento chave em nosso processo.

Com isso, compreendemos que, ao se investigar por meio da genealogia enquanto dispositivo de produção de saber, há a necessidade de se imergir nos complexos. Isto é, acessar os saberes diversos que constituem um elemento de verdade, não enquanto busca por uma linearidade ou origem, e, sim, o movimento de se aliar investigação e crítica com a interpretação vivencial e assim se aproximar do conhecimento intuitivo sobre o qual versa Spinoza (2016), em sua *Ética*.

A genealogia não busca a causa nesta acepção do termo. Ou melhor, não considera que se está, desta forma, conhecendo as causas de um certo efeito mas sim que não se está chegando às causas, mas se encontrando explicações consoladoras por questões afetivas. Logo, estas causas são, em última instância, afetivas. É se investigando e se conhecendo os afetos que nos movem que poderemos atentar para as construções que fazemos nas mais diversas áreas como formas de defesa diante de nossas inseguranças e desejos. Mais, as causas apresentadas pelo racionalismo tradicional são antes ficções erguidas para ocultar inseguranças diante da complexidade e instabilidade do real. São abstrações imaginárias criadas com base na suposição de divisão do real em duas substâncias (MARTINS, 2004, p. 952).

Essa perspectiva nos aproxima da proposição de Foucault (2016), em desenvolver um saber que se alinhe aos saberes locais e descontínuos, os quais geralmente são deslegitimados pelo saber-poder tradicional por meio do discurso científico. Ora, Foucault (2010a, p. 15) provoca acerca desse movimento científico de se produzir um saber, questionando acerca de que tipo de saber se pretende ao se calar o saber dito não científico – saber local, despertando em termos de construção de conhecimentos por meio da provocação desse movimento de construção de saber acadêmico

(...) não é necessário primeiro levantar a questão, se interrogar sobre a ambição de poder que a pretensão de ser uma ciência traz consigo? A questão, as questões que é preciso formular não serão estas: ‘Quais tipos de saber vocês querem desqualificar no momento em que vocês dizem ser esse saber uma ciência? Qual sujeito falante, qual sujeito discorrente, qual sujeito de experiência e de saber vocês querem minimizar quando dizem: ‘eu, que faço esse discurso, faço um discurso científico e sou cientista’? (...) eu os vejo atribuindo aos que fazem esse discurso, efeitos de poder que o Ocidente, desde a Idade Média, atribuiu à ciência e reservou aos que fazem um discurso científico’.

Tais elementos se encontram com nossa posição interpretativa, fundando uma inventividade aos postulados de Geertz (1997) acerca do saber local e a posição do pesquisador. Já Mota (2012), assevera que a investigação genealógica transcende a mera validação epistemológica de uma determinada concepção; mais que isso, localiza na teia histórica a corporeidade do processo político inerente a toda atividade humana, remontando a



tradição filosófica dos legados de Nietzsche, Freud e Marx, os quais revolucionaram o sistema de pensamento moderno.

Sobre isto, Foucault (2010a, p. 15) assevera que

a genealogia seria, pois, relativamente ao projeto de uma inserção dos saberes na hierarquia do poder próprio da ciência, uma espécie de empreendimento para dessujeitar os saberes históricos e torná-los livres, isto é, capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico unitário, formal e científico.

Tais aspectos apresentam-se como fundamentais à compreensão do processo genealógico das políticas avaliadas, fornecendo elementos de análise de texto e contexto. Uma vez que essa estratégia investigativa promove a disponibilização de ferramentas capazes de desvelar processos complexos e rizomáticos, eminentemente humanos, e, portanto, irrompidos no vivido a partir da experiência subjetiva com o mundo, a partir da alteridade (GOMES; MERHY, 2014; LIMA *et al.*, 2016a).

Tendo em vista nosso esforço analítico empreende uma análise de texto e contexto a fim de se apreender subsídios para a interpretação de território e experiência de trabalhadores, agentes que operam políticas, o acompanhamento desses processos se dá a partir da compreensão trazida por Franco e Merhy (2012, p. 152) do trabalho vivo em ato, na qual os sujeitos envolvidos em seus processos de trabalho desenvolvem atitudes agenciadas pela produção de singularidade cotidiana pois

(...) os trabalhadores em atividade atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde. Isto é possível porque há a constatação de que o trabalhador tenha sua atividade presidida por altos graus de liberdade, pois” o seu principal atributo é justamente o auto-governo que exerce sobre seu próprio processo de trabalho, ainda mais no caso do trabalho em saúde que é sempre relacional, em ato, nos encontros.

Neste sentido, a compreensão de qualquer que seja a atuação em rede no campo socioassistencial e de saúde, é permeada pela investigação dos processos subjetivos envolvidos em sua construção, implementação e funcionamento cotidiano, os quais demarcam seu lugar na história.

É diante disto, que buscamos um traçado com aspectos genealógicos das políticas públicas de saúde mental e para pessoas em situação de rua. A partir das narrativas envoltas nesta pesquisa, sejam os seus silêncios, suas falas e até mesmo as paredes sujas dos equipamentos– narradas através de observações inspiradas na etnografia registradas em diários de campo – do processo de trabalho com os profissionais os quais o estudo pretendeu

acompanhar alinhando-se a uma ideia de empirismo como advento da subjetividade, bem como compreendendo o território como um processo de subjetivação (LIMA *et al.*, 2016a).

Para compreendermos os aspectos aqui relacionados, há de termos em mente, também, as noções de dispositivo e subjetivação, as quais se encontram imbricadas no processo genealógico e na micropolítica do trabalho.

Como dispositivo, Foucault (2016, p. 364) enuncia

(...) um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos.

Face à análise de Foucault e a necessidade de se operar o conceito, Dreyfus e Rabinow (2012) apontam que, diante da complexidade, se faz necessária a orientação desta leitura e o uso do termo em nível conceitual. Afirmam que, diante dos diversos elementos trazidos na obra de Foucault para se compreender o emaranhado dos elementos societários, há de se estabelecer um conjunto sistemático de relações flexíveis a fim de se isolar um problema específico, isto é o dispositivo diz respeito às “práticas elas mesmas, atuando como um aparelho, uma ferramenta, constituindo sujeitos e os organizando” (DREYFUS; RABINOW, 2012, p. 135).

Foucault empreende a noção de dispositivo ao tratar da investigação sobre a sexualidade, dizendo respeito ao emprego do termo de maneira a considerar, explicitamente, elementos como o discurso, disposições arquitetônicas, legislações, intervenções e medidas administrativas, agenciamentos e enunciados científicos, a fim de se compreender as práticas discursivas e não-discursivas, apresentando sob um mesmo estatuto as instâncias do poder e saber em análise (FOUCAULT, 2015).

Ainda sobre isto, Deleuze (1999) considera o dispositivo enquanto um conceito multilinear com propriedade operatória, cujo se alicerça nas instâncias que Foucault distingue, trabalha e desenvolve em sua obra: saber, poder e subjetivação (produção de modos de subjetivação). Assim, há, então, de se proceder com a análise das enunciabilidades – no âmbito da micropolítica –, as quais produzem formas de falar, ver, sentir – afecções –; e, com isso, através do fio condutor com a dimensão do poder, empreendermos acerca das linhas de força, que estabelecem e desenvolvem as práticas de saber e poder, nas práticas discursivas envolvidas em tal dispositivo – que emanarão acerca da investigação genealógica das políticas. Por fim, com isso, pretendemos, operar a partir do fio condutor da produção de

subjetividade dos profissionais que executam as políticas em estudo e enunciar as linhas de subjetivação as quais remetem a novas possibilidades, descontinuidades do sujeito, que influem na ruptura do concreto no qual se configura o poder disciplinar, que configura, por exemplo, a formulação de políticas públicas que atendem a pessoas em situação de rua com transtornos mentais ou demandas de saúde mental (LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017a; LIMA *et al.*, 2016b).

Destarte, os elementos sobre os quais nos debruçamos não se apresentam como uma configuração, e, sim, como um sistema aberto (**rizoma**) constituído a partir de um jogo de forças; produzido, desenvolvido e operacionalizado por um engendramento de curvas e regimes, bem como através do conjunto de linhas do dispositivo e regime de enunciabilidade institucional. Assim, há, neste complexo, curvas de visibilidade, as quais não devem ser tratadas como elementos circunscritos enquanto formas palpáveis. Outrossim, os ditos – falas, proferidas ou escritas – não dizem respeito enquanto forma representativa aos regimes de enunciabilidade (FOUCAULT, 2015). Desta maneira, as visibilidades são iluminuras – o visível e o enunciável –, positivadas e potencializadas pelas relações de força e pelas formas de saber-poder as quais lhe são correlatas e nelas reverberam.

Para apreendermos estas unidades é necessário que se faça um entrecruzamento que lhes possibilite a existência. Com isso, promover rupturas, dilacerando as palavras e os signos com o fim de extrairmos-lhes os respectivos enunciados (DELEUZE, 2005). Dessa maneira, ao enunciável se confere “que não é uma proposição a designar um estado de coisas ou um objeto visível” e “o visível não é tampouco um sentido mudo, um significado de força que se atualiza na linguagem” (DELEUZE, 2005, p. 73). Isto significa dizer que quando falamos sobre regimes de enunciação não procuramos simplesmente designar algo que versa especificamente sobre os sujeitos ou a instituição, mas sim o que confere a possibilidade e a justificativa de se falar sobre, de desdobrá-los.

Tendo isto em mente, podemos considerar que as enunciações se proliferam, dado o caráter multilinear e balizam efetivamente os determinantes para se adentrar na ordem do discurso, além da possibilidade de ultrapassar as barreiras ou serem barradas pelos tangenciamentos conceitualmente legislativos incutidos no texto – seja na letra da política pública, sua territorialidade ou sua execução, que estabelecem os limites do discurso (LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017b).

Já as curvas de visibilidade não anunciam a visão de um sujeito – ou de sua figura –, uma vez que o próprio sujeito que olha, vê e enxerga, deve ser reconhecido como uma posição visível, como uma função, pois está presente no advento da visibilidade (DELEUZE,

2005). Assim, mais do que fazer ver e dizer, anunciar uma genealogia, mesmo que institucional – compreendendo-se toda a sua vividez e territorialidade implicada em políticas públicas e modos de saber-poder endógenos –, este dispositivo versa sobre a ocupação a si inerente de fazer ver e dizer a política (LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017b).

Ranger a diferença e seu irrompimento através da investigação genealógica prepondera, de maneira concreta, os elementos necessários à objetivação discursiva: apreensão e investimento ruidosos do poder sobre os corpos, mesmo que autogeridos (FOUCAULT, 2015). Esse movimento nos permite capturar o equipamento em sua vida, existência e micropolítica, tornando-o visível, enunciável, por meio de aspectos da visibilidade – agenciamentos e enunciações –, tornando cada vez mais eficazes os agenciamentos os quais se destina o dispositivo.

Como vemos, esse esforço investigativo faz emergir processos de subjetivação (LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017b; LIMA *et al.*, 2016a). Para Foucault (*apud* Deleuze, 2005), os modos de subjetivação envolvem, preponderantemente, a produção de efeitos sobre si mesmo – que, por sua vez, não se configuram enquanto meras atuações passivas do sujeito. Os processos de subjetivação indicam potência, possibilidades, (des)continuidades, (des)caminhos: linhas de fuga, ruptura. Este movimento é relevante ao se considerar a condição de institucionalização irrompida na produção de subjetividade que surge, por exemplo, da experiência dos atendimentos psicossociais empreendidos junto a pessoas em situação de rua institucionalizadas (LIMA *et al.*, 2016b; LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017a).

Ora, as linhas de subjetivação indicam linhas de fratura, ruptura do dispositivo, da possibilidade, contínua elaboração: linhas de fuga. A resistência é o que dá à fuga a condição de possibilidade e não se define como ruptura completa das formas de subjetivação propostas por regimes de saber-poder. É através das linhas de subjetivação que se delineiam configurações plásticas – fluxos, devires – instituídos na imanência. A capacidade e possibilidade do empreendimento de linhas de fuga, de subversões e de estabelecimento de novas relações de força são operadas pelos próprios sujeitos.

Assim, todo dispositivo é definido pela condição de novidade e criatividade, através da capacidade de transformar-se, romper com os limites impostos e criados por si e para si. Essa capacidade de rompimento encontra-se engendrada ao desenho das linhas de subjetivação, uma vez articuladas em pontos de resistência imanentes e inerentes a todo e qualquer dispositivo, são linhas que produzem novas configurações saber-poder-subjetividade, um novo *ethos*.

### 2.2.2 Subjetividade e institucionalização

A noção de instituição possui um caráter polissêmico, podendo ser considerado a partir de abordagens diversas. Nesta pesquisa, apontamos a necessidade de compreender este conceito pelo objetivo de operá-lo a fim de pensar os processos de subjetivação ligados a políticas públicas que perpassam pelas características institucionais a fim de subsidiar elementos para a avaliação de políticas públicas e levando em consideração os processos de subjetivação inseridos no território (LIMA *et al.*, 2016a; LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017b).

Os estudos de Erving Goffman e Michel Foucault nos fornecem pistas acerca das concepções de uma instituição, mesmo que ancoradas no processo conceitual do século XX. Já Gilles Deleuze revisita a perspectiva de Foucault acerca das sociedades disciplinares e estabelece o que chamou de Sociedades de Controle, mais aproximadas ao que vivenciamos em nosso tempo com o desenvolvimento do capitalismo.

Goffman (2001) desenvolveu categorias relevantes acerca do que chamou de instituições totais, locais onde há o processo de *mortificação do eu*. O que o autor chamou de *eu* diz respeito a uma gradual elaboração da imagem de si, uma espécie de *self*, a qual é delineada a partir das relações sociais por meio de elementos diversos de sociabilidade que percorrem do nascimento até a inserção em corpos institucionais diversos, tais como igrejas, escolas, fábricas, etc. O autor assevera que, a partir dessa instância de eu, é possível estabelecer regulações, balizando o que desejamos passar de imagem aos outros indivíduos. Já o que ele chama de mortificação do eu concerne a um processo de danificação da imagem que o indivíduo construiu, a mortificação de seu *self*, por assim dizer. Isto se dá no seio das instituições, sobretudo nas chamadas instituições totais – instituições psiquiátricas, quartéis, igrejas, colégios –, posto que se estabelece um modo de vida contínuo, havendo a clara distinção entre um grupo dirigente e um grupo controlado que lhe deve obediência, e os atos dos internos são acompanhados por especialistas do grupo dirigente.

Os estudos de Goffman acrescentam contribuições que versam sobre o sentido social de noções como o adoecimento mental e a militarização. O autor define as instituições como “locais, tais como salas, conjuntos de salas, edifícios ou fábricas em que ocorre atividade de determinado tipo” (GOFFMAN, 2001, p. 15). A partir disso, podemos compreender e considerar que, no decurso da vida em sociedade, a constituição de nossa identidade é paulatinamente deteriorada por mecanismos institucionais à guisa de uma normatização atrelada à manutenção de interesses diversos de manutenção da ordem. Com

isso, ao analisarmos internados, como os pacientes psiquiátricos em manicômios, sob essa ótica, percebemos que o seu funcionamento estava muito mais relacionado ao seu processo de institucionalização do que ao que chamavam de adoecimento mental pelo saber-poder psiquiátrico.

Já a partir de Foucault podemos compreender aspectos relacionados ao desenvolvimento da disciplina em meio a diversos segmentos sociais, mas sem necessariamente ater-se ao funcionamento endógeno de uma instituição. O que seu pensamento carrega é a historicidade dos fluxos sociais, sobretudo relacionados ao desenvolvimento do saber e do poder. Foucault (2016) nos traz a análise acerca de que maneira se processa a produção de saber durante a disciplina e não a questão disciplinar em si. Tendo em vista que, durante o disciplinamento, há um saber produzido, uma vez que inerente ao poder há a resistência. Com isso, a análise das instituições a partir de Foucault procura traçar aspectos biopolíticos, atravessando os fluxos da história para demonstrar os mecanismos sociais de disciplinamento dos corpos atrelados o modo de vida no ocidente<sup>3</sup>.

Essa perspectiva nos traz a imagem e concepção de instituição como um espaço perpassado por arranjos diversos ligados à historicidade das práticas e da constituição de subjetividade, promovendo processos de subjetivação. Com Foucault, a instituição, antes do hospital ou do manicômio, é a própria noção de loucura e o que lhe interesse é esta como condição de possibilidade da Psiquiatria, da Psicologia e da Psicanálise, bem como crítica da racionalidade ocidental.

Há, com isso, uma sociedade disciplinar em que por meio de mecanismos de controle históricos os indivíduos são impelidos a seguirem determinadas normas implícitas à vida em sociedade. A partir disto, são erigidos elementos arquitetônicos que correspondem a dispositivos<sup>4</sup>, verificando-se que, em cada instituição, há um poder disciplinar, o qual emerge a partir do tempo, do espaço, da vigilância e do saber, possuindo uma positividade vinculada à subjetivação do indivíduo enquanto corpo. Destarte, podemos pensar em instituições como a família, a escola, a religião, a polícia, a mídia, os processos de saúde e doença ancorados na biomedicina, dentre outros aspectos. O que Foucault considera como poder disciplinar não diz respeito a um modelo de instituição asilar, mas, sim, antes de tudo, a um mecanismo em espaço aberto e existencial, perpassado pela materialidade do corpo.

---

<sup>3</sup> É evidente que esses postulados de Michel Foucault versam, sobretudo, sobre a Europa ocidental e seu modo de vida. É complicado estabelecer uma desconstrução destes aspectos para tratarmos deste raciocínio a partir da experiência brasileira, por exemplo. Contudo, destacamos a importância teórico-conceitual de seus postulados para a construção da nossa realidade.

<sup>4</sup> Verificar tópicos anteriores onde se trata da questão do dispositivo.

Duas imagens, portanto, da disciplina. Num extremo, a disciplina-bloco, a instituição fechada, estabelecida à margem, e toda voltada para funções negativas: fazer parar o mal, romper as comunicações, suspender o tempo. No outro extremo, com o panoptismo, temos a disciplina-mecanismo: um dispositivo funcional que deve melhorar o exercício do poder tornando-o mais rápido, mais leve, mais eficaz, um desenho das coerções sutis para uma sociedade que está por vir. O movimento que vai de um projeto ao outro, de um esquema da disciplina de exceção progressiva dos dispositivos de disciplina ao longo dos séculos XVII e XVIII, sua multiplicação através de todo o corpo social, a formação do que se poderia chamar grosso modo a sociedade disciplinar (FOUCAULT, 2014, p. 173).

Neste excerto exemplifica-se como, em *Vigiar e Punir*, a definição de Foucault (2014) é ligada, sobretudo, a tecnologias, estratégias, táticas de disciplina nos moldes de uma sociedade disciplinar. Porém, com o avanço dos seus estudos, o autor passa a perceber o elemento do governo já anunciando a questão da biopolítica, uma vez que o Estado não surge como uma espécie de mecanismo controlador estabelecido em toda instituição e disciplina e o poder passa a ser compreendido como o governo dos homens uns pelos outros (FOUCAULT, 2008; 2010c). No aspecto da biopolítica a preocupação em governar erige-se para as condutas da população como um todo, compreendidas a partir do corpo, sendo importante considerar que essas tecnologias dizem respeito a uma gerência, um governo, da multiplicidade, dos processos de subjetivação, e não como um aspecto de massificação.

Foucault (2008) aponta como o ato de governo sobre a conduta das populações remonta, não somente a atitude de gerar saúde em meio a uma tecnologia disciplinar, por parte do Estado, mas, sim, também, que o extrapola. Neste sentido, considerando-se a perspectiva da investigação genealógica de texto e contexto e a abordagem interpretativa, há de se empreender o estudo às relações dos sujeitos em suas multiplicidades por meio da micropolítica das atitudes, transcendendo a figura da burocracia, da instituição ou do Estado em si, posto que estas advêm desse mecanismo.

Ao buscarmos compreender estes aspectos, vemos que se relacionam mais diretamente aos postulados do decorrer do século XX e que, em nossa época, o que se entende como instituição e disciplina está mais ligado ao que Deleuze (2013, p. 220) chamou de *sociedades de controle*, uma vez considerando que

(...) as sociedades disciplinares são aquilo que estamos deixando pra trás, o que já não somos. Estamos entrando nas sociedades de controles, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea.

E que, portanto, temos a tarefa de compreender esses mecanismos, tendo em vista que o controle social e os processos de institucionalização são operados por meio de uma

irrefreável incapacidade de se concluir e finalizar atitudes e comportamentos, fazendo com que os indivíduos sejam estimulados a reinventarem-se a fim de conseguirem realizações, imersos aos modos de vida e produção de subjetividade capitalistas por meio de políticas de assujeitamento.

Com isso, enxergamos as considerações acerca do que se concebe enquanto instituições a partir de processos de produção de subjetividade onde há o estabelecimento de um poder que constrói um saber a partir da resistência, processo que se dá por meio do desenvolvimento de tecnologias que transcendem a questão da instituição enquanto espaço físico de confinamento, e se espraia em meio aberto. Há, nesse processo, um investimento do Estado, mas que não se coloca como primordial, posto que com isso emergem-se processos de governamentalidade exercidos pelos indivíduos independente da atividade estatal.

Contudo, tomando-se a questão da política pública, a figura do Estado emerge como de relevância, tendo em vista a perspectiva da seguridade social e sua centralidade na garantia de direitos. Porém, o esforço de se avaliar as políticas públicas que tangenciam os atores deste estudo convoca o esforço de, estrategicamente, se empreender uma investigação genealógica das políticas em questão e, além disso, empreender esforços para considerar as dimensões da norma, do texto, do contexto, da história, da experiência, do território e da crítica. A fim de se investigar todas as relações de poder, saber, disciplina e subjetivação envolta nos diversos agentes que configuram o cuidado – e a política pública – direcionado a estes sujeitos que operam esse cuidado e atenção, operando a proteção social.

A partir disto, e desta noção de instituição, subjetivação e controle, há de se ter em mente como se estabelece a produção do cuidado em saúde mental na perspectiva da confluência dessas políticas e das redes formais de saúde e socioassistencial. Bem como, as redes vivas empreendidas por usuários nas ruas ou no próprio serviço, em nome de uma micropolítica do cuidado, que verse sobre a gestão e avaliação de políticas públicas, no seio da conjuntura social e econômica do Brasil, arraigadas na vivência político-institucional do município de Caucaia, desvelando-se os ideais e movimentos presentes na execução das políticas de saúde mental com pessoas em situação de rua.

### ***2.2.3 Produção do cuidado em saúde mental na perspectiva das redes vivas e da clínica dos afetos***

Esses elementos que até então estamos brevemente discutindo nos levam ao questionamento de como, então, estabelecer uma linha de cuidado em saúde mental



empreendida no âmbito das políticas públicas dentro do SUS e SUAS que convocam a intersectorialidade as políticas que lhes tangenciam? Como estes processos são percebidos e operacionalizados por profissionais e gestores na execução e implementação desse cuidado no âmbito dessas políticas?

Com isto, devemos prosseguir atentando-nos ao fato de que há uma busca pela integralidade da atenção e, com isso, vamos, inicialmente, dissertar acerca das Redes de Atenção à Saúde (RAS), na perspectiva de uma **rede rizomática**, isto é que ordene o cuidado a partir de uma clínica dos afetos (FRANCO; GALAVOTE, 2010) entendendo que, o cuidado em saúde mental no âmbito do SUS transversaliza políticas diversas e se insere na dimensão da proteção social, sobretudo quando se trata de um cuidado direcionado a pessoas em situação de rua.

Como se vê, conduzimos esse estudo a partir de uma noção específica do que constitui uma rede de saúde que pretende desvencilhar-se dos aspectos tradicionalistas acerca das RAS, voltados a aspectos formalistas, organizacionais e gerenciais. Operamos com sujeitos que desenvolvem ações com políticas e pessoas que convocam a necessidade de superação da clínica e assistência tradicionais.

Assim, a concepção de RAS que adotamos diz respeito a um aspecto **rizomático** operado na vontade de potência, na produção de vida, onde se busca compreender de que maneira as redes vivas (MERHY *et al.*, 2014) constituem o cuidado.

A partir disto, advogamos que as redes rizomáticas dizem respeito à imanência de ordenamento inerente aos dispositivos político-assistenciais envolvidos na ética e produção do cuidado em saúde mental. Dessa maneira, apresentaremos brevemente a noção gerencial de RAS de Mendes (2011) e a perspectiva rizomática de Franco (2006), tal qual trabalhada em Lima *et al.* (2018) e Lima *et al.* (2016a), que orientou o esforço avaliativo elencado nos processos dessa pesquisa.

No Brasil, tradicionalmente, o que se entende por RAS compreende, por um lado, que os sistemas de atenção à saúde passaram por reformulações ligadas a aspectos liberais dos anos 90, tais como o mecanismo de mercado, novos modelos de financiamento e a descentralização. O que, de acordo com Mendes (2011), não apresentou sucesso na melhoria da qualidade de atenção e acesso. Diante disto, o autor, a partir do aprofundamento do modelo gerencial, aponta que a visão no século XXI pretende ao alinhamento das políticas de reformas sanitárias de maneira a atender aos objetivos de atenção à saúde preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Isto segue dois movimentos, os quais se apresentam inter-relacionados: a mudança organizativa do sistema de atenção a questões agudas para o

sistema de redes de atenção à saúde, também voltado para a questão de agravos agudos e crônicos, mas com um paradigma diferenciado; e a reforma na gestão de saúde, onde o foco da gestão se dá na clínica e não nos meios que se propicia a atenção nessa clínica (MENDES, 2011).

Consideramos, contudo, que tal perspectiva não abrange a complexidade necessária da questão, além de apresentar outros problemas, tais como a exportação não problematizada o suficiente de modelos e concepções internacionais para a realidade brasileira. Ora, as experiências de cada Estado apresentam suas peculiaridades e, portanto, o funcionamento e desenhar de suas redes imergem a partir dessa teia de existência de processos intersubjetivos, processos de trabalho, relações de território e regionalização, bem como questões que envolvem a produção do cuidado e gestão do cuidado, aspectos eminentemente relacionados à micropolítica do cuidado no SUS, a partir de seus princípios e diretrizes.

De acordo com o decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, define-se como RAS o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a, s.p.), o que representa a melhora da qualidade de atenção e é diretamente relacionado com os processos e movimentos de regionalização inerentes ao SUS em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, bem como compreendendo os aspectos micropolíticos.

Ainda neste sentido, é válido ressaltar a necessidade de se empreender esforços para a compreensão e funcionalidade das RAS em territórios e regiões de saúde e socioassistenciais brasileiros. A implementação de políticas formuladas em outros contextos envolve um cuidadoso e criterioso estudo regional de maneira a se empreender um processo regionalizado, apontando um processo territorial e experiencial (LEJANO, 2012).

Nesse processo, a partir de um paradigma rizomático e, portanto, que intersecciona, procura-se englobar e agenciar aspectos micropolíticos do cuidado a partir do trabalho vivo em ato, uma vez que é a partir desse prisma que se pode conceber o que é intrínseco ao trabalho. Ora, a abordagem interpretativa do nosso esforço avaliativo se concentra em experiências de trabalhadores, de agentes que operam a política, por conseguinte, que operam o Estado.

Neste sentido, o trabalho envolve sujeitos a partir de suas práticas assistenciais e de cuidado, compreendidas por meio de sua alteridade na relação com o mundo, a constante transformação subjetiva e, por conseguinte, política dos diversos atores envolvidos no processo de assistência, saúde e cuidado. A micropolítica, aqui, transcende aspectos de

adequação a paradigmas pré-estabelecidos e a quaisquer delimitações, posto que o trabalhador é auto gerido (FRANCO; MERHY, 2012) e o usuário, em sua relação com o mundo, interfere na alteridade de todos os atores do cuidado, isso tudo através do processo intersubjetivo dos sujeitos que compõem essa rede (muito além das políticas estatais), uma vez que o fio condutor de tensionamento dessas redes é o investimento subjetivo dos envolvidos, já que desobedecer é o único verbo-corpo-alma conhecido pelo rizoma. Por tal motivo, além disso, ressalta-se a valorização e empoderamento das redes informais de saúde e cuidado, posto que é justamente neste lugar que se irrompe a promoção da saúde, a partir das *ex-sistências*, do irromper do vivido, o Estado atua aqui a partir das políticas, de maneira a fortalecer tais processos e não estabelecê-los, pois não dispõe desse poder.

Esse fenômeno corresponde ao entendimento acerca do contexto na formulação e implementação de políticas, uma vez que essa dimensão territorial e experiencial opera apontamentos para o texto (LEJANO, 2012).

De tal maneira convencionou-se a tratar a organização das RAS a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e ordenadora dos fluxos do serviço. O que vemos na prática e o que a experiência de pesquisa nos demonstra, contudo, é que o acesso do usuário se dá de diversas maneiras possíveis, justamente porque a sua vivência e o seu corpo não caminham de acordo com a normativa biopolítica gerencial empreendida pelo agenciamento clínico proposto pelo Estado em sua política pública. Inclusive, seu acesso, na maioria das vezes se dá até mesmo por políticas diversas que não são (conceitualmente) de saúde. Assim, a instituição é pega de surpresa e se aponta uma problemática.

Ora, os resultados de nosso estudo, ao se desenhar um *mapa falante* da rede de serviços para pessoas em situação de rua no município de Caucaia<sup>5</sup>, que isso se mostra presente uma vez que os usuários, muitas vezes, se encontram sem um lugar institucional específico e sua porta de entrada, tanto no sistema de saúde como de assistência social, se deu por lugares diversos aos preconizados nas políticas na tentativa de prestar cuidado, assistência e garantir acesso. Sobre isso, um elemento importante é o fato de que muitos dos usuários acessam tanto a rede de saúde como socioassistencial através de um contato inicial a partir da rede de urgência e emergência, por meio de cuidados prestados nas duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e do Hospital Municipal.

Assim, entende-se a RAS a partir de uma perspectiva rizomática. A noção, grosso modo, do rizoma como um sistema conceitual aberto, significa dizer que se trata de um

---

<sup>5</sup> Verificar *mapa falante* na página 132.

postulado que abrange uma cadeia aparentemente oculta, por baixo da terra, que faz ranger as raízes que sustentam este sistema (DELEUZE; GUATTARI, 2014).

Para tanto, Deleuze e Guattari (2014) lançam mão dos seguintes princípios para se compreender tal questão: 1) **conexão e heterogeneidade**, em que “qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo” (p. 22), o que significa dizer que os regimes de signos nos sistemas de agenciamentos encontram-se profundamente conectados, não podendo ser categorizados a partir de uma análise tradicional, como partes, mas sim como uma realidade sistêmica que atravessa a história, a perpetua, a modifica, e acima de tudo a (re)constrói; 2) **multiplicidade**, em que a partir da compreensão e aposta no sujeito é que se pode empreender a potência da singularidade (n-1), um múltiplo no advento da singularidade, bem como estabelecendo as linhas em que o fio condutor é rizoma; 3) **ruptura assinificante**, que se trata da perspectiva de se poder quebrar, cortar e romper um rizoma em qualquer parte e mesmo assim, não se o destruirá, dado o, por assim dizer, impossível assoreamento conceitual trazido pelo estigma dos princípios anteriores, isto é, a multiplicidade em plenitude da transformação; e 4) **cartografia e decalcomania**, o que procura romper com a lógica binária de pensamento fundante da tradição filosófica ocidental que justificam a bi política, de acordo com tal princípio há o tracejado de um mapa e não de um decalque, o que irrompe no processo de subjetividade e a resistência empreendida pelo rizoma em desobedecer tal ordem de reprodução, produzindo antes de tudo.

Ora, a partir desta breve explanação, podemos empreender a perspectiva do que entendemos enquanto **rede** e que, de acordo com nossa visão, consegue abranger questões que não são contempladas pela lógica biomédica tradicional no desenhar das RAS: o rizoma compreende o próprio fluxo da história e da subjetividade relacional que se produz em ato, nos arriscamos a asseverar que isto significa dizer que os usuários narram, significam, enfim, vivem, de acordo com um movimento rizomático e, por conseguinte, adentram as RAS a partir de qualquer ponto, o qual é conectado e singular na rede de existência do usuário. Por mais que pontuemos e tratemos a APS como porta de entrada e ordenadora do fluxo, o que acontece na prática não corresponde a este protocolo, apesar de sabermos que seguindo tal protocolação a rede formal poderia seguir seu fluxo proposto pela política pública e talvez garantindo a integralidade, mas aí se levantam as seguintes questões: é a realidade vivencial das pessoas em situação de cuidado com seus agenciamentos que devem adequar-se à política pública ou o contrário? Seria o esforço do Estado em ordenar o fluxo de serviço uma maneira de exercer domínio sobre o corpo, sobretudo um corpo com matiz de cor determinada e operado sob o olhar da vigilância?

O que é importante nestas reflexões é a quebra com a lógica de dominação do corpo pelo Estado e a compreensão dos agenciamentos envolvidos na existência dos usuários que buscam o cuidado. Ora, somente com a característica da multiplicidade podemos considerar o sujeito (n-1) e dar conta de sua realidade de maneira ampla a partir de sua singularidade, bem como no trabalho em ato (MERHY *et al.*, 2014); as RAS podem ser rompidas sem necessariamente serem descaracterizadas em sua função de cuidar e garantir a integralidade, a análise de uma RAS não compreende apenas a si mesma, mas sim a todo o sistema e como a política pública funciona na garantia de atenção integral ao usuário. Podemos estabelecer e desvelar as conexões existentes na realidade vivida, fazendo irromper a subjetividade, o que é deveras importante para o cuidado, posto que, na prática, observamos que a mera protocolação dos serviços não garante um cuidado eficiente e digno e que respeite os preceitos do SUS (FRANCO, 2006), e de outros sistemas que preconizam a ideia de redes, tais como o SUAS.

Além disso, convém lembrarmos a perspectiva de **redes vivas**, o que é consubstancial para a compreensão deste estudo. Por rede viva interpretamos a multiplicidade de sentidos que fundamentam a existência de um sujeito, isto é, como seu corpo afetivo relaciona-se com o mundo, promovendo e buscando cuidado num sistema existencial e vivo que transcende o serviço formal (MERHY *et al.*, 2014).

A experiência nos mostra que os transtornos mentais apresentam complexidade peculiar acarretando diversos impactos relacionados à saúde integral dos usuários (LIMA *et al.*, 2016b). Com isso, o trabalho intersetorial em rede deve existir e, na perspectiva que trazemos de rede, vemos as conformações de cuidado ligadas às questões do contexto social brasileiro, considerando-se, inclusive, os aspectos trazidos a partir de Vasconcelos (2010) acerca da questão dos ajustes neoliberais, os quais operam o despojamento da proteção social (BEZERRA, 2015).

Neste sentido, a atuação de profissionais em nível interdisciplinar se faz imprescindível. Entretanto, questionamos que lugar ocupa a rede informal no espectro de cuidado de pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves e persistentes ou com necessidades de cuidado em saúde mental, uma vez que convoca afetos diversos no campo da saúde mental e assistência social.

Sabemos, com a experiência de nossa pesquisa e do nosso trabalho, que um fluxo de usuário não é único e imóvel, e, sim, o contrário e que os profissionais tem dificuldade de operar esse fluxo entre as políticas diversas. É demonstrado o **acesso vivo** a diversas redes de atenção, dentre elas a RAPS e a rede socioassistencial, isto é, que mesmo o acesso às redes

formais e empreende a partir das redes vivas (LIMA *et al.*, 2018). Assim, temos em vista não um adoecimento mental em si, e, sim, a vontade de potência, um Corpo Sem Órgãos (CsO), uma clínica dos afetos (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

Isto convoca esforços de trabalho em saúde à guisa da integralidade, no fomento a uma atenção territorializada e orientada nas necessidades de saúde e assistência dos usuários, acessando-se diversas redes formais e informais, por meio das redes vivas, fato que as equipes tem que ter em mente e operar de alguma maneira (LIMA *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2016a).

Franco (2006) aponta que o processo de trabalho, no âmbito de sua micropolítica, desvela um amplo campo de inventividade. E, partindo da experiência vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde e assistência social, entendemos que, por vezes, ainda predomina uma prática de operacionalização do cuidado a partir de uma definição tradicionalista e moral, pautada na ética da biomedicina e do assistencialismo, refletindo em prática de atendimento e vivência com este usuário de forma mecânica, fragmentada e voltada para a necessidade do adoecimento ou ao processo de caridade (LIMA *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2016b; LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017a). Ora, sabe-se, com Foucault (2016), que a arquitetura do poder se espalha pelos dispositivos sociais, em que se incluem, também, os dispositivos de cuidado em saúde e assistência social, que autorizam e configuram as práticas discursivas de poder e dominação.

É necessário, portanto, uma reconfiguração da concepção de saúde que operacionalize a prática de cuidado de maneira a amparar-se no processo de trabalho em ato e encontro vivencial com os usuários em seus territórios existenciais, conformando a noção de saúde integral que orienta o SUS (FRANCO; MERHY, 2012). A definição de saúde como ausência de doenças, a qual o SUS, no bojo da Reforma Sanitária, buscou desconstruir a fim de orientar as práticas e serviços, evidenciou um quadro de sujeito-paciente fragmentado, passivo, sem autonomia (LIMA *et al.*, 2018). Neste sentido, compreende-se que uma concepção de adoecimento ancorada na concepção de ausência de saúde é um conceito fragmentado, incompleto, não se referindo ao processo de saúde em si, mas configurando-se, antes de tudo, como um dispositivo de estratégias políticas interventivas (COSTA; BERNARDES, 2012), desligado do trabalho vivo, o qual trata Merhy (2002), afirmando a sua centralidade nesta discussão.

Diante do exposto, considerando a definição clássica de saúde, a qual o SUS buscou superar, a doença é posta como ordenadora do cuidado. Levando em conta a condição epistêmica dessa consideração, se apresenta uma estratégia que, guardadas as devidas proporções, assemelha-se ao realizado por Pinel ao desacorrentar os loucos em nome do que

seria uma humanização do tratamento e acorrentá-los na moralidade da doença mental, por meio do conceito de loucura, reflexo das forças de violação e dominação da sociedade, como bem aponta Foucault (2010b). Afirmamos, diante disto, que a saúde é uma condição imanente. Isto significa dizer que, operacionalizada para a produção do cuidado, apresenta um caráter processual admitido na produção de vida. Assim, Costa e Bernardes (2012) consideram a saúde como um movimento de afirmação da vida, por meio das condições de produção de possibilidades, desdobramentos, agenciamentos, processos permanentes de invenção, aproximando a uma clínica dos afetos (FRANCO; GALAVOTE, 2010; LIMA *et al.*, 2018).

Essa perspectiva traz à tona a questão da micropolítica no trabalho e subjetividade e nos direciona à noção de saúde mental abordada neste estudo, qual ainda diz respeito sobre as considerações de Basaglia (2009) acerca da negação da instituição e a necessidade de mudança política, urgindo a necessidade de, mais que uma desospitalização, uma desinstitucionalização. A qual pode se operacionalizar de diversas maneiras, tal como descrito nas considerações de Vasconcelos (2010), havendo a possibilidade de um movimento endógeno de desinstitucionalização, a qual leva à necessidade de integralidade do cuidado, tal qual se preconiza, tanto na necessidade de reordenamento dos equipamentos da rede sociassistencial, como nas premissas do cuidado a partir da política de saúde mental no âmbito da RAPS. Acerca disso, Cecílio (2011) categoriza a integralidade em duas dimensões básicas: a integralidade ampliada e a integralidade focalizada.

A integralidade ampliada, macro-estrutural, remete-se a articulação de cada serviço de saúde mental à uma rede mais ampliada e complexa, composta por outros serviços de saúde e também instituições que, não necessariamente seja do setor saúde, mas que sejam facilitadoras da assistência e produção do cuidado, sendo tarefa para ações intersetoriais; já a integralidade focalizada, diz respeito ao micro-estrutural que se estabelece enquanto produtor máximo de cuidado, fruto do esforço, da confluência e do encontro dos vários saberes e práticas de auto-cuidado do usuário (dimensão individual), do seu apoio familiar, de amigos, vizinhos e comunidade (dimensão familiar) e da dialógica imprescindível entre usuário e equipe de saúde (dimensão profissional), no caminho concreto da trajetória singular de cada usuário em busca de cuidado (CECÍLIO, 2011).

Neste processo, confluem-se as múltiplas dimensões da Gestão do Cuidado, a saber: dimensão individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. De modo simplificado, pode-se atribuir para cada dimensão os seguintes aspectos: individual – o autocuidado, o cuidar de si, as escolhas de cuidado; familiar – apoio, proximidade; profissional – encontro entre usuário e profissional, a exigir preparo técnico, responsabilidade

ética e vínculo; organizacional – processo de trabalho; sistêmica – linhas ou redes de cuidado e societária – políticas sociais. Tais dimensões são imanentes entre si, interdependentes, e, ao mesmo tempo, irredutivelmente singulares. Cada uma, com seus elementos e suas principais responsabilizações, juntas e articuladas entre si, se potencializam como produtoras máximas de cuidado em sua integralidade (CECÍLIO, 2011).

#### ***2.2.4 Concepção de Saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira***

No que concerne ao entendimento de saúde mental adotado neste trabalho, advogamos a conceituação operada a partir das dimensões da reforma psiquiátrica brasileira, conforme nos apresenta Yasui (2010) ao fazer uma releitura de Paulo Amarante. O autor nos apresenta quatro dimensões que são pilares de entendimento para os processos de saúde mental e atenção psicossocial no Brasil, conceituando-os a partir da experiência de reforma psiquiátrica. Há, então, quatro dimensões, as quais serão brevemente apresentadas: 1 – a dimensão política; 2 – a dimensão epistemológica; 3 – a dimensão técnico-assistencial; e 4 – a dimensão sociocultural.

A dimensão política diz respeito à compreensão de que a construção das políticas públicas de saúde mental brasileiras perpassa os movimentos de trabalhadores e usuários, havendo a necessidade de reconhecer que seus desenhos e formulações emergem desses movimentos políticos, por meio de coletivos auto organizados que pautaram greves e atos políticos diversos, organizaram conferências de saúde mental e a partir disso iam se inserindo na agenda da política institucional.

Há um destaque para a greve nacional dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental, em 1978, para denunciar as condições precárias e de tortura nos hospitais e serviços de saúde mental, bem como a organização de conferências de saúde mental (YASUI, 2010).

A dimensão epistemológica surge para conceituar o que se concebe enquanto saúde mental por meio da ruptura radical com a Psiquiatria tradicional, a qual se estabelece como um dispositivo de poder sobre o corpo desviante.

Machado (1978) demonstra como a noção de loucura é a condição de possibilidade para a psiquiatria, que inaugura a condição de loucura para a sua existência enquanto campo científico de intervenção a fim de operar o poder médico justificando um modelo asilar e manicomial. Assim, inspira-se na perspectiva da Antipsiquiatria, da ruptura radical com a essa fabricação do conceito de loucura para operação de um poder, a fim de que se estabeleça uma construção de conhecimento que justifique a transição de um modelo asilar



para um modelo de atenção psicossocial onde se promova um cuidado a partir da liberdade e da potência de vida.

Ainda neste sentido, é inserida a discussão acerca da necessidade não somente de uma desospitalização, mas de uma desinstitucionalização a fim de garantir essa liberdade e saúde como afirmação da vida e não o contrário. Uma vez que somente desospitalizar não é suficiente, mas sim empreender uma virada epistemológica que promova a desinstitucionalização em diversos âmbitos da sociedade e que assim a loucura possa percorrer a cidade.

Ao desenvolver a dimensão técnico-assistencial, Yasui (2010) elenca os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como referência para o tratamento, uma vez que seriam equipamentos organizados em âmbito territorial e comunitário que operacionalizam os conceitos de cuidado, território, responsabilização, acolhimento, projeto terapêutico e intersetorialidade.

Assim, o cuidado empreendido versa acerca da liberdade e defesa irrevogável da vida, considerando os aspectos territoriais dos usuários e profissionais onde o serviço funciona. Além disso, as equipes responsabilizam-se pelos processos de cuidado de maneira a buscar autonomia, promovendo acolhimento integral de suas demandas de cuidado e considerando-os enquanto sujeitos de cidadania e não somente através de uma operação de poder. E nesse processo, o cuidado é orientado a partir de um projeto terapêutico elaborado conjuntamente entre equipe, usuário e familiares, em um movimento horizontal e dialógico que compreenda as necessidades gerais de cuidado, inclusive abarcando outros equipamentos e políticas, buscando uma integralidade.

Já a dimensão sociocultural, ainda de acordo com Yasui (2010) lendo Paulo Amarante, emerge da discussão advinda da transformação do imaginário social da loucura inscrevendo a sociabilidade da saúde mental em dois aspectos principais acerca de ações culturais e artísticas produzidas por: atores do campo, isto é usuários, familiares e profissionais; e atores fora do campo, quais sejam artistas, diretores de cinema e teatro e formas de arte diversas. A dimensão artística emerge como instrumento de produção de subjetividade e modo de subjetivação apontando a discussão sociológica sobre civilização e barbárie.

Para o autor, essa dimensão se apresenta como primordial para o exercício da saúde mental e atenção psicossocial, bem como o desenvolvimento da reforma psiquiátrica brasileira, por inscrever na sociabilidade um sujeito outrem que percorre as cidades e seus

modos de vida distante das noções tradicionais e asilares da Psiquiatria e do que chamamos de subjetividade capitalística.

O amálgama processual dessas dimensões fundamenta concepções de saúde mental basilares para a instituição de uma reforma psiquiátrica alinhada com o projeto civilizatório preconizado pelo SUS na reforma sanitária.

### ***2.2.5 Elementos para se pensar a pobreza no âmbito do despojamento da proteção social: vulnerabilidade e desqualificação social***

Neste trabalho, nos propomos a analisar como determinadas políticas públicas são operacionalizadas por gestores e profissionais que buscam garantir sua execução, e, com isso, avaliá-las. O público, isto é, usuários primordiais dessas políticas são pessoas que tem seus corpos delineados pelas dimensões da pobreza e vulnerabilidade social.

Diante disto, consideramos necessário percorrer algumas considerações acerca dessas questões, versando sobre elementos analíticos das categorias pobreza e vulnerabilidade social, inserindo como mote da discussão acerca dos fenômenos deste tópico, a noção de desqualificação social de Serge Paugam, além de utilizarmos apontamentos de Lúcio Kowarick, acerca da categoria vulnerabilidade e Leila Passos Bezerra, sobre a temática da pobreza.

Destarte, Bezerra (2015) aponta vias analíticas para se pensar a pobreza, considerando desde a via analítica marxiana ao pensamento contemporâneo sobre a *nova pobreza*. De acordo com a autora, com relação à perspectiva de análise marxiana, a origem do fenômeno do pauperismo e dos sujeitos pobres é circunscrita no processo de acumulação capitalista, por meio de um processo em que a “produção social das riquezas torna-se cada vez mais coletiva – pelo trabalho social – e sua apropriação permanece privada por parte da classe dos capitalistas” (BEZERRA, 2015, p. 285). Com isso, a pobreza, constituída em um modo de vida, é inerente a esse processo de produção, condicionado aos meios de regulação do trabalho.

Assim, percebemos que o elemento do trabalho surge como central na discussão. Contudo, continuando sua análise, a autora elenca ponderações acerca do pensamento marxiano sobre a pobreza no âmbito da política e da formação social do Estado brasileiro, sobretudo considerando as transformações do trabalho e do capital no seio da segunda metade do século XX com a inserção da ciência e da tecnologia enquanto forças de trabalho no processo de produção capitalista. Com isso, ela aponta que

(...) nos anos 1990 e 2000, a pobreza ganha significativa visibilidade pública, em meio ao seu adensamento no cerne do capitalismo contemporâneo em seus processos de mundialização, acumulação flexível, reestruturação produtiva, desemprego estrutural, associados às reformas do Estado, desmonte dos sistemas de proteção social, destituição real e simbólica dos direitos sociais (BEZERRA, 2015, p. 287).

Tal ponderação mostra-se relevante para o estudo que ora apresentamos por possibilitar subsídios ao nosso esforço avaliativo, no que tange a considerar os fenômenos contemporâneos no âmbito da (des)proteção social e as reformas do Estado – pautadas na agenda neoliberal –, bem como a perspectiva dos direitos sociais, os quais se encontram inscritos no art. 6 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Ora, esse marco temporal elenca o processo de redemocratização brasileiro incumbido no constitucionalismo por meio da Assembleia Constituinte que escreveu a Carta Magna brasileira e abriu espaço para a construção de políticas públicas sociais como as que nos debruçamos neste texto.

Assim, Bezerra (2015) considera que esse contexto contemporâneo, atravessado pelo processo neoliberal que contingencia diretamente os direitos sociais, convoca a análise acerca de uma *nova pobreza*. A partir disto, podemos considerar a relação entre os sujeitos pobres e as formas de assistência social, executadas por intermédio das ações do Estado, isto é, das políticas públicas sociais.

Dessa maneira, a autora apresenta considerações acerca das noções de *desfiliação* e *desqualificação social*, empreendidas por Robert Castel e Serge Paugam. A primeira, dizendo respeito ao processo que delinea a gênese de fragilizações e ruptura de vínculos sociais, que amplia a condição de pobreza antes compreendida somente a estados de privação. E a segunda, abarcando o movimento de expulsão do mercado de trabalho de segmentos sociais heterogêneos com as vivências exercidas no âmbito da assistência social. Tais considerações mostram-se oportunas para o nosso pensamento, por considerarmos a realidade que o campo e experiência nos demonstraram, sobretudo as considerações de Paugam.

Ora, Paugam (2003) apresenta elementos que despontam a partir da relação dos sujeitos com a assistência social, os quais ao acessarem ou serem acessados por suas atividades, são marcados pela categoria da pobreza, embora sua gênese social não seja necessariamente ligada aos processos de regulação do trabalho em si, pois consideram a realidade contemporânea de ajuste e rentismo que reverberam no mundo do trabalho e na fragilização de vínculos, observando-se que na verdade, apesar de desfilarem-se de

determinados segmentos ou instituições, os sujeitos voltam a se refiliarem sob outros aspectos, compreendendo uma noção de vulnerabilidade social.

Neste sentido, vemos que o autor considera três elementos no processo de pauperização que envolve a adoção da categoria social de pobreza por um corpo, a saber: 1 – a *fragilidade*, que corresponde ao momento em que o sujeito tem consciência de sua condição de necessidade social e, então, recorre à assistência social, mas mantendo sua autonomia a fim de se desvencilhar do estigma da pobreza; 2 – a *dependência*, que ocorre a partir do agravamento das dificuldades sociais encontradas e esse recurso à assistência social se torna indispensável para a sobrevivência do sujeito ou da família; e 3 – a *ruptura*, que diz respeito a quando sujeitos já envoltos em diversos fenômenos de desvinculação – ou desfiliação – afastam-se das instituições em uma tentativa de gerir a própria vida sem grande interferência do Estado (PAUGAM, 2003).

Por conceber teoricamente a operação do conceito de pobreza a partir da relação com o Estado por meio da assistência social, Paugam (2003) apresenta elementos que consideramos pertinentes para o nosso trabalho investigativo.

Para o autor, conforme nossa leitura, o fenômeno da pobreza possui, em sua gênese, a relação de exclusão dos sujeitos das atividades trabalhistas que decorrem necessidades, de sua parte, em fazer jus ao sistema de proteção social operado pelo Estado por meio de políticas públicas sociais, sobretudo os serviços no âmbito da assistência social (PAUGAM, 2003). Tais elementos, no caso brasileiro, se expressam enquanto direito dos cidadãos e dever do Estado, conforme a ideologia inscrita na Constituição Federal via assembleia constituinte após movimentos de luta e resistência ao regime militar.

Esse processo de inserção dispara um movimento de desqualificação social – e não somente de desfiliação –, que anuncia o estigma a partir da institucionalização, uma vez que o sujeito passa a ter impresso, em si, uma produção de subjetividade que corresponde a se reconhecer e ser reconhecido como pobre (PAUGAM, 2003). Tais aspectos enfraquecem ou rearranjam vínculos com a sociedade a partir de relações institucionais que retroalimentam a noção de pobreza e reverberam na produção de subjetividade.

Ora, em nossa experiência com pessoas em situação de rua e pessoas com sofrimentos decorrentes de transtornos mentais, percebemos como o acesso aos serviços garantidos por meio de políticas públicas para essas pessoas se dá, de sobremaneira, a partir da impressão de um modo de vida particular e esperado (LIMA *et al.*, 2016b; LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017a). O que significa dizer que, da mesma maneira que a norma societária ocidental opera um modo de vida específico regulado pelo trabalho e

deliberadamente, através de mecanismos diversos, também expulsa desse meio quem não se adequa ou não se dispõe a adequar, as políticas públicas acabam por fazer.

Tal questão surge com frequência em nossa experiência profissional e de pesquisa no campo da atenção à saúde mental e de pessoas em situação de rua.

Isso configura um aspecto peculiar do processo de institucionalização da loucura em equipamentos de alta complexidade da política de assistência social, conforme demonstrado por Lima *et al.* (2016b) e Lima, Lobato e Carvalho (2017a), ao se debruçarem sobre a experiência de institucionalização de adultos e idosos em situação de rua com transtornos mentais graves em Fortaleza. De acordo com os autores, em situações de serviços em que se objetiva a superação da situação de rua, modos de vida considerados *desviantes* não são considerados no escopo dos serviços, imprimindo uma produção de subjetividade normalizante, ancorada na norma societária.

Ainda sobre as perspectivas apresentadas por Serge Paugam, o autor demonstra quatro tipos de vinculações com a sociedade que operam os momentos que possibilitam a categoria da pobreza sobre os corpos: 1 – a *filiação*, em que sujeitos correspondem às possibilidades e desdobramentos da instituição familiar; 2 – a *participação eletiva*, em que sujeitos escolhem grupos desdobrados sobre normas societárias comuns, tais como a amizade, a religião e o matrimônio; 3 – a *participação orgânica*, em que sujeitos se organizam a partir do trabalho e da proteção social, considerando-se a constituição da atividade humana por meio do trabalho como processo de formação da categoria humana enquanto consciência; e 4 – a *cidadania*, em que o sujeito exerce sua atividade por meio do sentimento de pertença relativo a uma ideia de nacionalidade (PAUGAM, 2003).

A integração social deriva da correlação entre esses elementos de vínculo e a pobreza emerge como um elemento desintegrador em que essa correlação se faz ameaçada, uma vez que o fenômeno compromete primordialmente a vinculação societária da participação orgânica. Assim, a ação social das políticas, frente ao processo de desqualificação social da pobreza, buscaria a tentativa de sustentação da correlação de vínculos por meio do fortalecimento dos outros três.

Isto significa dizer que a falta ou prejuízo da participação orgânica acaba por ser compensada por meio das outras formas de vinculação, tais como as atividades religiosas, familiares e até mesmo de movimento social e assim, se busca uma alternativa, no âmbito da produção de subjetividade, de se dar conta do desemprego e da pobreza, bem como do processo de desqualificação social, seja no âmbito da fragilidade, da dependência ou da ruptura.

Necessitamos, contudo, nos debruçarmos também sobre a categoria de vulnerabilidade, ainda refletindo sobre questões apontadas no texto de Bezerra (2015) e tendo em mente os aspectos trazidos pelas discussões que realizamos a partir de Paugam (2003). Sobre isso, Kowarick (2009) situa o caso americano e o caso francês enquanto discursos que fundamentam a categoria e noção de vulnerabilidade.

De acordo com o autor, a perspectiva situa a discussão no campo da individualidade, fundando uma figura de vítima (o sujeito pobre) e questionando acerca da culpa desse sujeito e ação do Estado, por meio da assistência social, no que tange à ética que se funda sob a égide do esforço individual. Por meio da ação de assistência, nessa perspectiva, se instalaria o fenômeno da *welfare dependency*, isto é um estado em que se erige um modo de vida dependente do Estado em que o sujeito não é estimulado a buscar alternativas para a superação de sua condição, uma vez que tal condição é considerada um fracasso.

E na perspectiva francesa, o Estado, enquanto figura que operacionaliza políticas, é elemento central na promoção de inclusão social de grupos e sujeitos em processo de desfiliação e marginalização. Isso se explica pela ideologia fundante do Estado francês, pautada em noções de solidariedade como elemento do civismo.

Sobre ambas as perspectivas apresentadas por Kowarick (2009), Paugam (2003) nos fornece elementos relevantes para a crítica, uma vez que, neste processo de acesso por meio das políticas, o sujeito é mais uma vez impresso por uma produção de subjetividade específica perante o Estado, configurando-o enquanto um pobre. Essa ponderação é frutífera para a condução de nosso esforço avaliativo, por isso a fazemos.

Destarte, Kowarick (2009) apresenta uma discussão em que busca abarcar como se presta a questão da vulnerabilidade no caso brasileiro. O autor argumenta que, diferente do discurso norte-americano, a matriz da desigualdade e pobreza no Brasil não se encontra no fenômeno do individualismo e culpa do pobre na figura de vítima, apesar do discurso se fazer presente em momentos oportunos de nossa história, os quais fundaram bases de nossa sociedade, tais como o discurso sobre a vadiagem que é operado tanto na Colônia, como no Império e na República, além da história contemporânea, uma vez que uma das frases mais ouvidas pelas pessoas em situação de pobreza é *vai trabalhar, vagabundo(a)*, incutido como jargão popular.

O autor aponta, neste sentido, que o pauperismo em nossas cidades é tão evidente que a tese de uma sociedade aberta e competitiva no Brasil não se sustenta, uma vez que não é o ato de trabalhar ou a quantidade de trabalho empreendida que empreende o êxito, ou o *sucesso* – uma vez que nessa perspectiva liberal a pobreza é vista como um fracasso.

Ora, o desemprego ou o trabalho em si, em sua forma precarizada, encontram-se presente nas camadas da população que não advém diretamente da população paupérrima<sup>6</sup>, tendo em vista as configurações do Estado e sociedade brasileiros nos anos 1990 e 2000 apontadas por Bezerra (2015).

O autor continua sua análise considerando que em nossa realidade, diferentemente da experiência francesa, a ação pública de proteção social, em nossa história, não foi jamais do tamanho da ação pública do Estado francês (KOWARICK, 2009). O que significa dizer que a responsabilidade pela pobreza no Brasil não perpassa tanto pelo Estado, como na França. O que, em certa medida, concordamos, pois a história nos mostra que até meados da década de 2000, com os avanços sociais empreendidos pelo – contraditório – governo do PT, o Brasil figurava no mapa mundial da fome, com grande parcela da população não possuindo meios de se alimentar e superando essa situação definitivamente em 2014, de acordo com o relatório *O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil: um retrato multidimensional* da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) (FAO, 2014). A ação estatal, nesse sentido, aconteceu *ontem*.

Além disso, Kowarick (2009) aponta um elemento que diz respeito a nossa realidade, em haver um movimento de se retirar o Estado da centralidade de ações perante a marginalização social e econômica, tendo em vista que é uma figura inoperante, corrupta e falida. Ademais, o autor argumenta duas matrizes de atuação políticas, que operam o controle e acomodação social para se pensar a questão brasileira acerca do aspecto de vulnerabilidade e pobreza, as quais são a naturalização e a neutralização.

No processo de naturalização, ao invés da culpa sobre os pobres, os mecanismos sociais empreendidos se centram em desresponsabilizá-los da situação em que se encontram, uma vez que a sua condição se daria pelo acaso, um discurso de desempoderamento, despotencialização, uma vez que não se reconhece o sujeito e sua potência na construção de sua própria história, uma outra forma de individualismo. Neste sentido, em consequência, há uma naturalização da pobreza, como algo dado, sem processo político – e subjetivo.

Com relação à neutralização, Kowarick (2009) assevera acerca de mecanismos de constrangimento que reforçam e produzem dinâmicas de subalternização, através da

---

<sup>6</sup> Um exemplo simples é o fato de que absolutamente nenhuma pessoa que tenha passado pelo processo de letramento acadêmico e esteja lendo este texto jamais empreenderá um décimo da força de trabalho, em sua atividade laboral qualquer, que um sujeito que trabalhe realizando coleta de materiais recicláveis na sua cidade. E, mesmo assim, sua força de trabalho empreendida em sua atividade laboral lhe garantirá, no mínimo, dez vezes mais de remuneração que o catador. A dimensão dessa diferença de trabalho e renda é tão gigantesca e absurda que muitas vezes passa despercebida pela análise mesmo que comum, uma vez que os motivos e caminhos que nos conduziram ao que fazemos hoje em nossa vida, são diversos e fundam realidades díspares quanto ao vínculo social que exercemos e abismais quanto ao vínculo social que fundamente a pobreza.

demarcação de espaços institucionais e físicos – como na arquitetura. Esses espaços anunciam quais são os lugares dos pobres e onde devem permanecer. Uma discussão que nos lembra a noção de dispositivo e poder, que se espraia em norma, em diversos aspectos institucionais, conforme apresentamos em tópicos anteriores.

Assim, se demonstra, que em nosso cenário se apresentam diversos processos de vulnerabilidade social, econômica e civil que sustentam o processo de pauperização que possibilitam análises como as nossas em se empreender um esforço avaliativo a fim de implementar ou otimizar a ação pública, no caso em uma realidade regional de um município de uma região metropolitana no nordeste brasileiro.



### **3 TEXTO & CONTEXTO**

Ao nos debruçarmos acerca do texto e contextos das políticas aqui analisadas e avaliadas convém dissertarmos, mesmo que brevemente, sobre a formação do Estado brasileiro e suas políticas de saúde a fim de apontarmos reverberações desses movimentos para o cuidado em saúde mental. A partir daí pensar como essas políticas se alinham com as pessoas em situação de rua, bem como profissionais e gestores as operam em seu trabalho. Desta maneira, prosseguimos neste tópico com uma breve discussão acerca dos elementos de análise do Estado brasileiro contemporâneo e as políticas de saúde.

#### **3.1 Breves elementos analíticos sobre o Estado brasileiro: políticas de saúde e reverberações para o cuidado em saúde mental**

O Brasil se apresenta como um país em que predominou, durante grande parte da sua história, um modelo de Estado rentista. Em seu processo histórico e econômico vê-se a exploração de produtos primários e acumulação de riquezas, seja no modelo extrativista colonial, seja no modelo rentista-extrativista contemporâneo tendo o Estado brasileiro o modelo de uma plataforma de acumulação financeira (PAULANI, 2012; CARVALHO; GUERRA, 2015). Assim, para se tentar entender a dinâmica atual do país há de se fazer um esforço no sentido de compreender o seu processo de formação histórica, social e econômica.

Neste sentido, há três elementos que nos servem como chaves analíticas para compreender o processo brasileiro: 1 – a experiência da escravidão brasileira, a compreendendo como elemento fundante do regime de sociabilidade brasileiro; 2 – o aspecto de aliança e coalizão nos movimentos de lutas das classes, circunscritos na luta por privilégios no Brasil; e 3 – o diagnóstico político da situação brasileira atual após o golpe de 2016, adentrando os aspectos do racismo culturalista (SOUZA, 2017).

Deste modo, pretendemos, neste tópico, estabelecer uma breve apresentação da formação econômica do Brasil, sobretudo colonial, baseando-se em autores como Celso Furtado e permeando-se a isso considerações sobre o desenvolvimento da saúde pública nos mesmos períodos.

A leitura de nossa realidade nos joga a um entrecruzamento de concepções de temáticas diversas relacionadas à questão do desenvolvimento das políticas de seguridade social no Brasil e suas relações no jogo entre Estado e sociedade e de que maneira a formação econômica do Brasil reverbera nestas questões. Essa perspectiva traz a ideia de uma relação

direta do Estado com as políticas públicas, estando inteiramente condicionadas aos aspectos econômicos e relações presentes entre indivíduos e grupos e Estado. Esse movimento condiciona a questão do desenvolvimento econômico e social, apresentando aspectos relacionais específicos, os quais merecem ser levados em consideração na breve análise que pretendemos.

Neste sentido, considerando o Estado uma criação contingente histórica, cujas propriedades dependem das dotações institucionais, sobretudo endógenas, específicas e do caráter da estrutura social, também endógena, e não como uma entidade genérica, cujo impacto econômico pode ser deduzido a partir das predileções inerentes aos burocratas, Evans (2004) formula dois importantes conceitos, que se constituem, em conjunto, na chave para o desenvolvimento.

O primeiro deles, denominado autonomia, refere-se à habilidade estatal de formular projetos coletivos, que se sobrepõem aos interesses individuais perseguidos pelos dirigentes públicos. Esse conceito associa-se a uma estrutura burocrática eficiente e a um corpo técnico qualificado, que compõem canais institucionalizados para a negociação contínua de objetivos e políticas públicas e retrata, portanto, a organização endógena do Estado.

O segundo, designado parceria (*embeddedness*), trata das relações que se estabelecem entre Estado e sociedade. Parte-se aqui, da suposição de que os Estados devem estar inseridos socialmente para serem eficientes, estabelecendo conexões com grupos sociais através do compartilhamento de projetos de transformação, crescimento e desenvolvimento. Essas duas dimensões, de natureza intrínseca, são tidas como imprescindíveis para o êxito da intervenção pública no processo de desenvolvimento, isto é para a implementação de políticas públicas. Um aparato de Estado suficientemente coerente e coeso garante a possibilidade de que se estabeleçam parcerias com a sociedade, descartando a opção do isolamento como forma de preservação e garantindo a necessária inserção social. Observamos, assim, um relevante aspecto no papel proposto para o Estado: de um regulador da ação e da interação social, o Estado passa à condição de mobilizador do chamado capital social e criador de bases institucionais para a mobilização das iniciativas coletivas. O que se poderia exemplificar com a formulação e implementação de incentivos às atividades de cooperativas em saúde mental como política de Estado, seguindo o modelo italiano de reforma psiquiátrica a partir da psiquiatria democrática.

Ora, a importância da ação do Estado, nesse contexto, dificilmente é refutada. Embora uma visão culturalista, que atribui à capacidade auto organizativa da sociedade a

exclusiva responsabilidade pelo desenvolvimento do capital chamado social, isto é pelo conjunto de características da organização social (confiança, normas e sistemas sociais) que tornam possíveis ações coordenadas, ainda se sustente, o papel mais ativo do Estado na garantia da formação e manutenção do capital social, o que é ressaltado pela maioria dos autores que tratam dessa questão (CASTILHOS, 2002). Conforme Castilhos (2002), esta concepção de capital social apresentada acima advém de Putnam, que por meio da sua utilização pode-se desenvolver instrumentos empíricos para se prosseguir com o exame da tese de que o capital social promove cooperação social e de que esta se reflete no desempenho das instituições.

Ainda para o autor, o Estado pode contribuir para a formação de capital social através de políticas públicas criativas, que encorajem e criem condições favoráveis à livre organização dos agentes e instituições. Evans (2004,p. 314), assumindo uma visão ainda mais estadista do processo, argumenta que o esforço voltado para garantir a integridade “das instituições estatais aumenta a possibilidade de montar projetos de transformação social”.

Como demonstrado por Paulani (2012) a caracterização da economia brasileira colonial exerce até os dias atuais influência relevante no modelo de economia adotado, sobretudo na questão do rentismo, extrativismo e acumulação primária.

De acordo com Furtado (1987) o interesse português em explorar o então continente invadido onde hoje se localiza o Brasil não foi imediato. Havia dificuldades que vieram à tona nos primeiros 30 anos de ocupação a serem levadas em consideração, tais como a geografia do território, o clima, a dificuldade de mão de obra por conta da questão indígena. Instituiu-se uma política de ocupação dos solos pelo sistema de cultivo e exportação de bens primários, o que poderia caracterizar uma civilização agrícola. Contudo, Holanda (1999) aponta que a sociedade brasileira na época colonial não poderia ser considerada como agrícola, uma vez que o que praticavam não era agricultura e sim, muito mais, um uso indiscriminado da terra para exploração e não o cultivo organizado e equilibrado que caracterizaria uma agricultura.

Percebeu-se que somente com um sistema escravista é que seria possível expandir e garantir a produção, trazendo-se africanos de diversas nacionalidades e territórios para serem escravizados no Brasil, o qual comportou 40% de todos os africanos escravizados no período com um processo de escravização particularmente violento e que garantiu o desenvolvimento econômico da colônia (SCHWARCZ; STARLING, 2015). Tal aspecto incutiu um regime de sociabilidade brasileiro que perdura, uma vez que o Estado brasileiro

ainda não conseguiu nem se atreveu a dar respostas a isso, fundando um elemento de racismo culturalista, fazendo com que a escravidão esteja no cerne da fundação societária brasileira (SOUZA, 2017).

Pensando o processo do período colonial, o sistema não se desenvolveu plenamente por conta de não haver um forte mercado interno, uma vez que a economia era voltada para a exportação, tornando o sistema frágil (FURTADO, 1987). Outro ponto a se considerar do período é o fato de haver uma elite financeira que patrocinava tais expedições a fim de conseguir lucro para com o Estado, estabelecendo uma relação endógena de dependência. Furtado (1987), aponta que dados estes aspectos na transição para o Império houve dificuldades relacionadas a uma crise financeira devido a fragilidade do modelo, que não fortalecia nem estimulava o mercado interno, um elemento também apresentado por Paulani (2012). Isto se estendeu até o resgate de uma economia de bens primários para exportação e extrativista através do cultivo de café. Porém com o diferencial da gradativa abolição do sistema escravista para um sistema assalariado, o que resolveu a problemática do mercado interno, uma vez que com o assalariamento dos trabalhadores criou-se um mercado de consumo endógeno, fortalecendo a economia e a equilibrando.

Há, ainda nesse período, um ensaio de industrialização, que foi, contudo, cortado pela influência europeia em não disponibilizar maquinário para evitar que os países periféricos e coloniais como o Brasil não desenvolvessem uma industrialização como a inglesa. Ficando este processo condicionado a fatores como a guerra do Paraguai, por exemplo, que demandava a produção de itens bélicos durante a duração da guerra e para a manutenção do exército. As fábricas situavam-se no eixo Minas Gerais - Rio de Janeiro, anunciando as conformações políticas envolvidas com o a formação econômica brasileira.

Todo o processo de estamentos burocráticos anunciavam os rumos brasileiros relacionados ao desenvolvimento do capitalismo no país e sua história política com a proclamação da república, o período da república café com leite, a Era Vargas, o Estado Novo, a tentativa de redemocratização e modernização do Estado, a Ditadura Militar e a redemocratização no final dos anos 1980 com os primeiros modelos de Estado ajustador aliado às políticas neoliberais que predominaram em todos os governos até os dias atuais.

Neste mote, pensando o processo do Estado brasileiro na década de 1930 e as reverberações disso no Estado ajustador da década de 90, Carvalho (2016) aprofunda o que é apresentado por Paulani (2012) enfatizando que na década de 1930 há uma ruptura na inserção da economia brasileira no processo de acumulação capitalista. Não somente pela questão de rompimento de um ciclo de quatro séculos, mas sobretudo pela deflagração da Era

Desenvolvimentista e acrescenta a pertinente observação de que o processo econômico de espoliação e extrativismo que perdurou pelos primeiros quatro séculos da economia brasileira ganham novo corpo na contemporaneidade com o conceito de Harvey (2004 *apud* Carvalho, 2016) de acumulação por espoliação.

Outro ponto apontado pela autora é a questão ideológica propagada pelo nacional desenvolvimentismo de Soberania Nacional que, em verdade, não chegou a acontecer, uma vez que perdurou a mesma relação de Centro-Periferia estabelecendo-se a dependência econômica. Salienta, ainda, a questão de alternância entre regimes de democracia formal e regimes ditatoriais (CARVALHO, 2016).

Sobre os aspectos dessa Era Desenvolvimentista, Coutinho (2008) destaca o elemento do corporativismo, que consiste na institucionalização de movimentos sociais objetivando minar a energia política da sociedade civil. Contudo, convém destacar, conforme Carvalho (2014), que alguns movimentos permaneceram fortes e de certa maneira autogestionados, tais como o movimento estudantil e as ligas camponesas. Isto significa dizer que a sociedade civil pulsava no Brasil, nas zonas urbana e rural, deste período, apesar dos embates com o Estado autoritário e intervencionista. Um exemplo disto é o que é demonstrado por Coutinho (2008) com as incursões em greve de determinados setores da sociedade civil durante o governo João Goulart, com uma crise do pacto populista. Este último destruído com o regime militar instaurado através do golpe de 1964.

Com a instauração da ditadura civil-militar com um regime autoritário há o processo de modernização conservadora – importante ressaltar o aspecto conservador incrustado na sociedade brasileira e cada vez mais emergente, algo que esteve presente desde a sua fundação e construção e que Souza (2017) identifica no processo de escravidão como elemento central da sociabilidade brasileira.

Neste processo, Coutinho (2008) chama a atenção para o fato de a principal mudança ocorrida nos governos que vão de 1930 até Geisel, com relação a modernização, são as diferentes maneiras pelas quais se tratou o capital estrangeiro. Se, por um lado, Vargas priorizava o capital nacional através de medidas protecionistas em detrimento do avanço do capital estrangeiro, a partir de Juscelino Kubitschek houve uma total abertura, onde o Estado brasileiro aparecia como a serviço, sobretudo do capital internacional.

Ainda sobre isto, o autor pondera que tal movimento não representava uma não valorização do capital nacional, uma vez que, na verdade, a burguesia brasileira percebeu que lucraria bastante se aliando ao capital internacional. Com isso, a opção de Juscelino não era uma ruptura com o modelo nacional-desenvolvimentista de Vargas e sim uma maior

adequação aos interesses da classe dominante brasileira, caracterizando o privatismo (COUTINHO, 2008).

As empresas estatais na época serviam para dar suporte ao capital internacional assumindo áreas estratégicas que necessitam de grande volume de investimento inicial e com lucros em longo prazo. O Estado abordava este mercado e no futuro, quando começasse a ser rentável, a estatal era privatizada com valores muito abaixo do real valor de mercado, processo que culminou sobretudo nos governos Collor e FHC e vem sendo implementados mais uma vez desenfreadamente desde Temer a Bolsonaro.

Destarte, o que Coutinho (2008) aponta como um dos traços mais característicos do modelo de Estado brasileiro do período é a questão que se tratava de um Estado onde a supremacia de poder ocorria por meio da dominação ditatorial e/ou autoritária e não da hegemonia, isto é do consenso entre os governados acerca do seguimento da proposta dos governantes. Com esses elementos combinados perdurou a contradição nos governos com regimes autoritários de repressão à sociedade civil concomitante ao crescimento e insurgência desta.

Já a derrocada do regime militar foi uma questão se punha à sociedade brasileira, versando sobre que rumo tomar com a sociedade brasileira. O final do regime demarca, também, uma nova fase de inserção no processo mundial de acumulação capitalista, conforme apontam Paulani (2012) e Carvalho (2014). Há a crise mundial do Estado intervencionista em meados da década de 1980, convocando-se o neoliberalismo como encaixe para a economia mundial. Neste mote o Brasil segue com a formulação de um Estado neoliberal.

Já Coutinho (2008) esclarece acerca da americanização da política com o bipartidarismo nesse espectro neoliberal que se apresentam ao mundo, e por conseguinte, ao Brasil. A burguesia, de acordo com o autor, toma consciência de que não dispõe mais dos modelos utilizados outrora, pois um golpe militar ou o compromisso populista não se encaixariam mais, percebendo que se faz necessária a combinação de dominação com formas hegemônicas, o que significa dizer, como dito anteriormente, um grau de consenso aceitável entre os governados. Os grandes objetivos da burguesia mundial, assevera Coutinho (2008, p. 139) “é consagrar a pequena política e a pseudo-ética do privatismo desenfreado como elementos fundamentais de um senso comum que sirva de base à sua hegemonia”.

Carvalho (2014), neste sentido, aponta para a via de que a partir da década de 1990 o Brasil insere-se no mundo do capital financeirizado configurando um Estado ajustador com modelo rentista-extrativista. Um elemento que é apresentado também por Bezerra (2015) acerca dos efeitos desse Estado ajustador no despojamento da proteção social.

Paradoxalmente à redemocratização brasileira fruto de uma intensa luta política da sociedade civil perante o Estado autoritário e militar intensifica-se à neoliberalização da economia e atualmente contemplamos um Estado administrado no Executivo quase que completamente por membros do alto escalão das Forças Armadas. Ao passo que se convoca a centralidade do Estado na efetivação e garantia de políticas públicas e direitos sociais com a Constituição de 1988, tira-se o Estado dessa ordem o ponto a serviço da agenda neoliberal de financeirização e negação de investimentos e direitos sociais com a crescente privatização e enxugamento da máquina pública em detrimento do capital financeiro.

Um projeto que se inicia com o governo Collor, intensifica-se com FHC e continua com Lula e Dilma, sendo exponenciado por Michel Temer após o golpe de 2016 e implementado às últimas consequências no governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro em um processo capitaneado por Paulo Guedes.

É durante o processo de redemocratização que surgem políticas como o SUS e a questão da Seguridade Social, bem como a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). O embate se dá na medida em que projetos como o SUS apresentam-se como um projeto civilizatório em construção advindo da ideia de uma nova sociabilidade à margem do capital e que não coaduna com os ideais do Estado ajustador, sofrendo com subfinanciamento e ataques desde o início de sua implementação.

Com relação às políticas de saúde inauguradas no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, traçando-se um paralelo com as políticas de saúde em outros períodos brasileiros, Paim (2008) afirma que no período colonial o Brasil era tomado por epidemias, em especial de doenças como febre amarela, cólera, varíola e malária, um fato que chegou a ocasionar crise nos portos no advento da abertura dos portos. A economia do país, como se vê, nessa época entre colônia, império e república baseava-se na exportação. Houve, por conseguinte, uma queda na produção agrícola em decorrência da resistência da importação de alguns produtos brasileiros. Ora, a saúde, nesse período, era exclusividade dos segmentos populacionais abastados e a classe trabalhadora padecia de epidemias tendo para a sua assistência somente instituições de caráter caritativo e a medicina popular.

Mas retornando e dando prosseguimento a nossa análise, Teixeira e Pinto (2012) apontam que a caracterização, em termos de economia política, do governo Fernando Henrique Cardoso (PSDB), de 1995 a 2002 foi a situação de dependência, a qual envolve a articulação endógena entre o sistema econômico com o político e entre as classes sociais domésticas e grupos sociais externos. Os autores apontam ainda que o segmento bancário-financeiro passou a deter a hegemonia no bloco de poder, sobretudo em articulações

interventivas a partir do Banco Central. Bem como ao que chamam de solidariedade ideológica entre as instituições externas e o Banco Central, uma vez que o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial estavam sempre a postos para a realização de empréstimos ao país na condição de implementação de política ortodoxas.

No período de 1994 a início dos anos 2000, o país esteve refém das constantes ameaças de fuga de capital e crises cambiais, bem como das exigências e condicionalidades dos empréstimos do FMI, o que conferiu aos grupos ligados ao mercado financeiro doméstico e internacional um poder extraordinário sobre a condução da política econômica, em detrimento de trabalhadores do setor privado, funcionalismo público e mesmo de outros setores das elites domésticas ligados ao setor produtivo (TEIXEIRA; PINTO, 2012, p. 916-917).

E é nesse cenário de dependência e hegemonia financeira que a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva pelo Partido dos Trabalhadores (PT) em 2002, acende a esperança dos mais diversos setores progressistas de consolidar uma guinada à esquerda nos rumos da nação. Bem como, em reformar o Estado à esquerda na garantia de interesses da classe trabalhadora com a construção de um novo Estado, trazendo uma nova sociabilidade e organização e realizando as reformas estruturais até hoje não realizadas, sobretudo a reforma agrária e a reforma política. Esperava-se também mudanças na política econômica e o enfrentamento à agenda neoliberal imposta ao Brasil na sua inserção no capitalismo financeirizado enquanto plataforma de acumulação rentista.

Contudo, o que se viu foi a adoção à risca da política econômica dos governos neoliberais anteriores. Segundo Teixeira e Pinto (2012, p. 92) “as linhas mestras do regime de política macroeconômica do governo FHC (sistemas de metas de inflação, superávits primários e câmbio flutuante) foram mantidas pelo governo Lula”.

Há de se analisar, nesta perspectiva que, se mantendo as políticas econômicas, Lula trabalhou como um conciliador de classes. Tendo se mantido fiel ao capital financeiro durante o seu governo e ao mesmo tempo com primorosas políticas de transferência de renda, combate à fome e à miséria, garantiu que a hegemonia, até então restrita, do setor financeiro, se tornasse uma hegemonia ampla, uma vez que graças a Lula, incorporou-se os segmentos de fora do poder, o subproletariado. O setor financeiro ocupa com Lula a consolidação das elites hegemônicas no Estado com o consenso dos governados.

Assim, não há um novo projeto de Estado com Lula. Pelo contrário, há a intensificação criativa do Estado ajustador onde o setor financeiro ganha mais poder, caracterizando o que Coutinho (2010) chamou de hegemonia da pequena política. O autor



considera isto como o triunfo da pequena política (COUTINHO, 2008), podendo ser esse processo entendido como a consolidação do plano neoliberal de avanço mundial do capital. *Lula is the guy* de Barack Obama.

O que se vê, além de na inexistência de construção de um novo Estado e sociabilidade, de uma revolução por baixo, é o mesmo movimento de cooptação dos movimentos sociais e amortização da sociedade civil, troca de favores e conchavos para garantir a governabilidade, corrupção sistêmica envolvendo diversos políticos do partido e neoliberalização do governo. Enfim, tudo que os governos neoliberais anteriores promoveram. A diferença está no fato de que somente Lula implementou políticas de transferência de renda, mas que, por fim, acabaram por servir também ao interesse privado por garantir mercado doméstico para o enfrentamento à crise internacional e fomento da economia através do estímulo de consumo em massa (PAULANI, 2012). Arriscaríamos dizer que tal manobra, que como bem aponta Paulani (2012), foi muito perspicaz, é semelhante à manobra do Império de abolir a escravidão a fim de criar mercado de consumo interno e aquecer a economia (FURTADO, 1987).

Com a pequena política triunfando a sociedade civil murcha, amortizada pelo sindicalismo de resultado e pelos conchavos e institucionalizações promovidas pelo governo. As reformas estruturais não foram realizadas. Até mesmo Collor distribuiu mais terras do que Lula e foi nos governos petistas em que mais se assassinou índios na história recente do Brasil. As alianças com o agronegócio intensificaram-se com o PT com a aprovação de medidas que favorecem o setor. Além da crescente militarização e invasão de favelas do Rio de Janeiro empreendidas pelo Exército Brasileiro, a criação da Força de Segurança Nacional e a missão no Haiti.

Há com isso uma traição das esquerdas, um ataque à esperança de utopia concreta que movimentava corações e mentes de brasileiros que participaram de todo o processo democrático brasileiro.

Contudo, há de se perceber que com isso há um movimento no sentido do que Coutinho (2008) versava sobre hegemonia da burguesia, tendo em vista a impossibilidade de golpes militares e pactos populistas o que há de se haver é um certo grau de consenso entre os governados. Ora, nada melhor para tal objetivo do que aliar-se a um partido de massas e com tal partido conseguir eleger-se e garantir coligações e votos para ocupar o parlamento e o senado. Hoje, Lula encontra-se preso pela política federal em uma trama bem elaborada envolvendo diversos agentes, largado pelos mesmos agentes com o qual se conciliou para chegar ao poder e governar. A esperada guinada à esquerda não aconteceu e sim uma guinada

à extrema-direita com a eleição de Jair Bolsonaro em 2018 após Lula ter sido impedido de concorrer nas eleições presidenciais do mesmo ano.

Mas prosseguindo a análise acerca dos aspectos de economia política, já no governo Dilma Rousseff, houve mudanças. Entretanto, há de se levar em consideração a conjuntura peculiar. A crise financeira internacional começava a apresentar seus efeitos de maneira mais contundente em seus governos. Em 2012, Dilma enfrenta o setor financeiro e anuncia a redução dos juros adotada pelo Banco do Brasil e Caixa Econômica e cobra mudanças dos bancos privados em relação aos elevados juros e *spreads*, sinalizando mudanças nas relações entre o sistema financeiro e o Estado brasileiro.

O que se desdobrou disto foi o *impeachment* da presidente através do golpe jurídico-político-midiático de 2016. Ora, o setor financeiro a essa altura já ocupa posição privilegiada no bloco de poder do Estado brasileiro. O Estado ajustador empreendido pelos governos brasileiros não enfrentou o setor financeiro em nome do fortalecimento da sociedade civil – o que se esperaria de um governo de esquerda – pelo contrário, enfrentaram a sociedade civil em detrimento dos interesses do capital mundial financeirizado que fez do Brasil plataforma de acumulação em conchavo com o Estado.

Ademais, Dilma, ao contrário de Lula, não se mostrava muito conciliatória e sim implacável. Tentou implementar a reforma política e uma assembleia constituinte popular, mas foi barrada no congresso e não media as consequências das investigações de corrupção em operações da Polícia Federal.

É neste cenário que a presidente é destituída do cargo, assumindo seu vice Michel Temer (PMDB). Em 2016 a manobra que destituiu da presidência a então presidente Dilma Rousseff, envolve o setor da classe média da sociedade civil, o judiciário, a mídia e parlamentares, sobretudo em articulação do MDB com PSDB.

As mudanças implementadas por Dilma no bloco no poder confeririam maior autonomia ao Estado, sobretudo ante ao setor financeiro, o qual era até então hegemônico, abrindo espaço para a retomada de políticas de desenvolvimento (TEIXEIRA; PINTO, 2012).

Esse prognóstico dos autores não se confirmou, porém. O desdobramento disto foi o golpe que vinha sendo orquestrado e enfim concretizado em 2016. Com a tomada de poder de Michel Temer o que se viu foi uma política severa de austeridade com o congelamento de investimentos sociais pelas próximas duas décadas através de dispositivo constitucional, com apoio amplo do congresso.

Temer, além de inelegível é apontado em diversas delações de investigação contra corrupção. Os ministros que nomeou um a um foram caindo vários, devido a envolvimento

em esquemas de corrupção, e o governo sofre com instabilidade política. Há nesse caso um aspecto interessante, pois o governo Temer não é hegemônico, mas a sociedade civil é apática, em termos de política institucional. Provavelmente devido à irrefreável cooptação, institucionalização e o baque sofrido com o golpe contra o povo dos governos petistas, que fizeram um grande desserviço às esquerdas, continua amortizada e assistiu aterrorizada a ascensão ao poder da extrema-direita em 2018.

Na tentativa de compreensão desse golpe, Carvalho (2016) propõe quatro eixos analíticos, a saber 1 - O golpe 2016 tem uma história: exigência da crítica e da autocrítica; 2 - A arquitetura do golpe 16 a encarnar um projeto de classe: é um golpe em curso; 3 - Brasil: um momento singular da luta de classes no tempo presente; e 4 - Governo golpista: intensificação dos processos de neoliberalização, acarretando o desmanche da seguridade social.

No primeiro eixo a autora aponta para a autocrítica dos governos petistas, sobretudo no que diz respeito aos modelos e posições assumidos por estes e o pacto conciliatório com as classes dominantes (CARVALHO, 2016). Ora, foi este pacto e modelos assumidos que possibilitaram o avanço cada vez maior da burguesia e a dependência do Estado ao setor financeiro.

Contudo, aponta também para o mérito de tais governos, pois Lula e Dilma permaneceram firmes aos ataques de desmonte da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – que foi consolidado com a Reforma Trabalhista empreendida pelo governo Michel Temer, em 2017, e agravado com a extinção do Ministério do Trabalho no governo Bolsonaro, em 2019; sobre o Pré-sal criaram um marco regulatório – o qual já foi abolido nos primeiros dias do governo Temer e entregue a multinacionais; criação e implementação de políticas de afirmação de direitos de gênero, sexualidade e raça – os quais as secretarias e coordenadorias criadas já foram extintas no governo Temer, linha seguida pelo governo Bolsonaro em sua reforma administrativa por meio da medida provisória nº 870, de 1 de janeiro de 2019, primeiro ato institucional do presidente de extrema-direita, a qual foi apreciada e aprovada pelo congresso nacional em 30 de maio de 2019, passando a ter validade (BRASIL, 2019d); a excelente política externa brasileira que garantiu ao Brasil posição de destaque em missões de diplomáticas e em blocos como o BRICS – também atacada por Michel Temer nomeando José Serra e posteriormente Aloysio Nunes para o cargo de Ministro de Relações Exteriores, os quais demonstrou não ter capacidade técnica, processo semelhante ao governo Bolsonaro na nomeação de Ernesto Araújo como chanceler, o qual já envergonhou o Brasil em diversas oportunidades com afirmações levianas como a de que o nazismo se constituiu como um

movimento de esquerda, gerando reações por parte do governo alemão, o repudiando, bem como a revogação de acordos em blocos como o BRICS em detrimento de acordos bilaterais, desmanchando tudo que foi construído pelas relações exteriores brasileiras ao longo desses últimos anos com os governos petistas; e a criação e implementação de políticas efetivas de enfrentamento à pobreza, algo inédito nos governos pós 1988. Aponta, ainda, a conformação da gestação do golpe com o neoliberalismo violento em curso no globo.

Com relação à arquitetura do golpe alerta sobre a necessidade de se estar atento devido a existência de “golpes dentro de golpes” (CARVALHO, 2016, p. 6) apontando a questão social imersa na civilização do capital em crise no contexto de avanço neoliberal constituído com a participação direta dos aparelhos da mídia e do judiciário. Bem como, o marco da Operação Lava Jato, operação de investigação da Polícia Federal, que conforme vem se desenvolvendo mostra-se político-partidária tendo como alvo final Lula e o PT, completamente alinhada aos aspectos conservadores da sociedade brasileira<sup>7</sup>.

Já sobre o terceiro eixo Carvalho (2016, p. 9) afirma que há o delineamento de um momento particular para a luta de classes no Brasil com “a oposição ideológica e material entre as classes”. O confronto de interesses da classe trabalhadora com o empresariado do rentismo-extratativismo, o qual sinaliza abordagens inventivas em práticas de formação e luta com a base com a necessidade de delineamentos no sentido apontar novas sociabilidades no desenvolvimento da história brasileira no contexto do capitalismo. A relação entre capital e trabalho se apresenta com toda a sua força e voracidade em tempos de civilização do capital em crise. É um processo de luta difícil e complexo, mas urgente.

E acerca da intensificação dos processos de neoliberalização há a clareza acerca do norte ideológico do governo Temer com crescente ideologização da população acerca da política de austeridade e ajuste fiscal, que como bem aponta Carvalho (2016, p. 10)

[...] na verdade, são políticas de desmanche de direitos trabalhistas, direitos previdenciários e direitos sociais, preservando, acima de tudo, as taxas de lucro dos segmentos do capital, sobretudo o capital rentista.

O avanço neoliberal é voraz e o Brasil, como afirma Santos (2016), vive uma democracia de baixa intensidade. A partir disto, analisar os estamentos burocráticos existente

---

<sup>7</sup> Não podemos deixar de mencionar que enquanto revisávamos o texto final para depósito na biblioteca o jornalista multipremiado e vencedor do prêmio *Pulitzer*, Glenn Greenwald, divulgou, por meio do portal *The Intercept Brasil*, diversos diálogos do juiz Sérgio Moro, atual Ministro da Justiça do governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro, com agentes públicos configurando a posição partidária da operação, com destaque para o procurador Deltan Dallagnol. Não há como apresentar no escopo deste texto esse material como elemento de análise, mas não podemos deixar de mencionar tal fato.

no Estado brasileiro contemporâneo é imprescindível para se pensar em saídas. O país passa por crises em diversas áreas: segurança hídrica, segurança pública, saúde, educação, assistência social, dentre outras. As políticas públicas de um modo geral estão em vias do desmonte, não só pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 que congela os investimentos em políticas sociais por parte do governo federal por 20 anos (BRASIL, 2016b), dentre outras coisas, causando sérios prejuízos para as políticas, serviços e direitos sociais, mas também pelo modelo adotado pelo governo em exercício. Não sabemos até quando os equipamentos das políticas ainda continuarão a funcionar no meio de tudo isso. Sem falar que em meio à crise de desemprego o número de *SUSdependentes* – pessoas que dependem somente do SUS – aumentou consideravelmente e o sistema sofre com subfinanciamento desde o governo Lula, intensificado por Dilma, exponenciado por Temer e levado às últimas consequências pelo caráter autoritário de Bolsonaro.

A questão de se investir em políticas de saúde é elementar para o desenvolvimento de qualquer país, uma vez que se melhorando a condição de saúde da população se melhorará também a força de trabalho e as condições de qualidade de vida das regiões. A relação entre saúde e desenvolvimento é intrínseca. Contudo, os governos Dilma e, sobretudo, de Temer e Bolsonaro, parecem ignorar tal fato. Junto a isto, há um forte *lobby* do setor de planos privados de saúde, bem como previdência privada, nunca foi tão forte no congresso.

Sobre a relação entre saúde e desenvolvimento, Souza (2012) apresenta uma relevante consideração enquanto economista da saúde ao afirmar que é necessário, para o desenvolvimento de um país, a articulação em uma só estratégia entre as políticas sociais e as políticas de desenvolvimento, diferenciando crescimento de desenvolvimento econômico.

Por mais que as medidas implementadas por Joaquim Levy, Henrique Meirelles e Paulo Guedes, Ministros da Fazenda, respectivamente, do segundo governo Dilma, Temer e Bolsonaro, surtam efeito de crescimento econômico o desenvolvimento social do país encontra-se totalmente comprometido. Como demonstrado por Furtado (2007) um mercado interno frágil não é capaz de garantir o crescimento econômico em um modelo exportador, faz-se necessário que haja condição de saúde para o trabalhador e que este se constitua em consumidor, estimulando o mercado interno e o equilíbrio da economia.

De acordo com a OMS (2007 *apud* SOUZA, 2012) os recursos mobilizados pelo setor saúde correspondem a 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial, o que representa relevante parcela na produção de bens e serviços e geração de riquezas em caráter global.

No caso brasileiro, Souza (2012) aponta que há três dimensões a serem levadas em consideração para se pensar a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social. A saber, a dimensão de circulação de bens e prestação de serviços de saúde para a geração de riquezas, uma vez que o setor saúde apresenta gastos da ordem de 9% do PIB e emprega cerca de 10% do total de trabalhadores assalariados, bem como apresenta iniciativas constantes voltadas para impulsionar a inovação tecnológica e o seu complexo econômico-industrial; a dimensão dos efeitos das condições de saúde sobre o crescimento econômico, pois no Brasil os gastos totais em saúde com proporção ao PIB chegam a 9%, contudo o gasto público não chega a 4%, o que significa que os 75% da população que usam somente o SUS dispõem apenas de 385 mil dólares per capita por ano para a atenção de todas as suas necessidades de saúde, número muito abaixo de países como Argentina, Cuba, Chile, Colômbia e México; e por último a dimensão da distinção entre crescimento e desenvolvimento econômico apontando aspectos positivos na esfera social como certo grau de concentração de renda e a ampliação do consumo de massas, e aspectos negativos como a instabilidade da democracia política, políticas centradas no crescimento e na competitividade, a não redução da concentração da propriedade e da riqueza, o avanço da mercantilização e a privatização das políticas sociais, o que anuncia desde 2012 trazer consequências catastróficas para a estabilidade do país, uma vez que mesmo que consigam elevar o PIB e a reduzir a miséria o país não vai ser capaz de melhorar significativamente as condições de vida e de saúde da população. Está posto o cenário do governo em exercício para, no mínimo, as próximas duas décadas.

Ainda antes da consolidação concreta do golpe sofrido pela presidente Dilma, Paim (2016) apontava o desmonte em curso ensaiado pelo governo Dilma e exponenciado por Michel Temer, trazendo dados acerca do subfinanciamento do SUS e os retrocessos impostos à seguridade social no Brasil através de manobras parlamentares, da desoneração fiscal para empresas e a Desvinculação das Receitas da União (DRU), medidas adotadas por Dilma Rousseff. Com relação a DRU, Paim (2016), citando Fagnani (2014), aponta que só em 2012 a DRU sequestrou a quantia de \$ 52,6 bilhões da seguridade social, acumulando para o período 2005-2012 uma apropriação indevida de mais de R\$ 286 bilhões. O autor traz ainda o apontamento de que nos anos de 2014 e 2015, isto é, no segundo governo Dilma o orçamento de gastos da União foi de R\$ 2,5 trilhões, sendo R\$ 1,8 trilhão ao orçamento fiscal, seguridade social e investimento de empresas estatais e R\$ 654,7 bilhões reservados aos bancos para o pagamento de juros e amortizações da dívida pública, já para a saúde R\$ 106 bilhões, seis vezes menos que o apropriado pelos banqueiros e rentistas (PAIM, 2016).

Tal política fiscal implementada pelos governos neoliberais na redemocratização dos anos 1990, seguida à risca por Lula, graduada com Dilma em seu primeiro governo e exponenciada com Temer através de um modelo ultraliberal. Isto é, o que Paulani (2012) coloca acerca do modelo rentista brasileiro como uma grande plataforma de acumulação financeira. Hoje os estados pagam por esta conta, com salários de servidores atrasados e sem condições de garantir o funcionamento das políticas públicas, bem como a opção pelo congelamento de investimentos pelos próximos 20 anos por meio de Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016b), implementada pelo governo Temer. O desastre posto e anunciado diante da passividade política em um regime democrático de baixa intensidade como o Brasil atual, em que há um processo de hegemonia às avessas com o triunfo da pequena política. As esquerdas não parecem dispostas a construir novos projetos de sociedade nem de novos Estados e sim somente de ocupar o espaço e usufruir do poder em um modelo privatista e conciliatório através da pequena política já conhecida.

Paim (2016) ainda expõe que entre 1995 e 2014, citando Mendes (2015), que o gasto do Ministério da Saúde com ações e serviços manteve-se em torno de 1,7% do PIB, enquanto o pagamento feito de juros da dívida pública representou em média 6,5% do PIB nesse período.

Ademais, segundo Paim (2016), o governo deixou de arrecadar R\$ 327,17 bilhões a título de desonerações e subsídios para os empresários, valor muito maior que aquele destinado a saúde e educação (R\$ 197,74 bilhões). Somente para as montadoras as desonerações cresceram 38,68% acima da inflação entre 2011 e 2014 (RADIS, 2014 *apud* PAIM, 2016).

Por fim, a participação relativa da União no financiamento do SUS vem decrescendo, sistematicamente, passando de 72% em 1993 para 42,93% em 2013 (CONASS, 2015 *apud* PAIM, 2016).

O que se conclui com isto é um projeto de enfrentamento à implementação do SUS, à efetivação da seguridade social. Ora, como aponta Paim (2016, s.p.)

Na realidade, a instabilidade e a insuficiência do financiamento impostas ao SUS pelos diversos governos do pós-1988 inviabilizaram, até o presente, a construção de um sistema universal de saúde a partir da concepção de Seguridade Social expressa na Constituição da República.

Em meio a tudo isto há a participação dos governos ditos de esquerda no processo de desmonte das políticas sociais instituídas no âmbito da seguridade social com a Carta

Magna de 1988 e seu compromisso com a neoliberalização da economia brasileira, hoje, com o governo ultraliberal de Michel Temer com ações aprofundadas no governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro, já escancarada a impedir toda ordem de investimento social e, por conseguinte, desenvolvimento social, bem como sufocar a participação popular na construção de políticas públicas.

O processo de formação brasileiro, como se vê, perpassa caminhos complexos transversalizados por aspectos históricos, econômicos, sociais e políticos. É importante salientar que a história do Brasil é uma história do tempo presente, isto é, os acontecimentos e desdobramentos ocorridos no decorrer de história do país dizem respeito diretamente ao tempo atual.

Vemos que o modelo de economia brasileiro apresenta uma estrutura similar à época colonial, o qual perdurou, de uma maneira ou de outra, nos períodos da história brasileira e mostra-se na atualidade como um modelo de Estado ajustador e rentista pautado na exportação de *commodities* e dependência externa como uma plataforma de acumulação financeira onde as políticas públicas sociais são subfinanciadas em detrimento de desoneração fiscal para empresas e bancos, garantindo uma crescente desigualdade.

Durante a história a emergência da seguridade social e de políticas públicas sociais se deu a partir de constantes processos de luta da sociedade civil e movimentos sociais, fundando um projeto civilizatório à margem do neoliberalismo e políticas do capital. Dentre as quais o SUS e o SUAS, em termos de seus princípios e diretrizes e modelos de gestão, e atenção e a política de saúde mental, em termos de suas diretrizes orientadas para a reforma psiquiátrica, bem como a política de inclusão social para a população em situação de rua, ambas atuando diretamente com a assistência a populações historicamente marginalizadas.

É importante salientar que fazer saúde mental é fazer política e não existe saúde mental fora desse espaço. Celso Furtado trouxe a consideração de que a saída era através da política e, hoje, percebe-se um país murcho, um Estado tomado de assalto desde a sua germinação enquanto colônia, em séculos de roubo e espoliação. Urge a necessidade do empreendimento e efetivação da política pública, da seguridade social, da luta política. Compreendemos que o processo de formação econômica do Brasil possibilita o entendimento do tempo presente, uma vez que a estrutura econômica e social vem sofrendo poucas mutações, mantendo-se a, cada vez maior, concentração de renda, e o agravamento da pobreza e desemprego. Anunciamos a necessidade de se pensar na questão do capital social, da parceria entre Estado e sociedade, da efetivação do controle social, do resgate ao teor político



de atuação enquanto sujeito ativo da história. Esta é uma faceta da qual a Economia e os avaliadores e avaliadoras de políticas públicas não podem se desvencilhar e, adentrando na assistência ao sujeito usuário das políticas públicas que convive com o transtorno mental desassistido pelo desmonte da rede de assistência, não só pode, como deve se reinventar.

### **3.2 Políticas de Saúde Mental no Brasil: para introduzir**

Após estas considerações, com as discussões apresentadas em mente, prosseguimos explanando como se dá a construção da saúde mental brasileira no âmbito do SUS nos próximos parágrafos.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política social garantida em constituição como dever do Estado, e, por conseguinte, enquanto política pública, é resultado de um longo e contínuo processo de luta social. Sua criação orientou a emergência de processos sociais que visam a garantia da participação social através dos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade e à intersetorialidade entre os programas e políticas públicas e sociais, engendrados em uma noção ampliada de saúde. Tal sistema, fruto do movimento brasileiro de reforma sanitária, esteve, portanto, intimamente ligada ao processo de redemocratização do Estado brasileiro (BRASIL, 1990; PAIM, 2008).

No Brasil, pessoas que necessitam de assistência em saúde mental são marcadas pela exclusão social e violação de direitos (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002). Em face disto, vem desenhando-se o desenvolvimento de políticas e programas que objetivam o cuidado integral às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Isto significa dizer que o cuidado, empreendido em âmbito de política pública, orienta-se a partir de uma ética antimanicomial com um modelo de atenção à saúde transversalizado pelos Direitos Humanos, isto é, ação à reorientação do modelo assistencial hospitalocêntrico, criando uma rede de serviços de pequena e média complexidade para atendimento psicossocial no território.

No início dos anos 1990 inicia-se a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, há a aprovação e sanção da Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que consolidou os horizontes institucionais de um novo modelo por meio da reorientação do modelo assistencial; da garantia dos direitos dos usuários de tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental, da (re)inserção na comunidade, informação sobre o tratamento, e direito a cuidados integrais; responsabilidade do Estado para desenvolver políticas públicas para esta

população; internação como último recurso terapêutico; proibição de internações em instituições asilares; e políticas específicas para pacientes longamente internados (BRASIL, 2001a). A Política Nacional de Saúde Mental, instituída por meio dessa lei, busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, garantindo a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade por meio das diretrizes de desinstitucionalização e expansão e consolidação da RAPS, que estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas, integrando o SUS (BRASIL, 2001a; 2011b).

O movimento de Reforma Sanitária acompanhou o processo de redemocratização brasileiro, estando diretamente envolvido com o processo de resistência aos regimes autoritários no Brasil e à construção de novas sociabilidades ancorando-se na perspectiva de fundação de uma seguridade social e reordenamento do Estado brasileiro (PAIM, 2008). Isso significa dizer que, antes de tudo, o movimento de reforma sanitária e o SUS em si são um projeto civilizatório em construção.

Já no que concerne às dimensões de reforma política, organizacional e ideológica acerca do fenômeno Saúde Mental, houve a Reforma Psiquiátrica que merece destaque nesta pesquisa, no intuito de ressaltar o processo de (des)construção de caminhos e possibilidades na Luta Antimanicomial, a garantir a proteção e os direitos de pessoas envolvidas nos processos de saúde-doença mental e que se inicia pautado em questões de ordem trabalhista e em denúncias das políticas de saúde mental em detrimento de questões teóricas mais abrangentes (AMARANTE, 1992). Vê-se que a experiência no campo em questão apresenta preponderância para o reordenamento de assistência e configurações em política públicas, alinhando-se com a noção advinda dos participantes de movimentos sociais no campo intrinsecamente transversal da saúde mental de que fazer saúde mental é, acima de tudo, política.

Como aponta Amarante (2015), o que se entende por saúde mental é um campo vasto e complexo e que entrecruza saberes diversos, além de ter a intersetorialidade como um componente fundamental. O autor ainda assevera que, tradicionalmente, trabalhar com saúde mental se referia diretamente ao trabalho com manicômios e instituições totais. Dizia respeito a um lugar social da loucura compreendido no *status* social do louco que, ainda hoje, é percebido através do estigma.

Ainda nessa perspectiva, se faz necessário pensar, então, na noção de doença mental e de normalidade. Com discussões proeminentes nos, por assim dizer, *saberes psi*, Canguilhem (2002) levanta tal questionamento apontando que o patológico recebe designação

a partir do normal e com isso é definido a partir da ausência ou presença de princípios já constituídos ou mesmo pela reestruturação orgânica do que se entende por saúde. Isso na tentativa de estabelecer uma “medicina sem preconceitos” e que acaba por se balizar nas perspectivas empiristas, mas que se difere destas na medida em que estabelece objetivamente uma discussão filosófica acerca de tal temática e abre caminho para o desdobramento de elucubrações diversas na área.

Por conseguinte, diante de uma ótica até então hospitalocêntrica, irrompem-se debates sobre a ineficácia e violação dos direitos humanos presentes em instituições asilares. Com isso, há uma reformulação do que seria a saúde mental, que deve ser percebida como além de psicopatologias e semiologias, sendo desse modo “um campo polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que são condições altamente complexas.” (AMARANTE, 2015, p. 123).

A promoção à saúde à população com sofrimentos e transtornos mentais no Brasil ancora-se em um aspecto legal que orienta a formulação de políticas públicas e tem referenciais claros quanto aos aspectos teóricos e marcos conceituais que tensionam a disputa de forças dentro dos espaços do Estado (MONTEIRO, 2010).

Desse modo, compreende-se que a avaliação de políticas de saúde mental configura-se como um desafio, tendo em vista que uma avaliação tradicional de viés economicista, apesar de relevante, não é suficiente para responder o objetivo de acompanhar o processo de implementação desta política pública, pois, na perspectiva dos Direitos Humanos, se lida diretamente com seres humanos amparados na luta pela garantia de seus direitos e tais procedimentos estabeleceriam um proceder mercantil e violento com as pessoas sujeitos primordiais deste estudo. Além disso, ao se considerar o texto dessas políticas há de se imbricar em seu sentido e significado o contexto e história de sua construção (LEJANO, 2012).

Dessa forma, fez-se necessário o elevar-se de políticas públicas que dessem respaldo a essas reformulações, políticas essas que objetivam, a partir do contexto, primar pela desinstitucionalização tutelar, buscando, por meio de serviços pautados na comunidade, o fortalecimento da autonomia dos usuários.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 – superação do modelo asilar e garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais (BRASIL, 2001a). Nessa perspectiva, prioriza iniciativas que visam garantir o cuidado

integral centrado nos territórios, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando progressiva inclusão social.

Dentre outras portarias e leis, há o decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 que institui que em toda Região de Saúde, que é um espaço geográfico composto por municípios limítrofes (BRASIL, 2011a), deve conter uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS deve atuar em uma perspectiva territorial e comunitária com os objetivos de ampliar o acesso, promover vinculação entre as pessoas em sofrimento psíquico com suas famílias e a comunidade e garantir a articulação entre os pontos da rede de saúde no território. É composta pela atenção básica em saúde, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, atenção residencial de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial. Apesar de contar com diversos componentes, é comum ser percebido uma centralização da rede na Atenção Psicossocial estratégica que é composta pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O CAPS surge em 1987 e objetiva a integração da rede e a promoção da descentralização das ações em saúde. Aspectos esses construídos no bojo da reforma psiquiátrica. Amarante (2009) lança luz sobre a questão de que se é importante asseverar que o CAPS denota a premissa de ser constituinte de uma rede assistencial externa intermediária, que rompa com a burocratização e se insira no território de maneira não cronificada, sendo, portanto, intimamente ligado à sociedade e à comunidade. Isto é, aparece como um dispositivo que objetiva construir prestação de serviços articulados com a comunidade. Por tal aspecto, se faz necessário que haja apropriação por parte dos atores envolvidos.

A Reforma Psiquiátrica, neste cenário, enquadrada também enquanto política pública, apresenta-se travestida de uma luta para a transformação social e política do advento dos processos de saúde mental. Uma vez que humanizar o trabalho no interior das instituições psiquiátricas é insipiente, são necessárias transformações em duas dimensões: a desospitalização, objetivando com que o cuidado, no que tange à saúde mental, se concretize em uma perspectiva de serviços extra hospitalares, comunitários e envolvidos efetivamente com o contexto biopsicossocial de quem precisa de cuidado; e a desinstitucionalização, através de uma revolução macroestrutural, por meio de políticas e saberes sociais que envolvam a loucura nos parâmetros da sociedade, mediante um movimento político e social (AMARANTE, 2015).

Ainda neste sentido, Basaglia (2005) ratifica a necessidade de se conceber uma nova maneira operar o processo saúde-doença mental. Apesar entendermos que é a

investigação micropolítica que pode desvelar os processos de trabalho autogeridos em saúde, refletindo elementos macrossociais, o autor aponta, assim, a necessidade de uma mudança não somente no aspecto micropolítico, mas, sobretudo, no âmbito macropolítico das condições sociais, econômicas e culturais que se apresentam como determinantes do modelo de saúde mental, as quais precisam ser transformadas (BASAGLIA, 2005).

Propõe-se que, acerca da RAPS, como dito, os serviços de saúde estejam próximos do território vivido pelas pessoas, respeitando a identificação de especificidades loco-regionais, configurando-se como um dos únicos do mundo que se pretende universal. Em 25 anos de SUS, reduziu-se significativamente o número de leitos hospitalares psiquiátricos. Em 2002 existiam 51.393 leitos e em 2012 29.958 leitos, ampliando-se, em paralelo a difusão territorial de serviços substitutivos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 2020 mil em 2012 (MERHY, 2013). Em contrapartida, percebe-se, que a expansão dos serviços de saúde mental não foi acompanhada por uma oferta de capacitação compatível de profissionais em saúde mental, uma vez que os processos de trabalho em saúde mental são intrinsecamente transversais, demandando um grau de composição técnica do trabalho de forma inventiva, lançando-se mão de estratégias diversas que acompanhem esses movimentos, sobretudo quando se pensa a interface entre a atenção psicossocial e a Atenção Primária à Saúde (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018).

Junto a isto, na primeira década do século XXI estruturam-se mais claramente políticas de assistência social mais específicas, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), descrita nos tópicos acima, a qual, com o passar do tempo na experiência de diversos atores dessas políticas, percebe-se a necessidade de se considerar a dimensão dessa população no âmbito de saúde mental. Foram implementados diversos equipamentos, tais como Albergues, Pousadas Sociais, Acolhimentos Institucionais para Homens, Mulheres, Famílias, Crianças e Adolescentes e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop). Espaços que são voltados diretamente para essa população e perpassam intrinsecamente a questão da saúde mental e a atenção às pessoas em situação de rua, seja na intersetorialidade com outros equipamentos como os CAPS e CAPSad, seja na própria execução do trabalho de educadores sociais, psicólogos, arte educadores e assistentes sociais.

Acerca desta questão da intersetorialidade no atendimento à população em situação de rua, Serafino e Luz (2015) lembram que esta questão já está preconizada em todas as políticas públicas com o advento da Constituição de 1988. Bem como, as autoras também apontam o que Monnerat *et al.* (2011) asseveram acerca da necessidade de uma sinergia

institucional entre as políticas a fim de responder aos aspectos multidimensionais dos problemas sociais à guisa da integralidade da atenção, articulando diversos projetos e programas que se desenvolvem nos territórios. Monnerat *et al.* (2011 *apud* SERAFINO; LUZ, 2015, p. 77) asseveram, também, que a perspectiva da intersectorialidade “permite discutir o papel do Estado e as relações de confronto ou de diálogo entre diversos setores e instituições para articular recursos e políticas”. Ainda de acordo com as autoras, referindo-se a Akerman *et al.* (2014) e Monnerat *et al.* (2011)

(...) a intersectorialidade destaca-se como estratégia fundamental para enfrentar problemas estruturais da sociedade contemporânea e para garantir os direitos de cidadania, mas ainda hoje encontramos problemas de fragmentação e descoordenação a nível operacional, que evidenciam uma distância entre o discurso e a prática, entre o previsto e o realizado (SERAFINO; LUZ, 2015, p. 77).

Em contrapartida, percebe-se, que a expansão dos serviços de saúde mental e de prestação de assistência para a população em situação de rua, não foi acompanhada por uma oferta de capacitação compatível de profissionais em saúde mental. Um elemento que se condiciona com a precarização do trabalho e o consequente desmonte das políticas públicas, pois como se vê os serviços e redes assistenciais estão intrinsecamente ligados ao aspecto socioeconômico do Estado. No Brasil, isto ganha novos aportes dado a questão do modelo neoliberal de Estado intensificado pelo país no processo de redemocratização com a subordinação à agenda neoliberal que configurou o Estado brasileiro como uma plataforma de acumulação financeira com um modelo rentista e ajustador (CARVALHO; GUERRA, 2015), o que desde os anos 1990 vem trazendo consequências sociais para a população que usufrui diretamente das políticas públicas.

Em meio a isso, refere-se à noção de se compreender a política de saúde enquanto proteção social, uma vez que no âmbito dessas transformações e reformas do Estado nas últimas décadas e, por conseguinte, do Estado brasileiro, percebe-se o desenvolvimento de políticas públicas sociais que convocam o Estado em caráter de centralidade e regulação na garantia de direitos sociais.

Como dito anteriormente, a implementação SUS e do SUAS enquanto políticas sociais em constituição como dever do Estado, e, por conseguinte, enquanto política pública, é resultado de um longo e contínuo processo de luta social. Sua criação orientou a emergência de processos sociais que visam a garantia da participação social através dos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade e à intersectorialidade entre os programas e políticas públicas e sociais, engendrados em uma noção ampliada de saúde.

Ora, a RAPS em Caucaia tem se estruturado com capilaridade, tendo implantado o primeiro CAPS em meados de 2001. A RAPS tem se constituído como importante campo de práticas e saberes na construção de novas perspectivas na atenção às pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais. Nessa direção, novos dispositivos têm sido efetivados, referindo importantes esforços na esteira da desinstitucionalização dos cuidados em saúde mental. Entre os quais, a experiência prática nos faz reconhecer a rede socioassistencial promovida no âmbito do SUAS como um destes espaços, sobretudo no que diz respeito à população em situação de rua, amparada pela Política Nacional para a População em Situação de Rua instituída com por meio do decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009b). Assim, o desenvolvimento de novos olhares nesse campo de atuação tem apontado a necessidade de potencialização de ações já estruturadas na rede e na política.

Tudo isto se encontra ameaçado e em pleno processo de desmonte por parte do atual governo, convocando a necessidade de um difícil, mas urgente, esforço de se compreender a vida política atual e seus recentes acontecimentos. No início de 2019, no âmbito do Ministério da Saúde, é implementada a chamada Nova Política de Saúde Mental com inúmeros retrocessos os quais apontaremos adiante. Ainda com relação a essa nova política de saúde mental, na segunda semana de dezembro de 2017, o governo ilegítimo de Michel Temer, através do então ministro da saúde, Ricardo Barros, revoga, através de portaria, a reforma psiquiátrica instituída através da lei federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que previa a diminuição gradual de leitos em hospitais psiquiátricos com a implantação de serviços substitutivos (BRASIL, 2001a). A política é alterada, estimulando a volta dos manicômios com aval do Estado, a ampliação das comunidades terapêuticas, instituições conhecidas por uma série de violações de direitos humanos e sem absolutamente nenhuma comprovação de eficácia no tratamento do uso abusivo, dependente e/ou problemático de substâncias psicoativas e o congelamento de recursos para a ampliação e manutenção dos serviços substitutivos pautados no modelo de atenção psicossocial (SOUSA; JORGE, 2019). A plenária para aprovação de tamanho retrocesso não durou sequer dez minutos e foi negado o direito de fala a eminentes pesquisadores e militantes do movimento antimanicomial, bem como a entidades deliberativas como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2019e).

Como se sabe, parte da ação pública estatal enquanto política pública dispõe do controle social na dinâmica entre Estado e sociedade civil. Com as mudanças ocorridas no institucionalismo brasileiro a participação social demonstra-se cada vez mais urgente nas instâncias de resgate da democracia e da soberania do povo em detrimento dos interesses das

elites nacionais aliadas ao capital mundializado. Ora, do golpe parlamentar instaurado até o momento, com o governo de extrema-direita após um governo ilegítimo, todas as propostas e reformas vem sendo impostas sem nenhum debate com a sociedade civil, atendendo aos interesses do capital e recolocando cada vez mais o Brasil no lugar de plataforma de acumulação financeira e espoliação mundiais, aprofundando o caráter autoritário do governo. Neste sentido, convém destacar o decreto nº 7.959, de 11 de abril de 2019 que extingue de uma vez só dezenas de conselhos nacionais que atuavam na formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas diversas, entre as quais a política de drogas, de segurança pública, de direitos de pessoas com deficiência, de políticas indigenistas, entre outras (BRASIL, 2019c).

O país desponta em meio a desigualdade social com a conseqüente escalada da violência e da miséria com cerca de 13,1 milhões de desempregados em 2019 (IBGE, 2019), redefinindo o modelo epidemiológico e socioeconômico brasileiro de algumas décadas atrás, por meio da reinserção no mapa da fome e da perda de certificados de erradicação de doenças como o sarampo. Ainda sobre os apontamentos do IBGE (2019), o estudo, que considera dados do primeiro trimestre de 2019, apresenta que a população desocupada (desempregados) cresceu 7,3% em relação ao trimestre anterior em 2018. Já a população ocupada caiu 1,1% comparando os mesmos períodos e representando o número de 92,1 milhões de pessoas trabalhando. Alguns indicadores do estudo apresentam dados recorde na série histórica, tais como a taxa da população subutilizada (27,9 milhões, com alta de 3,3%); e o número de pessoas desalentadas (4,9 milhões), tendo o aumento real 6% em relação ao mesmo período do ano anterior. Outro dado que chama a atenção é o aumento, em comparação ao número anterior, de pessoas empregadas no mercado informal, que cresceu 3,4% e representa atualmente 11,1 milhões de pessoas (IBGE, 2019). Com relação à taxa de desocupação, observamos um gradativo aumento desde 2012, mantendo-se estável no último ano, o que demonstra estagnação, conforme podemos observar no quadro a seguir.



Quadro 1 – Taxa de desocupação no Brasil, de 2012 a 2019.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
nov-dez-jan		7,2	6,4	6,8	9,5	12,6	12,2	12,0
dez-jan-fev		7,7	6,8	7,4	10,2	13,2	12,6	12,4
jan-fev-mar	7,9	8,0	7,2	7,9	10,9	13,7	13,1	
fev-mar-abr	7,8	7,8	7,1	8,0	11,2	13,6	12,9	
mar-abr-mai	7,6	7,6	7,0	8,1	11,2	13,3	12,7	
abr-mai-jun	7,5	7,4	6,8	8,3	11,3	13,0	12,4	
mai-jun-jul	7,4	7,3	6,9	8,6	11,6	12,8	12,3	
jun-jul-ago	7,3	7,1	6,9	8,7	11,8	12,6	12,1	
jul-ago-set	7,1	6,9	6,8	8,9	11,8	12,4	11,9	
ago-set-out	6,9	6,7	6,6	8,9	11,8	12,2	11,7	
set-out-nov	6,8	6,5	6,5	9,0	11,9	12,0	11,6	
out-nov-dez	6,9	6,2	6,5	9,0	12,0	11,8	11,6	

Fonte: IBGE, 2019.

Observando esses dados, vemos que em um curto espaço de tempo, os brasileiros vulnerabilizados perderam o direito a: trabalhar, comer, comprar, vestir, a cuidados de saúde, a sexualidade dissidente da heterossexual e heteronormativa, a educação de qualidade, a autonomia e soberania de seus povos e etnias, dentre outros, e tem sob a mira desde o ilegítimo governo de Temer até o governo atual de extrema-direita de Bolsonaro, o direito de se aposentar com uma reforma da previdência capitaneada pelo ministro da economia, Paulo Guedes, réu por fraudes em fundos de pensão e que defende um modelo de capitalização de previdência.

Um cenário desolador, no qual são crescentes as notícias: de famílias pobres acessando as emergências dos hospitais públicos com queimaduras de terceiro grau devido a não disporem de dinheiro para comprar o gás de cozinha com incríveis altas no preço e utilizando-se de álcool combustível; cada vez mais crianças trabalhando e mendigando pelas ruas dos centros urbanos; agricultores antes assegurados com benefícios que foram cortados morrendo de inanição com suas famílias e animais; a volta da mendicância como prática comum nos centros urbanos; a escalada da violência das mais diversas maneiras; liberação, durante os três primeiros meses de 2019, de dezenas de agrotóxicos; e a explosão da população em situação de rua nos grandes em centros urbanos e suas regiões metropolitanas, como Fortaleza e Caucaia, lotando as praças e diversos pontos da cidade. E junto a isto a passividade que chama atenção em uma população inerte<sup>8</sup> aos golpes sofridos, refletindo um

<sup>8</sup> Na mesma segunda semana de dezembro em que se aprovou o fim da reforma psiquiátrica, o governo de Macri, na Argentina, tentou implantar a reforma da Previdência em mesmo molde à proposta de Temer e Bolsonaro. Foi barrado pelos protestos e pela pressão popular. Durante os debates na sessão na câmara deputados contrários à

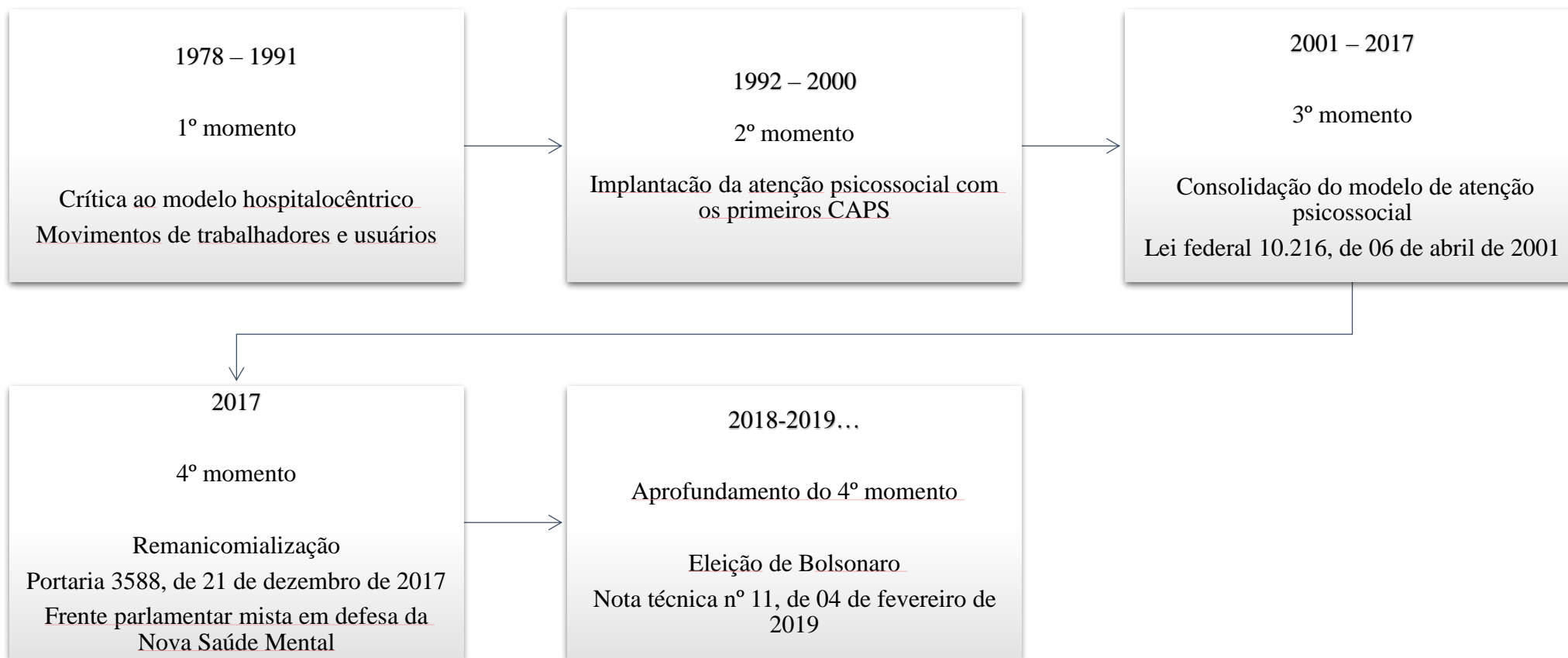
dos piores legados deixado pelo governo reformista e aliado ao capital em uma conciliação de classes do Partido do Trabalhadores: a amortização, institucionalização e aparelhamento dos movimentos sociais. Bem como a criação de mecanismos institucionais que coíbem a manifestação popular, tal qual a lei antiterrorismo sancionada no governo Dilma. Convém, portanto, questionar-se e se explicar acerca do processo histórico das políticas públicas no Brasil em seus modelos de governo e Estado.

A seguir, na Figura 2, apresentamos o esboço de uma genealogia das políticas de saúde mental, considerando cinco momentos elementares do desenvolvimento da política de saúde mental brasileira no âmbito do SUS, os quais nos fornecem subsídios analíticos e, portanto, demarcam elementos de análise sobre os quais nos debruçamos no tópico a seguir.

---

proposta bradavam “Aqui não é o Brasil!”, aludindo à passividade da população brasileira em aceitar inerte as diversas propostas de cunha ultraliberais e de retirada de direitos que vem sendo imposta em diversos países do mundo, sobretudo na América Latina.

Figura 2 – O desenvolvimento da política nacional de saúde mental no âmbito do SUS



Fonte: elaborado pelo autor.

A partir da Figura 2, observamos:

1 – **primeiro momento** compreendido no período da ditadura militar que abarca movimentos populares diversos de enfrentamento ao regime autoritário e culmina, dentre outros atos, em uma greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental, em 1978 (YASUI, 2010). Esse momento se expande até 1991, pouco após a promulgação da constituição cidadã com o advento da assembleia constituinte que escreveu a Carta Magna em 1988. É no seio desse período de lutas que se estabelecem as bases para o modelo de atenção psicossocial brasileiro;

2 – **segundo momento** compreendido a partir de 1992 com a implantação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e expansão da Rede de Atenção Psicossocial (ou Rede de Atenção à Saúde Mental) até 2000. Foi nesse período que a lei da reforma psiquiátrica, que estabelece as diretrizes da política nacional de saúde mental, foi concebida e passou anos tramitando no congresso até sua aprovação em 2001. As práticas e experiências de saúde mental e atenção psicossocial continuaram a ser discutidas e expandidas em todo o território brasileiro;

3 – **terceiro momento** compreendendo já a institucionalização de uma política nacional, a implementação de um novo modelo é capilarizada em termos de política pública a partir de uma ação estatal. O modelo de atenção é reorientado para uma prática de atenção psicossocial e territorial, contrapondo-se ao modelo asilar (BRASIL, 2001a). Tal modelo vinha sendo implementado a duras penas no regime social brasileiro com a expansão da RAPS. O que não significa dizer que não haja embate com relação a implantação desse modelo por parte de setores reacionários que lucram com as pessoas com sofrimento psíquico;

4 – **quarto momento** materializado em 2017, quando o médico psiquiatra Quirino Cordeiro Jr. insere-se na coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde do governo de Michel Temer e inicia um trabalho político para revogação da política de saúde mental construída há décadas pelos movimentos populares de trabalhadores e usuários, a fim de implementar uma *Nova Política de Saúde Mental*. Além disso, Quirino Cordeiro Jr., também trabalhou na instituição de uma Frente Parlamentar Mista em favor dessa política nos moldes em que defende, a fim de operacionalizá-la também a nível legislativo;

5 – E, por fim, um **aprofundamento do quarto momento** já em 2018, com a eleição do candidato de extrema-direita do Partido Social Liberal (PSL), Jair Bolsonaro, diversos elementos da história social brasileira se aprofundam em retrocessos.

### 3.3 Elementos de análise da Política Nacional de Saúde Mental

A seguir, apresentamos essas políticas de saúde mental destacando seu contexto governamental – e institucional – de desenho e implementação, destacando alguns pontos relevantes no âmbito da União e do estado do Ceará. Convém ressaltar que o município de Caucaia ainda não dispõe de política municipal de saúde mental desenhada e implementada. Alguns dos elementos elencados no tópico anterior serão retomados.

No Ceará, é instituída a lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993 (CEARÁ, 1993), de autoria do então deputado do PT, Mário Mamede, no governo de Ciro Gomes que tinha como secretária de saúde, Anamaria Cavalcante. Essa lei foi inspirada na lei da reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2001a), que à época já estava em tramitação no congresso nacional<sup>9</sup>. A lei em tela institui uma política estadual com as diretrizes de desospitalização e controle social.

Tal política, instituída por meio dessa lei, preconiza a extinção de todos os hospitais psiquiátricos compreendidos no território do estado do Ceará, públicos e privados, com um prazo de cinco anos e a substituição dos mesmos por serviços substitutivos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial; proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos a partir de então; estabelece que o monitoramento do processo de desospitalização seja realizado por conselhos e comissões com a participação de diversos setores da sociedade; e institui a Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM) no âmbito do Conselho Estadual de Saúde (CESAU), a fim de ser a principal responsável por, junto ao conselho estadual, e demais entidades que venham a compor o controle social, a fiscalizar e monitorar a implementação da lei e das políticas que se façam a partir dela (CEARÁ, 1993).

Já a lei federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que institui a Política Nacional de Saúde Mental, escrita pelo então deputado do Partido dos Trabalhadores (PT), Paulo Delgado, foi elaborada junto a diversos setores da sociedade civil, organizações e entidades vinculadas à questão da saúde mental. Foi implementada no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (PSDB) com José Serra ocupando a pasta do Ministério da Saúde. Tal lei orienta a política nacional de saúde mental e estabelece a proteção do direito das pessoas portadoras de transtorno mental, as reconhecendo legitimamente enquanto sujeitos de direito no âmbito da cidadania; redireciona o modelo assistencial de saúde de um modelo hospitalocêntrico, isto é centrado no hospital, para um modelo comunitário com

---

<sup>9</sup> É importante lembrar que a Lei Federal nº 12.161, de 06 de abril de 2001, levou quase uma década tramitando nas casas legislativas até ser instituída em 2001.

reconhecimento da cidadania e da autonomia; estabelece como diretriz de cuidado a reinserção familiar e comunitária; regulamenta a internação garantindo direito a acompanhamento adequado e prestação de informações devidas no ato de internação; e institui a responsabilidade do Estado para com as pessoas acometidas com transtornos mentais (BRASIL, 2001a).

Com relação à instituição e normatização da RAPS, há a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, cujo objetivo é

(...) a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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) (BRASIL, 2011b, s.p.).

Trata-se, portanto, de instrumento para operar a política nacional de saúde mental implementado pelo então ministro Alexandre Padilha em um contexto de primeiro governo de Dilma Rousseff (PT), eleita como a herdeira da gestão de Lula com o PT no poder institucional no país.

O documento apresenta como diretrizes da RAPS:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII- desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011b, s.p.).

Esses elementos apontam para uma prática de saúde mental concatenada com princípios históricos da reforma psiquiátrica brasileira fomentando uma prática territorial e comunitária, além de traçar aspectos legislativos e regulações acerca dos serviços. Em seu texto são apresentados os objetivos gerais:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011b, s.p.).

Com relação aos objetivos específicos, o documento elenca:

- I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011b, s.p.).

Percebemos que o texto apresenta importantes diretrizes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica em caráter institucional. Além disso, aponta já diretamente para as pessoas em situação de rua, orientando uma política que considera a vulnerabilidade desse segmento populacional, estando na composição do primeiro objetivo específico, além do objetivo geral da RAPS, que é garantir acesso à rede para a população em geral. Preconiza, ainda, no que tange às pessoas com necessidades decorrentes de transtorno mental ou uso de substâncias psicoativas, no âmbito da reinserção social e reabilitação psicossocial, o acesso e garantia a renda e moradia (BRASIL, 2011b).

Isso aponta diretamente para necessidades específicas da população em situação de rua em seus territórios. Tais institucionalizações enquanto normativa atendem a demandas da sociedade no que tange ao estabelecimento de um modelo de atenção psicossocial, continuando o percurso institucional da construção de uma política de saúde mental em consonância com a história psiquiátrica brasileira.

A portaria define, ainda, a composição da rede, conformado por modelos de atenção e estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, os quais são os seguintes: *Atenção Básica*, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), equipes de Consultório na Rua (CnR), apoio aos serviços do

componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório, e Centros de Convivência e Cultura; *Atenção Psicossocial Estratégica*, que corresponde aos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades; *Atenção de Urgência e Emergência*, por meio do Serviço Médico Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e portas de entrada hospitalares de atenção à urgência e pronto socorro, bem como serviços de emergência e demanda espontânea que possam ser realizados nas próprias UBS; *Atenção Residencial de Caráter Transitório*, por meio de Unidades de Acolhimento (UA), Serviço de Atenção em Regime Residencial; *Atenção Hospitalar*, disponibilizando Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência (SRH) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; *Estratégia de Desinstitucionalização*, com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta pra Casa (PVC); e *Estratégia de Reabilitação Psicossocial*, por meio de iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais, com base em preceitos da Economia Solidária (BRASIL, 2011b).

Chama-nos a atenção certo caráter progressista dessas políticas implementadas através dos atos institucionais.

Entretanto, com a instituição da portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017b), há uma série de mudanças no âmbito da gestão e organização da saúde, dentre as quais a realocação do hospital psiquiátrico como figura central na organização da política de saúde mental, demarcando um retrocesso (SOUSA; JORGE, 2019). Tal portaria foi instituída durante o comando do então ministro da saúde Ricardo Barros no governo de Michel Temer (MDB).

Cientes das reordenações que essa portaria traria, entidades como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), trabalhavam no sentido de mobilizar a sociedade de usuários e profissionais para obstruí-la. Contudo, no dia de sua aprovação na plenária, foi negado o direito a voz a todas essas entidades (SOUSA; JORGE, 2019). O médico psiquiatra Quirino Cordeiro Jr., representante da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), à época ocupando cargo junto à coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, capitaneia a aprovação dessa portaria pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O documento traz algumas regulamentações acerca do que ele chamou de Nova Política de Saúde Mental, tais como a reinserção do hospital psiquiátrico como dispositivo de cuidado reconhecido e legitimado pelo Estado brasileiro; estabelecimento de critérios de incentivo e



custeio para internações psiquiátricas e abertura para maior financiamento de internações em comunidades terapêuticas (BRASIL, 2017b; SOUSA; JORGE, 2019; GUIMARÃES; ROSA, 2019).

É importante ressaltar, ainda sobre a inserção desse dispositivo no escopo da política, que os custos e incentivos para implantação dessas equipes é superior às das equipes tradicionais do CAPS e a diferença maior entre essas equipes, além da composição com presença do PEF, é que a equipe multiprofissional tem um equipamento de referência, mas atua de maneira descentralizada pela rede. Isso apresenta uma possibilidade de atuação interessante no âmbito da regionalização. Imaginemos, por exemplo, um cenário de uma microrregião de saúde em que se instala uma dessas equipes referenciada por uma policlínica regional e que se capilariza por todos os municípios dessa regional de maneira descentralizada.

Em 2018, consideramos já a própria eleição de Jair Bolsonaro como um aprofundamento do autoritarismo devido a sua plataforma ser pautada na negação de direitos sociais e retrocessos diversos no campo das políticas públicas e no campo civilizatório, tais como a posse de armas de fogo, o fim da demarcação de terras indígenas, ataques às comunidades quilombolas, dentre outras coisas fundamentais em um plano de governo que se constitui somente de apresentação uma de *PowerPoint* com frases curtas de efeito, ideias vagas e figuras (BOLSONARO, 2018). O processo eleitoral, em si, foi atravessado por denúncia de esquema de caixa dois de empresas privadas que impulsionavam bombardeio de mensagens com notícias falsas via aplicativo de mensagens e utilização de robôs nas redes sociais (MELLO, 2018).

Assim, já nos seus primeiros três meses de governo, especificamente se tratando de saúde mental, Quirino Cordeiro Jr., que vinha capitaneando o reordenamento da Política Nacional de Saúde Mental, assume a coordenação geral da pasta de saúde mental no Ministério da Saúde e lança a nota técnica nº 11, de 04 de fevereiro de 2019 (BRASIL, 2019b).

O documento regulamenta essa chamada Nova Política com o fim da estratégia de substituição de serviços, o refortalecimento do financiamento de leitos hospitalares reordenando o cuidado para o modelo asilar de internação, a inserção da Eletroconvulsoterapia (ECT) no escopo de técnicas custeadas pelo SUS, a possibilidade de internação de crianças e adolescentes em instituições hospitalares e asilares e o maior aporte de financiamento para as chamadas Comunidades Terapêuticas (CTs) (BRASIL, 2019b).

Consideramos que esse documento é, antes de tudo, uma nota política direcionada aos movimentos de Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica brasileiros, uma vez que seu conteúdo se mostra mais político do que técnico, atacando preceitos da atenção psicossocial que se gestam no bojo desses movimentos. Essa é, portanto, a leitura primordial que fazemos desse documento.

Logo em seu início traz o seguinte texto:

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza (BRASIL, 2019b, p. 3-4)

Ora, o excerto destacado demonstra de maneira contundente a ruptura institucional com os preceitos da atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica brasileiras. Reorienta a diretriz de desospitalização e desinstitucionalização por modelos substitutivos com prioridade para equipamentos de caráter comunitário e territorial e se inaugura um novo modelo de política que demarca um movimento de remanicomialização e retrocessos em que o hospital psiquiátrico figura mais uma vez com centralidade no ordenamento do cuidado e da política (SOUSA; JORGE, 2019; GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Assim, a RAPS passa a ser composta por:

CAPS;  
Serviço Residencial Terapêutico;  
Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil;  
Enfermarias especializadas em Hospital Geral;  
Hospital Psiquiátrico;  
Hospital-Dia;  
Atenção Básica;  
Urgência e Emergência;  
Comunidades Terapêuticas;  
Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental em Unidades Ambulatoriais Especializadas (Brasil, 2019b, p. 3).

Tal documento – e política – vem aprofundar retrocessos já apresentados na portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017b), corroborando com o que apontam Sousa e Jorge (2019), sobretudo no que diz respeito à reinserção do hospital psiquiátrico como equipamento estratégico de cuidado. Isto representa um retrocesso de décadas no campo da saúde mental brasileira, alinhando-se à análise de Guimarães e Rosa (2019) que chamam tal movimento de remanicomialização do cuidado.

A inserção da Eletroconvulsoterapia (ECT) na gama de serviços custeados pelo SUS assusta – e com razão. Tal técnica ainda é utilizada tratamento de alguns quadros de transtorno mental e é disposta na rede de saúde suplementar e em clínicas privadas. A recomendação da utilização da técnica é eficaz em casos, por exemplo, de depressão refratária grave em quadros que não apresentam mais resposta a nenhuma outra terapêutica, sendo utilizada, conforme protocolo clínico, como último recurso de tratamento, configurando, de fato um recurso da intervenção psiquiátrica (MOSER; LOBATO; BELMONTE-DE-ABREU, 2005).

A discussão, contudo, não diz respeito à eficácia ou não da técnica. A discussão é política, uma vez que a sua aplicação envolve uma operação de poder e remonta às práticas desumanas e de tortura vivenciadas em manicômios nas décadas passadas antes do advento da Reforma Psiquiátrica. É necessário, antes de tudo, reconhecer que a Psiquiatria, apesar de representar escopo de contribuição no campo da saúde mental, em termos de terapêuticas, apresenta dificuldades no alinhamento à atuação em atenção psicossocial nos preceitos da luta antimanicomial. A operação da técnica da ECT não apresenta uma inflexão dialógica entre a interprofissionalidade fundada na atenção psicossocial, tornando o seu uso, neste sentido, inadequado, sobretudo pelas conexões conceituais que ligam a técnica aos fundamentos da assistência manicomial e hospitalocêntrica (SILVA; CALDAS, 2008).

Somando isto ao contexto de hegemonia ainda presente de um modelo biomédico e organicista que ordena o cuidado em saúde mental, o perigo advindo da entrada dessa técnica no rol do SUS é exponenciado, tendo em vista que o esforço para implantação do modelo de atenção psicossocial passa a ser subalternizado. O modelo asilar é reinserido na política também pelo financiamento por parte do Estado de uma técnica profissional que se configura assim. Não há, ainda, na literatura científica, estudos atuais sobre a aplicação da técnica na realidade da saúde pública brasileira, considerando o contexto de uma política pública precarizada e subfinanciada e um debate sobre os intrínsecos aspectos políticos envolvidos na atenção psicossocial do SUS.

Com relação aos hospitais psiquiátricos, especializados no manejo de transtornos mentais, não há absolutamente nenhuma justificativa clínica plausível para a sua existência, uma vez que a diretriz é que no caso de necessidade, tais usuários sejam tratados e gerenciados em hospital geral com leitos psicossociais, dispondo de especialistas de profissões diversas para os casos em que se faça necessário, à guisa de um cuidado integral.

Assim, a existência de hospitais psiquiátricos, bem como sua reinserção, em caráter de ordenamento da rede, no eixo normativo da política, representa um retrocesso e

aberração clínica, pois não oferece cuidado integral e orienta o cuidado em modelo hospitalocêntrico. Aliando isto ao uso da ECT há um cenário de intensa ameaça para a saúde mental e atenção psicossocial brasileiras no manejo de pessoas com sofrimento decorrente de transtornos mentais que acessem as redes, demarcando um retrocesso nas vias da remanicomialização (SOUSA; JORGE, 2019; GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Já com relação às Comunidades Terapêuticas (CTs), que são, em geral, instituições religiosas que se pautam pela via da caridade e do assistencialismo, o Estado brasileiro demonstra não ter capacidade de regulamentar e fiscalizar o seu funcionamento. Inclusive, entidades como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Mecanismo Nacional de Combate e Prevenção à Tortura (MNPCT)<sup>10</sup> já denunciaram as condições precárias de funcionamento das instituições, demonstrando violações diversas dos Direitos Humanos, práticas de tortura, trabalho forçado sem remuneração caracterizando trabalho escravo, dentre outras violências (CFP, 2018). Além disso, não há ainda evidências científicas que comprovem a eficácia do modelo de tratamento pautado na abstinência e reclusão que em geral essas instituições oferecem.

Junto a isto, se abre também o precedente de internação de crianças e adolescentes no âmbito da saúde mental, com leitos financiados pelo Estado brasileiro, o que ameaça o funcionamento dos CAPS infantil (CAPSi), que atendem o público infanto-juvenil orientados pelos preceitos da atenção psicossocial, em liberdade e com acompanhamento familiar e comunitário – enquanto modelo. Assim, o cuidado pode ser realizado a partir de internação em leitos em serviços especializados, representando ameaças aos direitos de crianças e adolescentes.

Ademais, é importante ressaltar que a aprovação e escrita desse texto não passou pelo crivo de entidades de controle social diversas e movimentos institucionais ou não que trabalham com a questão da saúde mental, a não ser por setores corporativistas alinhados às ideologias manicomialistas, tais como representações das CTs, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), configurando mais uma vez o caráter autoritário e corporativista do Estado brasileiro contemporâneo.

Isso motivou o Conselho Nacional de Saúde (CNS) a deliberar, por meio da Recomendação CNS nº 23, de 17 de maio de 2019 (BRASIL, 2019e), a solicitação de suspensão imediata da Nova Política de Saúde Mental por entender que ela é ilegal,

---

<sup>10</sup> Com relação ao órgão, é importante frisar que o governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro exonerou seus peritos e acabou com salários por meio do decreto nº 9.831, de 10 de junho de 2019 (Brasil, 2019c).

justamente por, entre outras questões, não contar com resoluções dos respectivos conselhos competentes, nem mesmo ter passado por debate amplo com a sociedade civil.

Considerando que a formulação da ‘Nova Política de Saúde Mental’ fere o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em seu artigo 198, inciso III, que determina que as ações e serviços de saúde devem observar a diretriz de participação da comunidade;

Considerando que a “Nova política de Saúde Mental” foi apresentada à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), não seguindo o processo democrático de avaliação e deliberação do CNS, desconsiderando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e institui legalmente a Conferência de Saúde enquanto instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (BRASIL, 2019e, p. 1).

As considerações elencadas na recomendação ilustram o caráter autoritário do contexto político por parte do governo de extrema-direita, em que políticas e questões sensíveis a direitos sociais da população e gestão democrática.

Contudo, a portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, também traz alguns elementos que consideramos avançados para garantia do acesso e melhora dos serviços. Dentre os quais, atendendo a demandas dos movimentos de saúde mental com pessoas em situação de rua que atuam junto a grandes cenas de uso público de drogas em grandes centros urbanos, a criação, regulamentação, custeio e financiamento do CAPSad tipo IV como dispositivo estratégico de cuidado contínuo para pessoas com quadros graves e intensos de sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017b).

De acordo com a legislação, esses equipamentos serão instalados em municípios brasileiros com mais de 500mil habitantes e em todas as capitais da federação com funcionamento contínuo 24h por dia em todos os dias da semana, garantindo acesso. Isso na verdade configura uma demanda histórica dos movimentos que atuam em cenas públicas de uso de drogas.

A portaria estabelece, também, o dimensionamento de equipes multidisciplinares em serviços hospitalares de referência em saúde mental instalados em hospitais gerais de acordo com o número de leitos implantados; define os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em tipo I e tipo II de acordo com a capacidade; e cria a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental com regulamentação e custeio para a implementação das equipes (BRASIL, 2017b).

Na composição dessa equipe de referência já há o Profissional de Educação Física (PEF), o que não era contemplado pelas portarias anteriores que regulamentam os CAPS. A inserção desse profissional na equipe técnica demarca um importante avanço, no sentido de reconhecer e estimular a interprofissionalidade na atenção psicossocial, uma vez que profissionais de educação física já realizavam atividades no âmbito dos CAPS sem compor a equipe de referência, apesar de apresentarem atuação que amplia as possibilidades de intervenção, apontando forte potencial de inserção nos preceitos da desinstitucionalização (FURTADO *et al.*, 2015).

Até então, muitas vezes, a inserção desse profissional se dava pelo caráter formativo de currículos de graduação e pós-graduação, enquanto campo de estágio ou cenário de prática de residências multiprofissionais. Neste sentido, pela via da interprofissionalidade, reconhecemos que o PEF contribui bem além de atividades restritas à área, tais como atividades físicas e práticas recreativas e lúdicas que operem o corpo, uma vez que o profissional inserido na equipe de referência – e enfim reconhecido como tal – tem a contribuir nas atividades cotidianas de um serviço de referência em saúde mental, tais como acolhimento, sala de espera, matriciamento e até mesmo orientações individuais acerca de atividades físicas acompanhadas de psicoterapia e farmacoterapia (VARELA; OLIVEIRA, 2018).

As considerações elencadas na recomendação ilustram o caráter autoritário do contexto político por parte do governo de extrema-direita, em que políticas e questões sensíveis a direitos sociais da população e gestão democrática, elencados na Constituição Federal (1988).

### **3.4 Elementos de análise a partir da interface entre a Política Nacional de Saúde Mental e as políticas para pessoas em situação de rua**

No que tange à dimensão da assistência às pessoas em situação de rua, elencamos alguns pontos sensíveis da política nacional e estadual de saúde mental. Primeiramente, a saúde mental é compreendida enquanto uma área transversal e, por conseguinte, suas políticas envolvem ações que também o são.

Neste sentido, a pessoa em situação de rua é abarcada pelas políticas de saúde mental no âmbito do atendimento a suas necessidades com relação a esse ponto específico, quando: acometido por transtornos mentais; sofrimento mental decorrente de transtornos ocasionados pelo uso de drogas; questões de sofrimento mental relacionadas a determinantes

sociais de saúde como a pobreza, fome, miséria e racismo; violação de seus direitos no acesso a serviços básicos.

Destarte, é necessário que busquemos uma interface entre essas políticas no que tange às pessoas em situação de rua. É consenso nos relatórios e pesquisas nacionais acerca da população em situação de rua que se faz necessária uma efetiva interface que além da intersectorialidade realize os recortes interseccionais necessários para se contemplar as questões que emergem dessa população, tendo em vista sua complexidade e heterogeneidade<sup>11</sup>.

Neste sentido, pensando na perspectiva de se conceber a população de rua, Mattos e Ferreira (2004) consideram a utilização do termo *situação de rua*, relacionado ao fenômeno de *rualização*, denotando que se trata de uma característica processual da passagem pela rua em caráter transitório e não como o elemento primordial constituinte da identidade de um sujeito que está ou esteve na rua durante algum momento de sua vida.

Sobre esta temática, consideramos que a vida ou a sobrevivência nas ruas encontra-se diretamente ligada a diversos aspectos da vida social capitalista, demarcando-se a questão social no sentido de se compreender a existência de sujeitos que são postos à margem do desenvolvimento, aos quais são negados direitos sociais, tais como acesso e posse da terra, renda, trabalho e saúde, dentre outros.

Contudo, somente essa perspectiva não consegue abarcar o fenômeno. Certamente que o processo de acumulação do capital contribui para a concentração de renda, promoção da desigualdade e intensificação da pobreza. Mas é necessário que realizemos um esforço teórico para aprofundar a questão, sobretudo considerando os aspectos trazidos pelas discussões que apontamos a partir de Paugam (2003), Kowarick (2009) e Bezerra (2015) acerca dos elementos para se pensar a pobreza, vulnerabilidade e a desqualificação social, no que tange a relação entre os sujeitos e a ação pública do Estado, através da política pública social.

Com relação à realidade de Fortaleza e região metropolitana, por exemplo, é percebido o movimento de êxodo rural relacionado à seca no interior do Estado, havendo o estabelecimento de um processo migratório para a capital (BLEICHER, 2015).

Em nossa experiência de trabalho (no município de Fortaleza) e pesquisa (no município de Caucaia) com essa população, percebemos que muitos são oriundos do interior

---

<sup>11</sup> No capítulo seguinte, a partir da caracterização sociodemográfica da população em estudo, algumas dessas questões de heterogeneidade, determinantes sociais de saúde e recortes necessários, serão discutidos como elementos que surgem a partir dos dados construídos.

do estado do Ceará ou de outros estados do nordeste (LIMA *et al.*, 2016b; LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017a). Essas pessoas relataram, muitas vezes, durante atendimentos psicossociais, que vem à Fortaleza em busca de melhores oportunidades de emprego, acabando em situação de rua por não conseguirem encaixarem-se no mercado de trabalho formal e realizando bicos como desentupir fossas, limpar telhados, calçadas, carregar caixas nos mercados, dentre outras atividades, sendo remunerados em média com 20 reais pela realização de cada atividade (LIMA *et al.*, 2016b; LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017a).

Considerando tais questões, faz-se necessário que pensemos a situação de rua como um processo em movimento. Precisamos pensar intervenções que reconheçam este processo, principalmente a partir das políticas públicas (PRATES *et al.*, 2011).

É comum a presença da população em situação de rua nos centros das cidades, principalmente das capitais e regiões metropolitanas, observando-se a sua expansão constante, na medida em que, também, as desigualdades sociais crescem. Compondo um grupo de pessoas heterogêneo, muitas são as tentativas de se traçar um perfil desta população. Neste sentido, a partir da década de 1990 começam a ser realizadas pesquisas para a contagem e identificação das pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e sobrevivência.

Paula (2012) aponta que entre agosto de 2007 e março de 2008, através de uma parceria do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), foi realizada uma pesquisa nacional sobre população em situação de rua, a qual incluiu a contagem e a caracterização da população adulta em situação de rua. Foi realizada nos municípios com mais de 300.000 habitantes e em todas as capitais, com exceção de Belo Horizonte, São Paulo e Recife, que haviam realizado pesquisas semelhantes em anos recentes, e Porto Alegre, que naquele momento, conduzia a pesquisa de iniciativa municipal (PAULA, 2012).

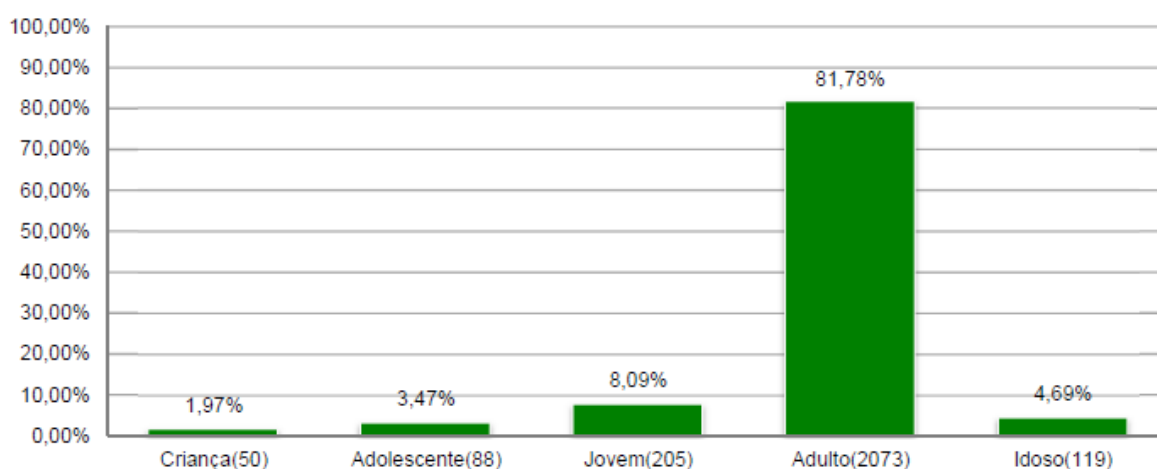
Apesar de não ter incluído as principais capitais do país, onde o número de pessoas em situação de rua é significativo, esta pesquisa de caráter nacional revela alguns dados importantes para uma tentativa de caracterizar esta população. Algumas características trazidas pela pesquisa são: 82% são do sexo masculino; 53% contam com idade entre 25 e 44 anos; 13,84% tem mais de 55 anos; 67% são negros; a maioria (52,6%) recebe entre R\$20,00 e R\$80,00 semanais (BRASIL, 2009a).



Com relação a dados do estado do Ceará, nas notificações do Censo e Mapa de Risco Pessoal e Social (CEMARIS)<sup>12</sup> do ano 2017, o mais recente, há o dado de 2.535 casos notificados em 66 municípios cearenses, sendo que a região da Grande Fortaleza, onde se encontra o município de Caucaia, comporta 70,22% dos casos (SPS, 2018).

O estudo apresenta, ainda, que 81,78% (2.073) dos casos são de adultos, seguidos por jovens (8,09%), idosos (4,69%), adolescentes (3,47%) e crianças (1,97%), conforme o Gráfico 1 (SPS, 2018).

Gráfico 1 – Pessoas em situação de rua no Ceará, por ciclo de vida e faixa etária



Fonte: SPS, 2018.

Quanto ao trabalho, a pesquisa nacional aponta uma população composta majoritariamente por trabalhadores sendo que 70,9% exercem alguma atividade remunerada, destes, 27,5% são catadores de materiais recicláveis (BRASIL, 2009a). Mesmo sendo maior a inserção no campo do trabalho informal, apenas 15,7% pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência (BRASIL, 2009a), o que desconstrói os estigmas geralmente vinculados a esta população como desocupados, mendigos, vagabundos, preguiçosos, etc., estigmas os quais se compreendem, inclusive, quando da inserção nos serviços de assistência social que condicionam a situação de pobreza.

Ainda sobre a pesquisa nacional, parte considerável é originária do município onde se encontra, ou de locais próximos e 69,6% costumam dormir na rua, sendo que cerca de 30% dormem na rua há mais de 5 anos (BRASIL, 2009a).

<sup>12</sup> Técnicos que trabalham na política de assistência social do estado, bem como pesquisadores que se debruçam sobre a temática da assistência social consideram o instrumento CEMARIS controverso na sua apresentação de dados, uma vez que se percebem falhas no seu preenchimento e execução. No capítulo seguinte apresentaremos e discutiremos dados locais acerca da realidade do município de Caucaia.

Quanto ao acesso a serviços 22,1% costumam dormir em albergues ou outras instituições. Para os que recebem algum tipo de benefício ou renda destacam-se: aposentadoria (3,2%); Programa Bolsa Família (2,3%); e Benefício de Prestação Continuada (1,3%). E as principais razões apontadas para estar em situação de rua são: alcoolismo/drogas (35,5%); desemprego (29,8%); e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%) (BRASIL, 2009a). A maioria, 71%, dos entrevistados citou pelo menos um desses motivos como principal, sendo que não necessariamente são únicos e que podem estar relacionados entre si. Ao analisarmos estas categorias e a vulnerabilidade da população que as vivencia, certamente percebemos que estão articuladas entre si e estão ligadas a fatores econômicos e sociais, bem como familiares e impactando diretamente em questões de saúde mental e qualidade de vida.

Dados sobre o histórico de internações em instituições diversas mostram que 60% dos entrevistados já esteve internado em alguma instituição pelo menos uma vez. Destes, 28,1% em instituição relacionada a tratamento para dependência química e 16,7% em hospital psiquiátrico, totalizando 44,8% dos casos como sendo relacionados a questões de saúde mental. Quando questionados a respeito dos problemas de saúde, os mais citados foram: hipertensão, problema psiquiátrico/mental e HIV/AIDS (BRASIL, 2009a).

Ainda de acordo com a pesquisa, 24,8% não possui qualquer documento de identificação; 61,6% não exerce o direito ao voto; e 88,5% não é atingida pela cobertura dos programas governamentais, afirmando não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais. Com relação ao que diz respeito à cidadania, um dado importante que é apontado por Paula (2012) é a discriminação sofrida por esta população quando é impedida de acessar os mais diversos espaços.

É notório que, com o avanço ocorrido no campo dos direitos sociais e na implementação de políticas sociais, a população em situação de rua começa a ter algum reconhecimento enquanto grupo populacional constituído de cidadãos possuidores de direitos e usuários das políticas públicas, destacadamente da política de assistência social. Muitas foram as mudanças ocorridas neste campo, como aponta Pereira (2009, *apud* PAULA, 2012, p. 48-49):

Associada na Idade Média, ao desprendimento material e à elevação espiritual, a pobreza passou, tempos depois, a ser sinônimo de preguiça, vagabundagem, fraqueza e vício. Em maior escala, a população mais pobre entre os pobres, que faz da rua o seu local de sobrevivência e moradia, foi brutalmente estigmatizada. As diferentes nomenclaturas utilizadas para conceituar esse grupo social no decorrer da história, ilustram a transformação na forma de se encarar esse fenômeno. Os termos utilizados há alguns anos para caracterizá-los eram bastante pejorativos:

*mendigos, pedintes, vagabundos, viciados, maltrapilhos, carentes, loucos*, entre outros. Em compensação, hoje surgem novas terminologias, como *povo da rua, população de rua e sofredores de rua*, que retiram do sujeito a culpa por sua situação de penúria e o elevam a condição de detentor legítimo de direitos, e principal porta-voz de suas necessidades e demandas. (Grifos da autora).

Assim, pensar a relação entre a população em situação de rua e as políticas sociais e políticas públicas, principalmente a assistência social, considerando a saúde mental também enquanto dimensão da proteção social, é tarefa importante para discutir a efetivação dos direitos da população, tendo em vista a persistência da invisibilidade e estigmatização relacionadas a esta população.

A proteção social especial no âmbito do SUAS tem como objetivo:

prover atenções socioassistenciais a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (BRASIL, 2005).

Assim, a política de assistência social é reestruturada no que tange aos seus princípios, diretrizes e operacionalização. Mas principalmente no que diz respeito ao seu caráter de direito social. Destacam-se os avanços no âmbito do atendimento à população em situação de rua, tendo sido reconhecida como população usuária através de legislação e tendo, no texto da política, indicações de como deve ser o seu atendimento:

No caso da proteção social especial, à população em situação de rua serão priorizados os serviços que possibilitem a organização de um novo projeto de vida, visando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direito (BRASIL, 2005, p. 37).

Um ano após a instituição do SUAS através de Norma Operacional Básica, é instituído, através de decreto, um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). O grupo é composto pelo Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União, representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), tendo como objetivo realizar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão da população em situação de rua.

Já em 2009, o CNAS publica a resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, que institui a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009c). Este documento elenca todos os serviços que deverão ser ofertados no âmbito do SUAS, como deverão ser executados, à quem se destinam, quais os recursos necessários entre outras orientações. No que tange ao atendimento da população em situação de rua, na proteção social especial de média complexidade estão presentes o Serviço Especializado em Abordagem Social e o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, e na proteção social especial de alta complexidade o Serviço de Acolhimento Institucional e o Serviço de Acolhimento em República (BRASIL, 2009c).

Em dezembro deste mesmo ano, através do decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, e a partir do GTI, é instituída a Política Nacional Para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, bem como seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. A política é composta por uma reflexão teórica acerca do fenômeno população em situação de rua e toma como conceito para a caracterização deste grupo a definição de que

(...) considera-se população em situação de rua 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 (BRASIL, 2009b, s.p.).

Problematizamos a definição oferecida pela política através dos discursos dos profissionais e gestores, interlocutores da pesquisa, os quais apresentaram suas próprias definições acerca da população em situação de rua. Para este fim, elencamos algumas palavras-chave da definição do texto da política, bem como grifamos trechos das definições apresentadas nas narrativas. Assim, de acordo com a política, a população em situação de rua é considerada **heterogênea**. Configura um grupo populacional que tem em comum os elementos de **pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados** e a **inexistência de moradia convencional regular**. Utiliza **logradouros públicos e áreas degradadas** como espaço de **moradia e sustento**, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

*A população que utiliza a rua como sendo a sua referência, ainda que tenha um local de apoio que a gente costuma chamar de casa (...)sobrevivem das relações*

*ocorridas ali na rua (...) tomam esses espaços como seu espaço de **referência** (G2).*

*É um grupo de pessoas distintas que vivem nas ruas, que não tem uma **residência convencional** para viver e que se **utilizam dos espaços públicos e instituições públicas e/ou privadas para sobreviverem** (G3).*

*As pessoas que permanecem a maior parte de seu dia em situação de rua, que também é o **local do seu sustento e subsistência** (...) condicionado a uma questão de **moradia e renda** (P1).*

*Toda aquela pessoa que passou por algum tipo de **ruptura de vínculo**, seja ela total ou até mesmo parcial, que a **família** (...) não quis acolhê-lo (P2).*

*São as pessoas que não tem **moradia** por vários motivos. O maior motivo é não ter o **apoio da família** (...). São aquelas pessoas que (...) ficam **perambulando** de um bairro pro outro (...) de um município pra outro (P3).*

*Pessoas que no momento se encontram **sem residência fixa**, com **vínculos familiares fragilizados** (P4).*

*População **heterogênea**, de diferentes idades, provenientes de diversos contextos de vida, em situação de **pobreza extrema/absoluta**, que **estão na rua** e têm nesse espaço local de **moradia** e busca de **sustento** (...) (P5).*

*São aquelas pessoas que não tem um **endereço fixo** e costumam **dormir**(...) na rua (...). É uma população que carece de **necessidades básicas** no seu dia a dia (...) e acabam passando por uma situação de **vulnerabilidade** por esse contexto de vida (P6).*

Observando os discursos empreendidos percebemos alguns encontros entre eles e o texto da política em si. Principalmente no que concerne a conceber a pessoa em situação de rua como aquela que toma a rua como referência, isto é, organiza sua vida a partir desse espaço, mesmo que possua alguma moradia temporária. Chama a atenção termos como

sobrevivência, que poderíamos aprofundar no sentido de considerar que, pela situação de vulnerabilidade e privações de direitos que essas pessoas tem, elas, então, sobrevivem ao invés de somente viverem. Parece-nos um viés ao se conceber essa população, marcado por um estigma e que se relaciona com os aspectos elencados por Paugam (2003) ao teorizar acerca das formas de pobreza. As definições apresentadas por nossos interlocutores coadunam, ainda, no sentido de considerar a família, os vínculos fragilizados ou rompidos, e a situação de pobreza, condicionando o aspecto de pessoa em situação de rua a tais condições, tal como o texto da política.

De maneira relevante, além da definição, a política estabelece princípios e diretrizes para o atendimento integral à população em situação de rua, no âmbito das diversas políticas sociais que precisam estar articuladas para que o atendimento não seja fragmentado, e aí se inclui o exercício das políticas de saúde mental no âmbito do SUS. Traz como princípios:

- I - Promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos;
- II - Respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais;
- III - Direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade;
- IV - Não-discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória;
- V - Supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua (BRASIL, 2009b, p. 14).

Ademais, a política traz, também, orientações e propõe ações estratégicas para a totalidade de políticas sociais que devem atender a esta população, na área da assistência social:

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

7. Promoção de novas oportunidades de trabalho ou inclusão produtiva em articulação com as políticas públicas de geração de renda para pessoas em vulnerabilidade social (BRASIL, 2009b, p. 18).

Já nesse primeiro princípio, vemos uma interlocução entre preceitos da reforma psiquiátrica brasileira e aspectos da atenção psicossocial, sobretudo no que tange às dinâmicas de institucionalização e produção de subjetividade, pois pauta-se que um acolhimento aconteça de maneira a evitar o asilamento das pessoas em situação de rua. Ademais, tais prerrogativas se apresentam como um desafio, uma vez que há limites institucionais e aspectos que culturais que conforma os serviços de acolhimento institucional para pessoas em situação de rua no âmbito da alta complexidade do SUAS (LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017a; LIMA *et al.*, 2016).

Continuando com a descrição do percurso institucional da política, após um ano da instituição, em novembro de 2010, a Secretaria Nacional de Assistência Social em conjunto com a Secretaria Nacional de Renda e Cidadania publicam a Instrução Operacional nº 07, de 22 de novembro de 2010 (BRASIL, 2010). A normativa orienta os municípios para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADUNICO), já em consonância com a orientação da Política Para Inclusão da População de Rua (BRASIL, 2010; 2009b).

Tendo os textos em mente, no que se refere a crítica no que se refere ao atendimento da população em situação de rua nas políticas diversas em tela, é necessário que sejam superadas visões higienistas e preconceituosas e que sejam garantidos os pressupostos já indicados pela política destinada a sua inclusão social, garantindo sempre a sua participação nos processos decisórios, o que requer o reconhecimento da sua condição de cidadania. Esse é mais um ponto em que os preceitos do texto das políticas de saúde mental que emergem do contexto da reforma psiquiátrica brasileira se encontram.

Assim, no que tange à saúde da população em situação de rua, Gusmão *et al.* (2012) apontam que a situação de extrema pobreza anuncia diversos fatores de risco e demonstra que as principais causas de morte para essas pessoas são devido a acidentes provocados pelo uso abusivo de álcool e outras substâncias, desnutrição, tuberculose e outras doenças respiratórias, HIV/AIDS e este tipo de sobrevivência pode, inclusive, desencadear problemas mentais graves com o desenvolvimento de transtornos mentais.

A Política Nacional para Inclusão das Pessoas em Situação de Rua emerge a partir de movimentos populares de usuários e trabalhadores que constituíram encontros nacionais sobre essa população. Ao analisarmos os relatórios do I Encontro Nacional Sobre

População em Situação de Rua identificamos que a questão da saúde mental surge especialmente em dois aspectos: primeiramente ligado ao consumo abusivo de drogas, sobretudo o álcool; e em segunda oportunidade com relação a questão de gênero, demonstrando-se através de falas e dados que as mulheres possuem prevalência maior de transtornos mentais em relação aos homens (BRASIL, 2006).

O relatório aponta, ainda, estudos diversos na literatura mundial que demonstram a necessidade de se empreender ações efetivas em saúde mental garantindo acesso e tratamento, uma vez que há uma relação recíproca entre perdas diversas – de emprego, laços familiares, autoestima – e o uso abusivo de drogas, com destaque para o álcool (BRASIL, 2006). No relatório, é citado também um estudo de 1999 que foi um dos primeiros realizados em capitais brasileiras, apresentando uma incidência de 69,1% de uso diário de álcool entre as pessoas em situação de rua<sup>13</sup> (ABREU, 1999 *apud* BRASIL, 2006). Com relação a síndromes psicóticas o estudo apresentado apresenta o dado de incidência de 31,3% de síndromes psicóticas em mulheres e 13,8% em homens (ABREU, 1999 *apud* BRASIL, 2006). O estudo conclui, ainda, que é necessária uma priorização em caráter de urgência para ações e tratamento de saúde mental com essa população. Isso, segundo advogamos, preconiza um encontro necessário entre as políticas de saúde mental em sua dimensão de atendimento a essa população.

Já com relação especificamente à política nacional, em seu primeiro objetivo é preconizado o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009b), dentre os quais há a saúde mental. Ao passo que o décimo objetivo preconiza a criação de meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços (BRASIL, 2009b). Tais elementos apresentam uma interface a se explorar no cotidiano dos serviços no que diz respeito à implementação das políticas de saúde mental na dimensão da atenção às pessoas em situação de rua.

Outrossim, no Plano Estadual de Atenção a População em Situação de Rua (2019-2022) do estado do Ceará, disponibilizado para consulta pública em novembro de

---

<sup>13</sup>Os dados que construímos nesta pesquisa corroboram esses achados. Uma vez que, de acordo com o levantamento realizado, observamos que 62% das pessoas em situação de rua em Caucaia, conforme as fontes de registro analisadas, fazem uso cotidiano de substâncias, diariamente. Sendo que 69% da população faz uso cotidiano de álcool. Esses achados põem a pessoa em situação de rua que faz uso de álcool em um patamar de vulnerabilidade em relação ao restante da população, uma vez que a OMS estima que 43% da população mundial faz uso cotidiano de álcool (OMS, 2018) e Bastos et al. (2017 *apud* Garçon, 2019) apontam que 44,5% da população brasileira já fez uso de álcool pelo menos uma vez nos 12 meses antecedentes ao estudo. Verificar Gráfico 11 e Gráfico 12, nas páginas 158 e 159, respectivamente.



2018 antes de ser implementado e ainda recebendo observações públicas, encontramos como objetivo geral:

Contribuir para a ressignificação de projetos de vida por meio de alternativas de superação à situação vivenciada na rua à população que tem nela seu espaço de moradia e/ou sobrevivência, ampliando e articulando os serviços da rede já existente e incluindo esse segmento e sua família na rede de atendimento, visando a garantia de direitos e inclusão social (CEARÁ, 2018, p. 24).

E como objetivos específicos o seguinte:

Assessorar os municípios cearenses na elaboração, execução e monitoramento de projetos de atendimento à população em situação de rua;  
Contribuir para a realização de abordagens e acompanhamentos qualificados e humanizados de forma descentralizados nos municípios;  
Propor plano de atenção individual e familiar;  
Incidir no complexo de proteção, visando à construção de processos alternativos junto a população em situação de rua e suas famílias;  
Consolidar o atendimento na rede de proteção da região de origem de forma integral, transversal e com foco na família;  
Contribuir com a produção de conhecimento sobre a realidade da população em situação de rua e suas famílias, subsidiando a qualificação dos serviços (CEARÁ, 2018, p. 24).

Com relação especificamente à saúde mental, o plano estadual menciona uma única ação dentre as dez preconizadas no âmbito da garantia de acessibilidade para população em situação de rua em todos os níveis da política de saúde no âmbito do SUS.

Fortalecimento das ações de atenção a Saúde Mental das pessoas em situação de rua em especial aqueles com transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas, garantindo o acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (Geral e AD), serviço de desintoxicação, atendimento as crises em hospitais psiquiátricos e gerais, como também comunidades terapêuticas (CEARÁ, 2018, p. 32).

Com relação aos princípios e diretrizes, o plano apresenta a prevenção das situações de vulnerabilidade, a promoção da proteção social por meio da intersetorialidade, a participação da população em situação de rua no planejamento e avaliação e a autonomia (CEARÁ, 2018).

Da mesma maneira, o documento surge de esforços empreendidos tanto pelos movimentos sociais como por trabalhadores no sentido de instrumentalizar a gestão estadual para a implementação de uma política, a qual já havia sido instituída por meio do decreto estadual de nº 31.571, de 4 de setembro de 2014 (CEARÁ, 2014).

Neste sentido, realizando a interface entre as políticas em tela, vemos a necessidade de ações integradas e da urgência com relação a saúde mental nesse público, no âmbito da garantia do acesso a saúde, um elemento que tangencia todas as políticas apontando um norte de análise relevante em termos de texto.

Levando em consideração os transtornos mentais em si, há um ponto específico a ser considerado com relação às pessoas em situação de rua que convivem com esses transtornos, as quais não possuem referência familiar ou moradia, utilizando a rua como espaço de sociabilidade e estando desassistidos nesse sentido.

Dentre estes transtornos mentais destacam-se os transtornos mentais graves e persistentes (TMGP), os quais apresentam pelo menos três concepções, de acordo com Cavalcanti *et al.* (2009): 1 – Schinnar *et al.* (1990); 2 – Ruggeri *et al.* (2000); e 3 – a apresentada nas diretrizes para assistência em saúde mental na saúde suplementar (BRASIL, 2008a).

Cavalcanti *et al.* (2009) descrevem o estudo de Schinnar *et al.* (1990), que apresenta diferentes abordagens ao conceito através de sua evolução histórica, levando-se em consideração aspectos como: confirmação diagnóstica de psicose (não orgânica ou transtorno de personalidade); confirmação de incapacidades em diversas áreas da vida da pessoa como para o trabalho, prejuízo no funcionamento social e na realização de atividades cotidianas; e duração, avaliada através do histórico da doença e tratamentos anteriores, sendo que o critério de tempo para confirmação do diagnóstico geralmente era considerado de dois anos. Os autores apresentam, também, o estudo de Ruggeri *et al.* (2000) que buscam uma definição mais abrangente considerando a questão do tempo apontada nos critérios de Schinnar *et al.* (1990), mas excluindo a necessidade de diagnóstico em si.

Já a Agência Nacional de Saúde Suplementar apresenta a definição para considerar pessoas que apresentam aspectos diversos relacionados à duração dos problemas e sintomas, o grau de sofrimento emocional, o nível da incapacidade que interfere e prejudica as relações interpessoais e competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico (BRASIL, 2008a).

Esta última definição é a que tomamos neste estudo por não considerar somente o diagnóstico psiquiátrico de transtornos psicóticos e levando-se em consideração também o sofrimento emocional vivenciado pelo sujeito e a duração de seus sintomas.

Há, nos elementos apontados pelo texto das políticas, no que tange à saúde mental da população em situação de rua, uma primazia acerca da questão do uso de drogas. Contudo, encontramos pessoas com transtornos mentais também em situação de rua por

motivos diversos, as quais já passaram por internações em hospitais psiquiátricos e outras instituições (LIMA *et al.*, 2016; LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017a).

Neste sentido, convergindo o texto das políticas analisadas e avaliadas, podemos pensar em questões para dar conta do processo de cuidado a essas pessoas pensando alternativas à institucionalização nos questionando sobre qual o lugar institucional dessas pessoas.

Tomando por base a questão da produção do cuidado a pessoas com transtornos mentais (não necessariamente relacionados ao uso de drogas), Vasconcelos (2010) oferece um panorama das possibilidades de cuidado a estas pessoas em serviços de acolhimento institucional ou residenciais, inclusive como estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica aliada às dimensões da reforma psiquiátrica brasileira.

O autor chama atenção, ainda, ao fenômeno da transinstitucionalização, que diz respeito à transferência da clientela psiquiátrica, tradicionalmente tratada em manicômios em uma perspectiva asilar, para instituições com características parecidas e com modelos de cuidado semelhantes, tais como delegacias, asilos de idosos, casas de enfermagem, penitenciárias, dentre outros (VASCONCELOS, 2010).

A estratégia dos serviços descritos para o público com transtornos mentais graves e persistentes em situação de rua apresentados pelo autor traz alguns benefícios, quando bem pensados e executados, posto que se espera que esse processo de desinstitucionalização permite um processo de reapropriação das dimensões real e simbólica do corpo de maneira muito mais efetiva e processual. Esse aspecto se mostra fundamental, tendo em vista que, muitas vezes, essas dimensões pessoais foram muito empobrecidas pelo processo de rualização, pelo institucionalismo asilar, com os vínculos pessoais e familiares rompidos ou fragilizados ou até mesmo pessoas em que nem existem quaisquer vínculos sociais e afetivos e isto, como aponta

Tendo em vista não só as longas internações asilares, como também as atuais tendências econômicas e demográficas do aumento do desemprego, da exclusão social, de desagregação das estruturas familiares (...) e do número de pessoas desfiladas<sup>14</sup> (...) a ausência de uma moradia adequada constitui um fator altamente estressante e indutor de novas crises e re-internações psiquiátricas (...) a existência de moradia constitui a base fundamental dos processos de reinserção, de aumento das trocas e oportunidades sociais e do poder contratual dos clientes. Um bom exemplo disso é o de que qualquer trabalho fixo exige a apresentação de um endereço permanente (VASCONCELOS, 2010, p. 110-111).

---

<sup>14</sup> Vasconcelos (2010, p. 100) afirma que “de acordo com Castel (1998), a desfiliação significa o processo de perda simultânea dos vínculos de trabalho e dos laços relacionais, principalmente familiares e comunitários”.

O autor destaca, ainda, como a conjuntura de ajuste neoliberal e seu quadro social repercute no campo da saúde mental, posto que há:

1) **precarização geral do emprego** ocasionando em um medo geral do desemprego, da fome e da miséria, fazendo com que os postos de trabalho sejam cada vez mais precários com condições aviltantes, desarticulando a perspectiva de futuro e sobrevivência pelo trabalho, e desestimulando, sobretudo nos jovens, o investimento na formação. Esse aspecto agrava-se em nossa realidade através da reforma trabalhista empreendida por Michel Temer com a flexibilização do trabalho e a perda de inúmeras garantias e direitos conquistados através de intensos processos de lutas e o avanço dos retrocessos no governo Bolsonaro, usando a reforma da previdência como exemplo em uma conjuntura de aumento do desemprego;

2) **desarticulação comunitária** por meio do aumento forçado das exigências de sobrevivência, uma vez que o trabalho e o emprego não a garantem minimamente, havendo uma diminuição da disposição para atividades comunitárias através da desterritorialização e fragmentação dos laços de pertença e vizinhança provocados pelas constantes necessidades de mudança para ocupar cargos de trabalho e a necessidade de passar cada vez mais horas desenvolvendo as atividades laborais, muitas vezes informais, a fim de gerar renda suficiente para a garantia da sobrevivência, fazendo com que os indivíduos não disponham de tempo para estabelecer laços entre si. Esse aspecto converge ainda com a produção de subjetividade capitalista, que exerce um controle social, no sentido de cada vez mais individualizar as relações, tornando-as efêmeras e utilitaristas, sequestrando-nos o tempo e o direito ao ócio em uma vida voltada exclusivamente à luta pela sobrevivência, na qual o amor, a paixão e o afeto dão lugar à ocupação desenfreada em nome do consumo e da sobrevivência. Em resumo, sequestram-nos as possibilidades de vida;

3) **aumento da violência social**, em um processo no qual os espaços públicos são vivenciados como territórios de perigo em um cenário de extermínio dos pobres, restringindo a troca social à violência e à guerra com o aumento exponencial de quadros de ansiedade, fobia e depressão vinculados a situações de exposição à violência e ao sofrimento psíquico, onde a vida passa a orientar-se pelo medo, ódio e violência;

4) **arranjos disfuncionais das funções familiares** com fortes processos de individualização capitalística, com pessoas vivendo sozinhas, com famílias com dificuldades em acompanhar os processos de trabalho postos pelas novas formas de vida, com mulheres assumindo com cada vez mais frequência triplas jornadas de trabalho com remuneração

desigual a de homens em um sistema injusto e gerador de quadros de ansiedade, depressão e transtornos de personalidade, bem como chefes de família que, com o desemprego acabam por terem a vida tomada pelo uso abusivo de substâncias, sobretudo o álcool e o crack, e a conseqüente desagregação familiar, fato comum na população em situação de rua dos centros urbanos brasileiros, e observado com bastante frequência em nossa experiência com este público no município de Fortaleza e na pesquisa no município de Caucaia;

5) **precarização e sucateamento da assistência pública**, desmonte das políticas e desinteresse da gestão pública em seus diversos níveis, acarretando em um desmonte com graves, e, ainda, imensuráveis, conseqüências para a população, onde se destacam as condições de trabalho aviltantes dos servidores e contratados, a privatização e terceirização dos serviços de seguridade social, corte deliberado de recursos para a manutenção de políticas e programas sociais em detrimento do pagamento de juros da dívida pública e utilização para barganhas políticas nas três esferas do governo;

6) **aumento da exclusão e desfiliação social**, que atinge particularmente a população jovem, de crianças e adolescentes, e de idosos, associada, muitas vezes, a quadros de dependência química e uso abusivo de substâncias com o aumento contingencial da população em situação de rua, acompanhado do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, relacionados ou não ao uso dessas substâncias, e à desagregação familiar ocasionada por esse fenômeno;

7) e, por fim, uma cada vez mais presente **cultura de indiferença generalizada** associada ao individualismo como modo de convivência marginal com as mais frívolas sociabilidades, consumismo e simulacro de sonhos, em um processo completamente alheio à realidade pessoal, onde o aparato midiático, em seu controle social, assume relevante papel.

Todos estes aspectos apresentados originam um aumento da população em situação de rua e trazem as pessoas vulnerabilizadas, em que tinham como destino os manicômios e depósitos asilares de gente, à sutil *prisão das ruas*, onde a sua existência é tolerada a partir de regimes de invisibilidade social e discursiva, posto que se estabelece uma nova forma de

(...) exclusão social aberta, com novos e mais refinados mecanismos de poder disciplinar e de diferenciação dos espaços urbanos (por exemplo a construção de *bunkers* protegidos, tais como os shopping centers), são mais 'permissivas' em relação à circulação social dos 'degradados' nas ruas. Assim, os muros dos manicômios e instituições psiquiátricas convencionais (...) tendem a se tornar anacrônicos, sendo substituídos por essa rede mais complexa de mecanismos de exclusão social, espacial e subjetiva do louco e dos demais tipos de indivíduos segregados socialmente (VASCONCELOS, 2010, p. 104).

Este aspecto nos lembra as discussões de Foucault (2008) e Deleuze (2013) acerca dos mecanismos de controle e exclusão envolvidos na conformação societária e que reverberam nos processos de institucionalização e produção de subjetividade.

Neste mote, preconizamos a implementação de serviços de acolhimento institucional que confluam as diversas políticas públicas e sociais a fim de garantir a integralidade da atenção a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes se apresenta como bastante estratégica, de maneira a estabelecer um lócus de atuação que conflua território e instituição, desde que distante do caráter asilar e sim inserido no aspecto comunitário e territorial da atenção psicossocial, por meio da confluência da saúde mental e assistência social na materialização da proteção social.

Há de considerarmos, contudo, o desafio de cairmos no assistencialismo vivenciado nas políticas, dado o enorme retrocesso estabelecido a nível federal e seguido pelas secretarias municipais, uma vez que resta às prefeituras o ônus quase que completo de manter as políticas funcionando.

Vasconcelos (2010) aponta a necessidade de se estabelecer critérios para a seleção do público a ocupar esses serviços, tendo em vista as múltiplas facetas existentes, citando o estudo de Ramon (1996 *apud* Vasconcelos, 2010) diferenciando pelo menos três grupos de pessoas que convivem com transtornos mentais em situação de rua: 1 – pessoas com história de hospitalização que podem ou tornaram-se pessoas em situação de rua após a saída do hospital; 2 – pessoas geralmente jovens com quadros de grave dependência química, cujos transtornos mentais podem ter contribuído ou terem sido originados por conta de seu quadro social; 3 – pessoas cuja situação de crise social ou de longo processo de rualização tendem a aumentar a chance de serem acometidas por problemas psiquiátricos, até mesmo o desenvolvimento de transtornos mentais graves e persistentes.

Esse público, contudo, é heterogêneo, apresentando-se, inclusive, com idades diversas e ressaltamos os usuários que advém de internações psiquiátricas e acabam em situação de rua. Alguns usuários, a experiência nos mostra, tem sua inserção nos CAPS II relacionadas apenas às consultas psiquiátricas que, muitas vezes, não são sequer periódicas, ficando condicionadas à necessidade de renovação de receitas e dispensação de medicamentos (LIMA *et al.*, 2016b; LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017a).

Por fim, Vasconcelos (2010) apresenta algumas experiências e modelos que podem ser aplicados, tais como:

**Esquemas residenciais adaptados dentro do ambiente hospitalar**, que consiste em adaptação das alas e espaços hospitalares para suítes, apartamentos ou casas, em que os moradores detêm as chaves e são acompanhados intermitentemente por profissionais especializados, trazendo benefícios diversos, sobretudo ao público idoso. Alguns exemplos desse tipo de estratégia são lares em *Trieste* e *Arezzo*, cidades pioneiras na reforma psiquiátrica na Itália. Apontam-se algumas limitações e desafios para a realidade brasileira, tais como a cultura profissional e de formação ainda possuir uma forte característica asilar e tradicional, a cultura de gestão gerencialista e tradicional, dentre outras;

**Esquemas de recolocação em famílias**, em que famílias se comprometem em receber usuários oriundos de hospitais psiquiátricos, sendo acompanhadas por políticas e programas sociais, bem como assistência especializada em saúde mental. Uma experiência comum em algumas cidades da Bélgica e da França, mas que demonstram algumas limitações com pesquisas que demonstram a persistência do estigma na comunidade e reinternações sem acompanhamento formal, bem como o fato, de acordo com o autor, de a ajuda financeira fornecida ter mobilizado as famílias mais pobres da região a se interessarem pelo programa sem interesse específico no cuidado aos usuários;

Experiências de **casas coletivas**, as quais são gestadas na Europa e exigem grandes investimentos de recursos financeiros e humanos, especialização técnica, planejamento e trabalho minucioso de seleção dos residentes e profissionais, bem como a necessidade de se atentar para aspectos como a localização e territorialização do serviço, o número de residentes, a gestão da vida e a elaboração de projetos terapêuticos, a capacidade técnica de processos de supervisão profissional e garantia de autonomia dos usuários e o acesso facilitado à rede de atenção psicossocial com suporte e retaguarda. Essa experiência, de acordo com o autor, tem demonstrado bons resultados, sobretudo na prevenção de crises e necessidade de reinternações, bem como no acolhimento de pessoas idosas com longos períodos de internações asilares e com transtornos mentais graves. Refere, ainda, a observação de que o custo dessas instalações se mostra ligeiramente menores que o de instalações psiquiátricas convencionais;

**Serviços residenciais integrados**, em que se disponibilizam moradias em unidades residenciais com níveis avançados de autonomia e vida independente, ligados a um serviço com suporte de trabalhadores funcionando ininterruptamente 24h, com ambiente para atividades coletivas que podem, inclusive, abrigar usuários com maior dependência de cuidados e demência, bem como deficiências de vários tipos, integrando-os na rede de cuidado, ampliando o nível de contato dos residentes e aumentando a produtividade da

equipe, havendo experiências exitosas dessa modalidade em *Estocolmo*, na Suécia. Contudo, o autor aponta que essa modalidade pode estimular a segregação dependendo do modo que o trabalho é executado, bem como promover a transinstitucionalização quando não se encoraja a busca de estratégias para a reinserção social e a superação da situação de rua;

**Comunidades terapêuticas**, as quais afirma terem se originado na Europa e Estados Unidos para atender soldados como dispositivos especializados gerados dentro dos hospitais, tendo sofrido fortes críticas dos movimentos de reforma psiquiátrica por conta da tutela, custódia e periculosidade implícitas ao saber psiquiátrico que se realizava nessas instituições. Porém, o autor descreve experiências exitosas a partir da transformação dessas instituições, acoplando-os como uma unidade em centros de saúde mental, utilizando a experiência de *Turim*, na Itália, e de um serviço em *Glasgow*, na Escócia, onde se estabelece um período de estadia para que o usuário com transtorno mental grave se restabeleça e volte aos desdobramentos da vida em sociedade. Disserta, ainda, sobre a vantagem de instalações do tipo nas zonas de interior afastadas dos grandes centros urbanos que não dispõem de acesso facilitado a rede de atenção psicossocial. No caso do Brasil, essa modalidade surge travestida de outro sentido, arraigada na religiosidade e sem especialização do tratamento, posto que o cuidado é orientado por preceitos religiosos e da estratégia da abstinência, sobretudo no tratamento da dependência química, tendo sido constatadas diversas violações de direitos humanos, tais como trabalho análogo ao escravo e instalações sem a mínima dignidade humana, semelhante aos manicômios clássicos, mas que detém uma especificidade sutil de alinhar-se à cultura conservadora brasileira através da religiosidade, sobretudo protestante neopentecostal, a fim de obter lucro em mecanismos institucionais que lhe garantem financiamento, não havendo estudos ou evidências de sua eficácia e que a experiência com o público de pessoas em situação de rua com transtornos mentais nos mostra que a grande maioria dos egressos dessas instituições relatam abusos diversos, ineficácia dos tratamentos que, muitas vezes, não são realizados por profissionais especializados e voltam à situação de rua;

**Aluguéis e esquemas de moradia individuais no mercado de imóveis**, que pode ser por parte da concessão de benefícios eventuais, tais como o aluguel social ou inserção em programas de geração de renda a fim de que o usuário com transtorno mental possa pagar o aluguel do imóvel escolhido, mas que tem causado algumas dificuldades, como reclamações de vizinhos ou proprietários do imóvel, com relação a falta de cuidado adequado da moradia e não pagamento regular dos vencimentos, reclamações acerca de comportamentos indesejáveis dos usuários residentes por parte dos vizinhos, solidão e a



superindividualização promovida pela moradia nessas condições. Portanto, o autor conclui que para o funcionamento é necessário um suporte especializado de políticas e profissionais para o acompanhamento intensivo desses usuários.

Dessa maneira, tendo esses apontamentos em mente, os municípios precisam criar meios de operacionalizar essas questões e neste estudo pretendemos, a partir da análise dessas políticas, entender como profissionais e gestores que as executam operam isso no município de Caucaia.

Portanto, na seção seguinte nos debruçaremos sobre as dimensões do território e da experiência a fim de elaborar uma crítica e, por fim, avaliarmos as políticas em questão além de seus textos e contextos.

## 4 TERRITÓRIO & EXPERIÊNCIA

Para a elaboração desta seção embarcamos em uma incursão pelo território do município de Caucaia buscando informações por meio da história oral de habitantes da região em diversos locais do extenso território e cruzando com dados oficiais disponibilizados em documentos e sites governamentais, além de dados obtidos de fontes secundárias de registros de atendimento e produção de equipamentos inseridos nas políticas avaliadas.

Para tal, nos utilizamos da invenção de uma territorialização, cruzando as informações com inspirações etnográficas que consideram o corpo como o elemento de interface entre o pessoal e o cultural com dados e indicadores socioeconômicos de fontes de informação oficiais, bem como dados locais da Vigilância Socioassistencial do município.

### 4.1 Caucaia: mato queimado e seus meandros

Neste tópico apresentaremos nossas incursões pelos territórios do município buscando apreender os elementos culturais que podem nortear os subsídios para implementação das políticas. O que descrevemos foi elaborado a partir das nossas invenções acerca de territorialização, encontro e conversações, considerando o corpo como o elemento de interface entre o pessoal e o cultural. Cruzamos essas aventuras com inspirações antropológicas com elementos de caracterização sociodemográfica e socioeconômica a partir de dados locais que extraímos de fontes secundárias diversas.

De acordo com o Diagnóstico Socioterritorial do Sistema Único de Assistência Social do Município de Caucaia, da Secretaria de Desenvolvimento Social de Caucaia (SDS, 2016), o município é localizado na região metropolitana de Fortaleza e sua história remonta ao século XVII, reconhecendo-se sua fundação oficial como sendo em 15 de outubro de 1759, quando ascendeu à condição de Vila Nora Real de Soure, portanto tem atualmente 259 anos. Constituíam-se enquanto uma aldeia sob comando da missão jesuíta, os quais foram expulsos por ato administrativo do Marquês de Pombal em meados de 1755, os quais lhes expulsaram e ascenderam todas as aldeias a condições de vilas. O nome Soure remonta aos imigrantes da região de Açores, os quais foram enviados para colonizar a região. Contudo, o significado de Caucaia advém da língua indígena, e quer dizer *Mato Queimado*. Após o nome inicial de Vila Nova Real de Soure, da fundação da cidade pelo ato administrativo da coroa, o mesmo foi se encurtando para Vila de Soure até somente Soure. Apenas em 1943,

por meio de decreto legislativo, a cidade volta ao nome original da aldeia e passa a ser novamente chamada de Caucaia (SDS, 2016).

Atualmente, possui a estimativa de 363.982 mil habitantes e é a segunda cidade mais populosa do estado do Ceará e 71<sup>a</sup> do país, dentre os mais de 5 mil municípios que existem no Brasil (IBGE, 2018).

Durante nossa incursão pelo território, em que ensaiamos nossa inspiração etnográfica, observamos que alguns territórios relacionados às comunidades tradicionais apresentam relevante papel para os aspectos históricos e sociais do município. Neste trabalho, prezamos pela apreensão de narrativas e história oral em um movimento que chamamos de *territorialização*. Assim, alguns dos elementos aqui apresentados representam a *contação* de uma história.

Adentrando territórios indígenas e quilombolas no município, sobretudo na Aldeia do Trilho e na Comunidade dos Remanescentes Quilombolas do Quilombo dos Caetanos de Capuan, nos foi contado que Caucaia é o município que conta com a maior população indígena do estado do Ceará, com 15 aldeias da etnia Tapeba que compreende cerca de 9 mil indígenas aldeados e 3 mil indígenas não aldeados. Além disso, conta também com 5 aldeias da etnia Anacé, o que corresponde a cerca de 2 a 3 mil indígenas aldeados. Em Caucaia há também 9 comunidades quilombolas reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares, sendo cinco certificadas e quatro em processo de certificação (SILVA; ALVES, 2018). Contaram-nos sobre sua história. Capuan é um bairro que fica próximo à sede do município nas margens de uma antiga estrada que hoje é nomeada de Av. Letícia Marques Cavalcante e liga a Sede à BR 222. Na comunidade de remanescentes quilombolas, as mulheres quilombolas, que tomam a frente na autogestão da comunidade e são maioria, contaram que se questionavam o motivo de em uma margem de a estrada as pessoas serem negras retintas e do outro não. Relatam que durante intercâmbios e visitas foram colocadas em contato, por intermédio de um antropólogo, com a comunidade do quilombo dos Caetanos de Tururu, município no interior do estado. E ficaram sabendo, então, de sua ascendência, pois descobriram que um casal se deslocou do quilombo dos Caetanos em Tururu seguindo rumo a Fortaleza seguindo por essa estrada. Contaram que ao chegar em Soure (antiga Caucaia) havia uma grande cancela na entrada da cidade, que dava acesso à Sede, e que negros não podiam atravessar, permanecendo nas margens da estrada próximo a essa cancela.

O município de Caucaia possui 44km de extensão de litoral e tem 1.227,931 km<sup>2</sup> de extensão territorial (IBGE, 2018), sendo um dos maiores municípios do estado nesse

sentido. Detém o segundo maior fluxo turístico do estado do Ceará com cerca de 300 mil turistas por ano e possui duas Áreas de Proteção Ambiental (APA), na região do Lagamar do Cauípe e na Floresta Tapeba. Além da sede com características próprias urbanas, há o sertão, a região da praia no litoral e algumas serras, tais como a Serra do Juá, a Serra da Conceição, a Serra da Santa Rosa e a Serra da Tucunduba. Sendo assim, os habitantes costumam referir-se a isto quando falam da cidade, afirmando que “Caucaia é cidade, serra, praia e sertão”.

O município é dividido em oito distritos, os quais são: Sede, Catuana, Sítios Novos, Bom Princípio, Tucunduba, Guararu, Mirambé e Jurema, conforme mapa oficial da então Secretaria de Desenvolvimento Econômico (SDE), elaborado em 2007 com dados do IBGE de 2005, na gestão da prefeita Inês Arruda (MDB). Conforme podemos observar seguir.

Figura 3 – Distritos de Caucaia

DISTRITO	ÁREA ( km <sup>2</sup> )	POPULAÇÃO (2005)			Dens.Dem. (hab./km <sup>2</sup> )
		Urbana	Rural	Total	
SEDE	271,88	133.879	11.861	145.740	536,04
CATUANA	222,63	2.128	6.661	8.789	39,47
SÍTIOS NOVOS	202,58	4.615	1.572	6.187	30,54
BOM PRINCÍPIO	196,30	1.648	1.972	3.620	18,44
TUCUNDUBA	151,30	151	3.226	3.377	22,31
GUARARU	85,47	2.217	3.069	5.286	61,84
MIRAMBÉ	45,12	2.745	3.219	5.964	132,18
JUREMA	15,02	153.058	—	153.058	10.190,27
MUN.DE CAUCAIA	1.190,30	300.441	31.580	332.021	278,93

Fonte: SDE, 2007.

Contudo, no âmbito da divisão estratégica para políticas, consideram-se seis distritos: Distrito I – Sede; Distrito II – Praia; Distrito III – Zona rural BR 222; Distrito IV – Zona rural BR 020; Distrito V – Grande Jurema; Distrito VI – Tabapuá. Observando os dados da SDE, já percebemos uma grande densidade demográfica na região da Jurema, a qual corresponde a somente 15,02 km<sup>2</sup> e possui maior densidade demográfica comportando metade da população do município.





Percorremos todos os distritos do município através de ações vinculadas a nossa experiência profissional<sup>15</sup>, no sentido de territorialização para formulação de planejamento estratégico de atuação e para a pesquisa de mestrado, utilizando diário de campo durante as imersões no território, que correspondem ao período de março de 2018 a março de 2019.

A partir dessas incursões no território, alguns elementos são enunciados, sobretudo acerca da relação dos habitantes com a cidade. As regiões urbanas, concentradas na Sede, na Grande Jurema, na região do Tabapuá e no bairro MetrÓpole, possuem história muito recente, de meados da década de 1990. Ao adentrarmos, por exemplo, o território do Araturi<sup>16</sup>, na Grande Jurema, facilmente encontramos lideranças comunitárias e habitantes históricos do bairro que participaram de sua construção pouco tempo atrás, pautando, através de mobilização comunitária, a construção de estradas e pontes no bairro e uma estação de trem antes da estação localizada na sede.

Nossa experiência de territorialização aponta que, nessas regiões, com exceção da sede, é curioso notar que dificilmente se encontram pessoas nascidas em Caucaia com mais de 50 anos de idade vivendo por lá. Vindo de outras cidades, a maioria da capital Fortaleza, tendo escolhido viver ali por ser próximo à capital e ser mais barato. Assim, vivendo um pouco mais próximo do trabalho no capital. Já nas zonas rurais a grande parte das pessoas são nascidas e criadas em Caucaia. Mas um fato as une: em ambas as regiões não há um reconhecimento pleno de Caucaia como um município. Em ambas, as pessoas referem-se a Caucaia como circunscrita à Sede e falam do local onde moram enquanto seus distritos. No período de nossa territorialização, foi comum ouvirmos as pessoas afirmarem que residem na Jurema, no Sítios Novos, na Catuana, no Bom Princípio, na Taquara, no Icaraí, no Tabapuá, no MetrÓpole, etc., e não afirmarem “moro em Caucaia”, pois se referem a Caucaia como o espaço da Sede, afirmando “É lá na Caucaia”, se referindo ao Centro da cidade como outro espaço que não faz parte de um município só.

Isso parece demonstrar um aspecto histórico da construção de identidade municipal, onde encontramos povos originários como habitantes históricos da região e não

---

<sup>15</sup> Uma de nossas atuações dizia respeito a atividades de vigilância epidemiológica de campo, a qual possibilitou o contato imersivo em diversas partes do território municipal. O que somado à experiência da pesquisa proporcionou fértil incursão nos territórios de pesquisa, possibilitando contatos estratégicos com interlocutores diversos.

<sup>16</sup> Na sede do Centro Comunitário de Defesa Social (CCDS) uma liderança comunitária mantém um extenso arquivo sobre a história do bairro Araturi e sobre o município de Caucaia. Nesse arquivo constam documentos diversos, como relatórios, reportagens em jornais, DVDs, etc. Participamos, ainda, de um momento em que a liderança comunitária nos apresentou toda a história do bairro e do município, em sua perspectiva de atuação política.

reconhecemos tão facilmente o que poderíamos chamar de aristocratas interessados em construir uma identidade cultural e política aceita na história oficial da cidade. Ora, sabemos, através da opção descolonial, que na escrita da história oficial a versão narrada e oficializada pelo saber tradicional não é a dos povos originários (MIGNOLO, 2008). Por conseguinte, há uma noção de como se Caucaia fosse “atrasada” e “sem história”, o que é recorrente no relato dos munícipes com os quais fizemos contato. Seus habitantes mencionam algumas famílias, tais como Góis e Arruda, as quais estiveram recentemente nos cargos de prefeitura do governo municipal e ainda se encontram em cargos no poder legislativo. Porém, não há menção ou legados relacionados a sociedades organizadas de elites locais que de alguma maneira escreveriam a história oficial.

Um elemento chave de análise e que deve ser considerado ao se pensar aspectos de territorialização e desenvolvimento de políticas no município, é que em Caucaia percebemos fortemente a presença dos povos originários como habitantes primordiais do município. É muito comum nos depararmos com quilombolas e indígenas nos locais de grande concentração de pessoas na cidade. E, além dessas pessoas, habitantes que vem de outras cidades, havendo muitos de Fortaleza, os quais se concentram nas áreas urbanas, que possuem grande densidade demográfica, em especial a área da Grande Jurema, como visto nos parágrafos anteriores. Há um misto de características de sertão e interioranas nas áreas urbanas e os bairros nas zonas periurbanas passaram recentemente por processos de urbanização, tais como calçamento e asfalto, por exemplo, havendo uma presença muito forte ainda de sítios e terrenos familiares. No bairro Araturi, por exemplo, inserido na zona urbana da cidade, não é tão raro encontrarmos casas de taipa como nas sertanias. Inclusive, durante nossas incursões pelo bairro encontramos algumas.

Um elemento que demarca essa nossa experiência de territorialização é o estigma observado com relação à discriminação com indígenas observado e vivenciado. Por se tratar de uma cidade indígena e quilombola vizinha à capital cearense, uma metrópole, Caucaia acaba por ter o estigma do racismo advindo do colonialismo que incutiu na sociabilidade de seus habitantes. Ao adentrarmos Fortaleza, este elemento surge através das piadas e apelidos que são incutidos no corpo das pessoas que se referem a Caucaia como local de origem e até mesmo moradia (apesar de que, como observado, as pessoas geralmente não referem que moram em Caucaia e sim nos bairros). Logo se é apelidado de “Caucaia” ou “Tapeba” e se escutam piadas jocosas acerca de indígenas e seus modos de vida, referindo-se a Caucaia. Tal fato não ocorre, em Fortaleza, com as pessoas que vem dos outros municípios vizinhos da região metropolitana, tais como Maracanaú, Horizonte,

Maranguape e Aquiraz. Os caucaienses acabam por manifestar certa vergonha em se referir como tal, o que é percebido em adolescentes, por exemplo, os quais, muitos, inclusive, perpetuam esses discursos jocosos. De fato, ao se caminhar por Caucaia, é notório as diversas matizes da tez afro indígena presente nos corpos que caminham. Ao adentrarmos as comunidades quilombolas percebemos negros retintos em maior número e estabelecendo relações com a ancestralidade e a negritude, sobretudo operando elementos da cultura em seu cotidiano. Ao adentrarmos as aldeias também percebemos a relação dos indígenas com seus modos de vida e a heterogeneidade com relação às aldeias da mesma etnia, mas distantes, espalhadas pelo território. Essa distância denota o processo de ocupação das terras indígenas em Caucaia, uma vez que as aldeias Tapeba, por exemplo, não se concentram em uma só região, regiões essas que apresentam características peculiares.

Fazendo uma incursão nas praças, mercados, transporte coletivo, comércio, ruas... é que percebemos a grande questão cultural e racial que sucinta Caucaia. Pois, ao passo que nos quilombos e nas aldeias a relação com suas origens é estabelecida de maneira harmoniosa, nos espaços urbanos não, apesar de estarem lá. No mercado, encontramos facilmente quilombolas de diversas regiões vendendo frutas e legumes cultivadas em suas comunidades, distantes, às vezes, cerca de 40km da sede. As quais, ao questionarmos sobre os produtos, prontamente declaram que são cultivados em suas comunidades, além de declararem a origem quilombola e facilmente convidarem para lhes visitarmos para conhecer suas comunidades nas serras. A última ocorrência dessa aconteceu quando acompanhávamos um grupo de profissionais residentes da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP CE), recém-chegados no município, em seu primeiro dia do processo de territorialização. Caminhando pelo mercado municipal uma mulher chamou a atenção de uma das profissionais residentes, a qual iniciou uma conversa sobre a vida dessa mulher no mercado. Juntaram-se a ela outros dois profissionais e permaneci lhes observando em seu primeiro contato com caucaienses. A mulher estava vestida com uma blusa com escritos referentes a comunidades quilombolas e me reconheceu, afirmando já ter me visto em alguns momentos na associação quilombola no Capuan, ao passo que também a reconheci. Ela não hesitou em convidar a todos para lhe visitar em sua comunidade na Serra da Conceição em um fim de semana, trocando contatos.

Ao mesmo tempo, percebemos que o mato queimando e seus meandros anunciam relações pertinentes a serem consideradas, tais como o fato de a cidade ter 259 anos de história oficial e a política cultural do município, atualmente, não apresentar um grande desenvolvimento, mesmo com tanto potencial apresentado, sobretudo pelos aspectos



vivenciados nesse processo de territorialização. Na atual política cultural, o equipamento formal de maior destaque que encontramos enquanto equipamento cultural do município é uma biblioteca situada na Sede que é administrada informalmente, não necessariamente ligada à política cultural do município através da Secretaria de Cultura. Essa secretaria, aliás, aglomera as pastas de Turismo e Cultura e se chama Secretaria Municipal de Turismo e Cultura (SETUR), sendo gerida atualmente por Paulo Guerra, conhecido político do município. No site oficial da secretaria municipal as únicas informações acerca do órgão informam o telefone, e-mail, endereço e um link com o perfil do secretário, com a seguinte descrição, sem absolutamente nenhuma menção à cultura:

Paulo de Tarso Magalhães Guerra

Nasceu em 10 de dezembro de 1946, em Caucaia, e foi vice-prefeito do município por oito anos. Comanda hoje a Secretaria Municipal de Turismo e Cultura (Setur). É casado e pai de três filhos.

Aprovado no concurso para a Escola Preparatória de Cadetes do Ar, em Barbacena, Minas Gerais, Paulo Guerra começou, aos 15 anos, carreira na Força Aérea Brasileira. Permaneceu no serviço ativo da FAB por 30 anos até aposentar-se no posto de Coronel Aviador, com todas as promoções no oficialato por merecimento.

Cursou a formação de Oficiais Aviadores na Escola de Aeronáutica do Rio de Janeiro e Administração de Empresas na Sociedade Guarulhense de Educação (Soge), em São Paulo. Tem mestrado em Engenharia de Infraestrutura pela Universidade Central do Missouri (EUA) e em Gerência de Sistemas Aeronáuticos pela Universidade do Sudeste da Califórnia (USC), em Los Angeles (EUA). Também fez curso de Motores à Reação pelo Instituto Tecnológico de Aeronáutica (Força Aérea Americana/Illinois/USA).

Paulo também concluiu cursos profissionais na área militar, como o curso de Comando e Estado Maior, o Superior de Comando da Aeronáutica e o de Instrutor, todos pela Universidade da Força Aérea no Rio de Janeiro, além do curso de Formação de Instrutor Acadêmico/EAOAR, em São Paulo.

Ocupou diversos cargos de comando na carreira militar e cargos de direção na iniciativa privada, tendo presidido uma empresa multinacional da área de Engenharia de Pavimentos e duas empresas nacionais da mesma área técnica.

Foi diretor do Curso de Formação de Instrutores Acadêmicos da Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais da Aeronáutica, em São Paulo. Ministrou palestras e conferências no Brasil e no exterior, incluindo Inglaterra, Suíça, Argentina, Venezuela, Panamá, Chile e Estados Unidos, nas áreas de sua formação militar, formação em infraestrutura e na área de ensino superior.

Ocupa a Cadeira 40 da Academia de Letras e Artes de Caucaia (Alac). Recebeu inúmeras condecorações nas esferas militar e civil, incluindo a Medalha do Mérito Aeronáutico, a mais alta distinção da Força Aérea Brasileira.

Em outubro de 2013, Paulo Guerra recebeu a mais alta condecoração concedida pela University of Central Missouri UCM (onde concluiu o mestrado): o título de “Professional Internacional Destaque”, concorrendo com estudantes formados e oriundos de 59 países daquela instituição civil de ensino superior (CAUCAIA, 2019, s.p.).

Como o objetivo da pesquisa não se centrava diretamente na política cultural do município, não aprofundamos nossa etnografia nem buscamos mais informações

institucionais e formais com a secretaria. Contudo, ao questionar o prefeito durante um encontro no qual conversamos, ele referiu-se a um projeto de qualificar o grêmio, a fim de que lá se possa sediar eventos culturais.

Fazendo nossa incursão pelo território, os caucaienses afirmam que esse equipamento, o Grêmio de Caucaia, é localizado também na Sede e foi construído por um conjunto de famílias que se identificavam como “elites locais para sediar eventos da sociedade”, tais como bailes e festas em geral. Contudo, para adentrar os eventos do grêmio bastava chegar vestido a caráter, com trajes formais. Não necessariamente se precisava fazer parte de uma elite local. O equipamento não apresenta nenhum *glamour* e não tem uma administração também formal. Contudo, não se encontram equipamento como teatros ou cinemas públicos, prédios culturais que estabeleçam a construção da política cultural do município contribuindo para a ideia de uma identidade municipal. A arquitetura de algumas casas na Sede remonta a períodos antigos e o prédio que talvez mais represente um símbolo para o município seja a Igreja Matriz.

Adentrei o prédio da igreja em abril de 2018 durante a tarde de um dia da semana em que não havia atividade sendo realizada. Lá, um padre contou a história institucional da igreja em Caucaia. Dentro do seu salão há castiçais com nomes. Ao ser questionado, o padre afirmou que cada nome daquele correspondia a uma das famílias tradicionais de Caucaia, as quais doaram recursos ou materiais para a construção da igreja. Enquanto narrava questões institucionais ou do prédio em si, o padre explicava sobre os rituais e elementos do culto católico e de cada monumento presente na igreja, tais como os elementos do altar. Fui conduzido até a torre do sino sob a justificativa de que de lá se haveria a melhor vista de Caucaia, pois era possível visualizar o município inteiro, uma vez que nem o shopping que foi construído ali ao lado, no Centro, que possui um grande terraço ao ar livre anexo à praça de alimentação, fornecia vista semelhante, pois ainda era menor que a torre do sino.

Nunca havia acessado uma torre de sino antes em minha vida e enquanto subia e estava lá me recordei do documentário transmídia *O Som dos Sinos*<sup>17</sup>, de Márcia Mansur e Marina Thomé, que percorre Minas Gerais etnografando o toque de sinos na marcação de vida dos moradores de cidades históricas. Os sinos são operados pelos sineiros em uma manifestação cultural que demarca acontecimentos da ação social das cidades, circunscrevendo elementos culturais da vida cotidiana, tais como a morte, o parto e os

---

<sup>17</sup> Links para acesso às diversas plataformas transmídia podem ser encontrados no seguinte endereço: <http://sombossinos.com.br/>

cultos. O documentário oferece um material multiplataforma que fornece a possibilidade de se debruçar sobre a experiência religiosa que acessa o universo simbólico da fé e da cidade.

O padre apressava o tempo afirmando que logo o sino ia tocar e, segundo ele, seria perigoso permanecer na torre.

Lá do alto, de fato, dava para se ver o município inteiro. A seguir demonstramos algumas fotografias que retratam a visão dos quatro cantos da cidade, a partir da torre, bem como fotografias de elementos da igreja.

Figura 5 – Fotografia da visão da torre da igreja com a zona rural BR 222



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 6 – Fotografia da visão da torre da igreja para a zona rural BR 020



Fonte: elaborado pelo autor.



Figura 7 – Fotografia da visão da Praça da Igreja Matriz e Centro de Caucaia



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 8 – Fotografia de sino da torre da Igreja



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 9 – Fotografia do teto e das colunas da igreja, onde se encontram castiçais representando cada uma das famílias tradicionais de Caucaia



Fonte: elaborado pelo autor.

As comunidades quilombolas e indígenas, em especial os remanescentes do quilombo dos Caetanos de Capuan, parecem ser talvez as comunidades no município que de fato operam a cultura e fomentam o trabalho em torno da construção de uma identidade. Na comunidade dos remanescentes quilombolas do Capuan, há equipamentos e políticas culturais fazendo uso de atividades diversas, como a leitura e literatura, e usufruindo de políticas como os Pontos de Cultura.

Na ocasião de nosso primeiro encontro na associação do Capuan, as mulheres quilombolas montaram uma instalação representando sua relação com a leitura, literatura, música e manifestações culturais diversas.



Figura 10 – Fotografia de Instalação na Associação dos Remanescentes Quilombolas do Quilombo dos Caetanos de Capuan, em abril de 2018



Fonte: elaborado pelo autor.

Empreendemos essa incursão na tentativa de engendrar um esforço avaliativo que diga respeito a aspectos culturais e históricos que conformam um território que abriga políticas públicas diversas, as quais podem ser direcionadas – no caso de nosso estudo, políticas de saúde mental no âmbito da população em situação de rua. Essas comunidades não se relacionam diretamente com o objeto de estudo a priori. Contudo, fornecem elementos empíricos para se compreender o processo de Caucaia enquanto município e políticas públicas que se desenvolvem em seu território institucional. Com isso, buscamos um esforço de alargar o campo avaliativo nos utilizando de uma inspiração antropológica (GUSSI; OLIVEIRA, 2016). Tais aspectos culturais, bem como a noção do corpo como instrumento que realiza a interface entre o pessoal e o cultural na autoetnografia (SANTOS, 2017) e a experiência de se engendrar um devir de pesquisador in-mundo (GOMES; MERHY, 2014), apresentam relevantes elementos para se pensar o processo histórico e social de Caucaia, auxiliando em uma melhor compreensão do diagnóstico socioterritorial que fornece subsídio para a implementação de uma rede socioassistencial e de atenção psicossocial que são acessadas e se prestam a acessar as pessoas em situação de rua no município.

Afinal, é curioso notar que um município na região metropolitana de uma das maiores metrópoles do país, com 259 anos de história oficial, possua características de uma identidade municipal fragmentada, bem como um aspecto recorrente de negligência de políticas públicas, conforme uma interlocutora apresenta, afirmando que “faz mais de 20 anos que trabalho aqui e as políticas públicas como um todo sofrem uma negligência, sempre foi precário e continua sendo” (G1).

Tendo em mente os elementos históricos apreendidos com as quilombolas em nossa territorialização, podemos cruzar este aspecto com o que Silva e Alves (2018) argumentam acerca da relação entre as políticas públicas, o racismo estrutural e a falácia da igualdade racial, elementos que parecem tangenciar o desenvolvimento e implementação das políticas de Caucaia, uma vez que estes elementos “distorcem a compreensão das demandas emergentes da população quilombola, revelando uma perspectiva eurocêntrica” (SILVA; ALVES, 2018, p. 51), o que pode se processar abertamente ou de maneira velada nos meandros da gestão pública ao se implementar políticas. As autoras analisaram as escolas localizadas dentro das comunidades quilombolas sob a ótica da pretagogia e perceberam que a educação empreendida nessas instituições não se dava pela via antirracista (SILVA; ALVES, 2018), o que consideramos uma inflexão da política educacional empreendida no município.

Ora, como nossa territorialização, encontro e conversações demonstram, Caucaia se funda a partir do povo quilombola e isso demarca um elemento relevante para compreender seu processo histórico e cultural, alargando o campo de avaliação (GUSSI; OLIVEIRA, 2016) e fornecendo subsídios para avaliação e análise das políticas no município, engendrando as dimensões de território e experiência para fundir o texto com o contexto das políticas (LEJANO, 2012).

Ainda sobre essa relação entre a perspectiva eurocêntrica e o racismo estrutural na conformação das políticas, de acordo com as autoras, citando Silva (2013), que

(...) essa visão eurocêntrica colonizadora de desenvolvimento, a maior parte dos gestores, ao virar as costas para a África brasileira ou para o Brasil e africano, também viram as costas para os brasileiros descendentes de africanos, do mesmo modo que vira as costas para às populações indígenas de cujas terras se apropriam e para as populações pobres, que vivem do seu próprio trabalho (SILVA, 2013, p. 222, *apud* SILVA; ALVES, 2018, p. 51).

Esse apontamento das autoras se mostra relevante para o nosso estudo, uma vez que o Diagnóstico Socioterritorial do município empreendido pela SDS aponta que 76,6%

da população em situação de extrema pobreza se classifica como negra, sendo que destes 6% se declaram pretos e 70,6% pardos, além de 2,2% declarados indígenas (SDS, 2016). Isso tem que ser levado em consideração. Advogamos a necessidade de se empreender análises culturais acerca das relações raciais no município a fim de se fundamentar o desenvolvimento social e de políticas públicas em Caucaia.

Outro ponto que demarca essa questão é nossa experiência em que nas incursões do processo de territorialização, ouvimos bastante que “nunca vi Caucaia andar pra frente, parece que só anda pra trás (...) as coisas todas quando começam a fazer só tem começo e mesmo assim parece que tudo começou a começar”.

Sobre este aspecto, ao nos debruçarmos sobre o Plano Diretor Municipal a fim de verificarmos as diretrizes de desenvolvimento e planejamento do município, notamos que o documento é de 2001 (CAUCAIA, 2001) e ainda não havia sido atualizado nenhuma vez sequer.

Considerando o art. 182 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a Lei Federal nº 10.257, de 10 de julho de 2001, que regulamenta os artigos 182 e 183 da Constituição Federal, no artigo 40, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências considera-se que:

Art. 40. O plano diretor, aprovado por lei municipal, é o instrumento básico da política de desenvolvimento e expansão urbana.

§ 1º O plano diretor é parte integrante do processo de planejamento municipal, devendo o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual incorporar as diretrizes e as prioridades nele contidas.

§ 2º O plano diretor deverá englobar o território do Município como um todo.

§ 3º A lei que instituir o plano diretor deverá ser revista, pelo menos, a cada dez anos (BRASIL, 2001b, s.p.).

Isso demonstra, em uma primeira análise, mesmo que apressada, que a cidade passa por problemas a nível de gestão participativa e de planejamento urbano, uma vez que o instrumento elementar de planejamento urbano se encontrava desatualizado e com versão ainda de 2001 e o município vinha, então, sendo gestado sem princípios de planejamento conforme o que se preconiza no seio das legislações federais (BRASIL, 1988; 2001b).

Desta maneira, elencamos alguns dados oficiais e indicadores socioeconômicos e de saúde para aliarmos a essas questões e nos esforçarmos a traçar uma análise a fim de compreender a nossa tentativa de avaliação.

De acordo com o IBGE (2016), o salário médio mensal dos trabalhadores formais no município é de 2,1 salários mínimos, representando a 5ª maior média do estado e



1368<sup>a</sup> do país, possuindo 10,3% de sua população ocupada, o que representa a 43<sup>a</sup> posição a nível estadual e 3114<sup>a</sup> a nível federal. Acerca do rendimento familiar per capita de até ½ salário mínimo, 43,6% da população de Caucaia possui esse rendimento, quase metade da população. O município dispõe do 3º maior PIB “bruto” do estado, mas ao se estratificar para o PIB per capita, Caucaia ocupa a posição de 14<sup>a</sup> e 2902<sup>a</sup> do país. Ainda de acordo com a fonte analisada, são apresentados a taxa de mortalidade infantil de 10,25 óbitos por mil nascidos vivos, representando a 125<sup>a</sup> melhor taxa do estado e 3187<sup>a</sup> melhor do país e as internações por diarreia que correspondem a 1,6 internações por mil habitantes, o que significa a 59<sup>a</sup> melhor do estado e 1802<sup>a</sup> do país.

A seguir, apresentamos o Quadro 2 com esses dados para melhor visualização, o qual foi elaborado a partir de dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Quadro 2 – Indicadores socioeconômicos do município de Caucaia em relação a demais municípios do estado do Ceará e do Brasil.

	<b>Caucaia</b>	<b>Em relação ao estado do Ceará</b>	<b>Em relação ao Brasil</b>
<b>População estimada</b>	363.942 habitantes	2º	71º
<b>Salário médio mensal dos trabalhadores formais</b>	2,1 salários mínimos	5º	1368º
<b>População ocupada</b>	10,3%	43º	3114º
<b>PIB per capita</b>	R\$ 15.117,12	14º	2902º
<b>Mortalidade infantil</b>	10,42	125º	3187º
<b>Internações por diarreia</b>	1,6 / mil habitantes	59º	1802º

Fonte: IBGE, 2016; 2018.

Os dados extraídos do IBGE demonstram uma discrepância entre o desenvolvimento social de Caucaia e o restante do estado e do país, considerando os indicadores apresentados. Cruzando essas informações com dados apresentados no Diagnóstico Socioterritorial do SUAS de Caucaia, destacamos um elemento trazido pelo documento referente à extrema pobreza e vulnerabilidade social do município, apresentando a Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - População em extrema pobreza no município de Caucaia, por faixa etária.

<b>Idade</b>	<b>Quantidade</b>
0 a 4	2.516
6 a 14	6.856
15 a 17	2.055
18 a 39	8.641
40 a 59	4.555
65 ou mais	1.070
<b>Total</b>	<b>26.877</b>

Fonte: SDS, 2016.

O estudo aponta, ainda, que 8,3% da população municipal vivia em situação de extrema pobreza e desse total 16,5% viviam no meio rural 83,5% no meio urbano e que mulheres representam 49,5% desse total e homens, 50,5%, por conseguinte (SDS, 2016).

Com relação ao IDH municipal, Caucaia apresenta uma evolução de 1990 a 2010, o qual não acompanha igualmente o progresso estadual e nacional em algumas áreas, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – IDHM Caucaia, Ceará e Brasil – 1991, 2000 e 2010.

<b>Indicador</b>	<b>Brasil</b>	<b>Ceará</b>	<b>Caucaia</b>
<b>IDHM 1991</b>	<b>0,493</b>	<b>0,405</b>	<b>0,411</b>
IDHM Educação	0,279	0,204	0,217
IDHM Longevidade	0,662	0,613	0,632
IDHM Renda	0,647	0,532	0,507
<b>IDHM 2000</b>	<b>0,612</b>	<b>0,588</b>	<b>0,555</b>
IDHM Educação	0,456	0,377	0,400
IDHM Longevidade	0,727	0,713	0,764
IDHM Renda	0,692	0,588	0,560
<b>IDHM 2010</b>	<b>0,727</b>	<b>0,682</b>	<b>0,682</b>
IDHM Educação	0,637	0,615	0,632
IDHM Longevidade	0,816	0,793	0,808
IDHM Renda	0,739	0,651	0,620

Fonte: PNUD; IPEA; FJP, 2013.

A Tabela 2 foi confeccionada a partir de dados do Atlas do Desenvolvimento Humano, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), elaborado com a colaboração do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP).

Observando os dados, nos questionamos como um município de tamanha grandeza, economia e história possui um aspecto tão fragilizado acerca de políticas públicas e desenvolvimento social e econômico. Vemos que há uma concentração de renda e uma taxa muito baixa de população ocupada. A evolução do IDH de renda, por exemplo, é pouca desde 1991 e quase metade da população vive com renda per capita familiar de até ½ salário mínimo. Ao adotarmos como parâmetros os outros municípios do estado do Ceará e do Brasil fica evidente a discrepância, uma vez que é a segunda maior população do estado e 71<sup>a</sup> do país e com relação aos outros índices há uma diferença muito grande nos parâmetros, demonstrando que o município não acompanha o restante do país, uma vez que o IDH municipal sempre esteve abaixo da média nacional. Há uma discrepância com relação ao desenvolvimento social e econômico, reverberando na implementação de políticas que acompanhem a demanda inerente ao crescimento populacional e econômico, o que se demonstra também na taxa de mortalidade infantil e de internações por diarreia no município.

#### **4.2 Caucaia e (umas) redes, territorialização: *mapa falante*, encontro, conversações...**

Tendo em mente os aspectos culturais e históricos apreendidos em incursões no território, advindos de nossa territorialização, junto a alguns indicadores socioeconômicos, passamos a uma caracterização sociodemográfica das pessoas em situação de rua no município. Os gráficos foram produzidos a partir da manipulação de dados extraídos de fontes secundárias cruzando-se com variáveis correspondentes de relatórios de gestão, prontuários de atendimento dos últimos três meses de confecção dessa etapa do estudo (dezembro/2018, janeiro/2019 e fevereiro/2019) e diagnóstico social empreendido pela equipe do Centro Pop acerca da população em situação do município de Caucaia.

Apresentamos, então, dois elementos a fim de buscar uma representação dessa rede de serviços: um *mapa falante* e uma matriz diagnóstica da RAPS do município.

A construção de um *mapa falante*, elaborado a partir da conversação com uma das interlocutoras do estudo, que atua enquanto gestora, acerca do atendimento às pessoas em situação de rua se apresenta a seguir e é inspirado na metodologia de Lopes (2018),

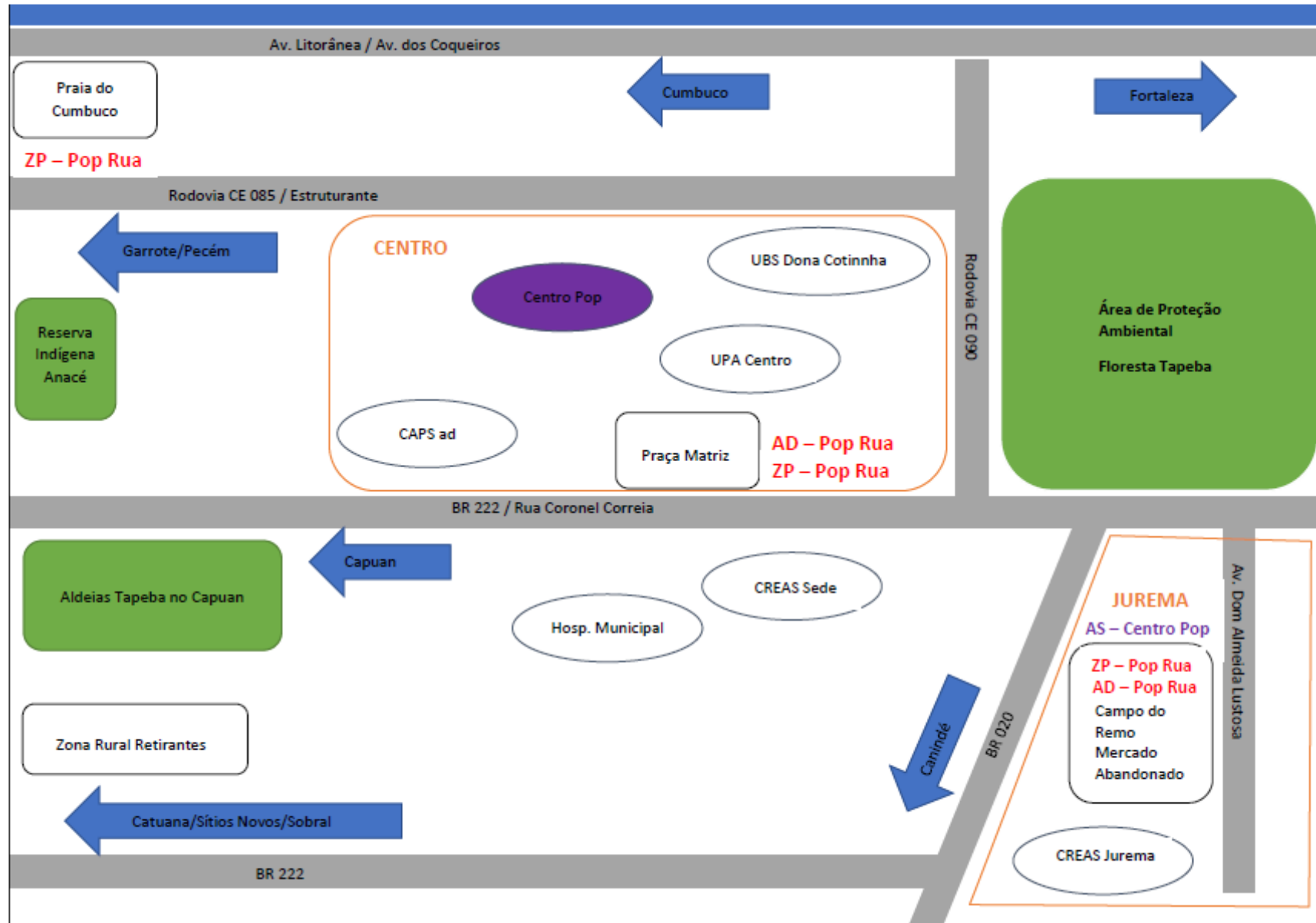
constituindo-se como uma pretensa ferramenta inventiva que fornece subsídios e elementos tanto para a organização do processo de trabalho como para pesquisa nos moldes a que nos propomos. Diz respeito a um diálogo vivencial com um interlocutor que opere essa rede, buscando apreender elementos a partir de um roteiro com perguntas abertas, em que há uma conversa a respeito de determinado assunto. No nosso caso, aplicamos esse questionário de perguntas norteadoras em uma conversa com a interlocutora no mês de dezembro de 2018, em uma entrevista gravada que durou cerca de 60 minutos. Apresentamos algumas das questões norteadoras que discutimos no encontro, em nossa conversação:

- ✓ Qual é a abrangência do território?
- ✓ Qual é o perfil da população que habita esse território? E o perfil específico da população em situação de rua?
- ✓ Quais as principais questões de saúde que a população apresenta como desafio de cuidados?
- ✓ Quais serviços de saúde e assistência social estão disponíveis nele/para ele?
- ✓ Que serviços e grupos da rede estão presentes e podem auxiliar no cuidado à população em situação de rua? Quais faltam?
- ✓ Como os profissionais recebem a população em situação de rua nos serviços da rede?
- ✓ Como os serviços da rede acolhem e percebem a população em situação de rua? Caso haja dificuldade nesse acolhimento, como os profissionais que trabalham com a população em situação de rua podem interferir nisso?
- ✓ Como fomentar parcerias com a rede informal?
- ✓ De que forma essas parcerias com a rede informal podem potencializar o cuidado no território?
- ✓ Quais são os principais problemas do território?
- ✓ Quais as potencialidades do território?
- ✓ Como é a presença do poder público no território?
- ✓ Qual o efeito de preconceito na organização da rede e,consequentemente, na ação de cuidado?
- ✓ Como os recursos do mapa podem ajudá-los no entendimento do seu trabalho?
- ✓ Como os serviços da rede interagem no cuidado realizado?
- ✓ O território influencia as práticas clínicas e o processo de trabalho das equipes?

Tais questionamentos serviram para subsidiar a atividade, a fim de se ter uma noção ampla e aprofundada acerca do cuidado formal empreendido pelas equipes de serviços de políticas diversas que tangenciam a população em situação de rua de Caucaia. As informações foram cruzadas com outros elementos que apreendemos em nossa incursão da pesquisa por meio da imersão no campo, isto é o território de Caucaia.

Na página seguinte, apresentamos a representação gráfica da conversação empreendida no encontro.

Figura 11 – Mapa falante



Fonte: elaborado pelo autor.

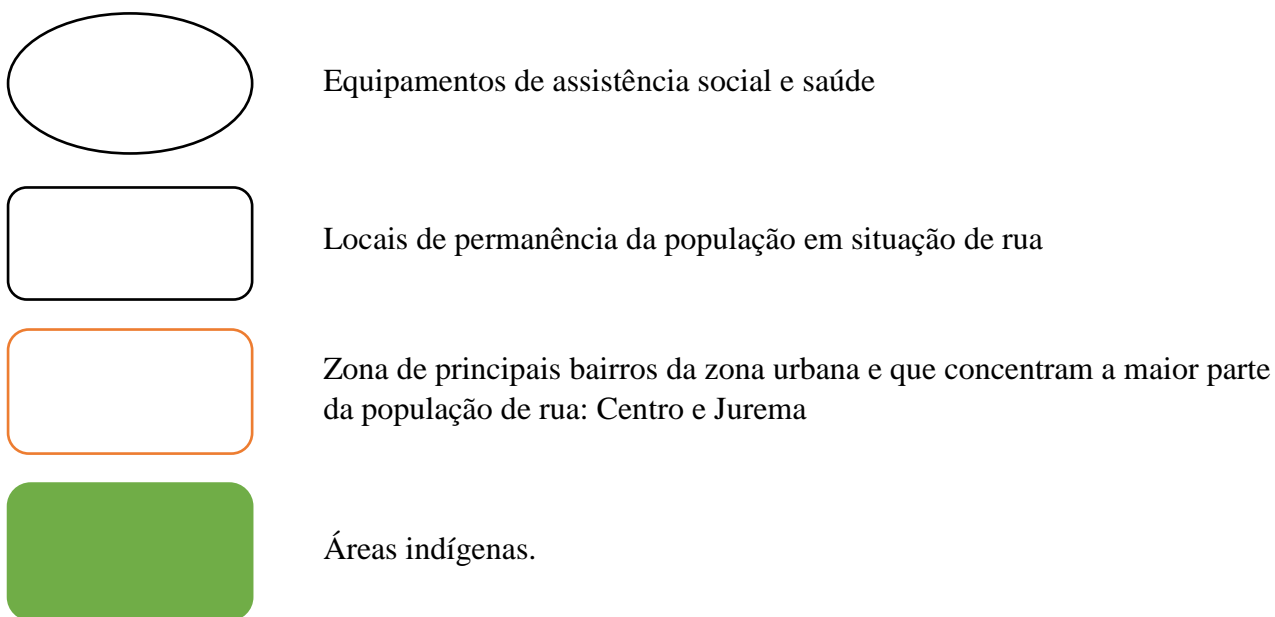
Na Figura 12, a seguir, observamos a legenda da figura 11, da página anterior.

Figura 12 – Legenda do *mapa falante*

**AD – Uso abusivo de Álcool e Drogas**

**ZP – Zona de prostituição da população de rua**

**AS – Abordagem social de rua do Centro Pop**



Fonte: elaborado pelo autor

Por meio da representação gráfica dos elementos da conversação por meio das narrativas, sintetizamos algumas das observações elencadas a partir do *mapa falante*:

- ✓ Há um fluxo migratório intenso entre Caucaia e municípios vizinhos, sobretudo a capital Fortaleza e outros municípios como Canindé e a região praiana;
- ✓ O Centro Pop é o equipamento de referência e tem abrangência em todo o município. Porém, suas ações concentram-se no Centro da cidade, onde o equipamento está localizado;
- ✓ Os usuários que possuem vínculo com o Centro Pop conseguem realizar tratamentos de maneira contínua na UBS próxima ao equipamento e no CAPSad, também próximo ao equipamento. Há contrarreferência e acompanhamento na maioria dos casos;
- ✓ Há muitos usuários que chegam ao Centro Pop encaminhados pelo Hospital Municipal e UPA, mas esses geralmente não se vinculam ao equipamento, sendo atendidos somente uma vez e logo em seguida voltando aos seus territórios;

- ✓ A Grande Jurema é a porção de território do município com maior densidade demográfica. É distante do Centro. Há grande concentração de pessoas em situação de rua lá, sobretudo nas imediações do chamado Campo do Remo e um Mercado, cujo obras foram abandonadas. Os dois são ao lado um do outro e servem de local para abrigo, uso de substâncias e prostituição. O Centro Pop faz algumas abordagens pontuais lá, mas devido à distância do Centro são descontinuadas. Quando os usuários da Jurema buscam o Centro Pop vão caminhando, apesar da distância de cerca de 8km;
- ✓ Há também a existência de pessoas em situação de rua na zona rural, geralmente retirantes. Os mesmos vêm caminhando ao Centro (cerca de 40km);
- ✓ Há pessoas em situação de rua na região turística da praia do Cumbuco, local visitado o ano inteiro por turistas internacionais e de todo o Brasil, sobretudo para a prática de esportes, uma vez que lá é uma das sedes do circuito mundial de *Kitesurf*. Relatos de uso abusivo de substâncias e prostituição. Vão caminhando até o Centro (9km);
- ✓ Principais agravos: problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, verminoses, doenças infectocontagiosas e doenças do aparelho respiratório;
- ✓ Não há fluxos formalizados entre as políticas, não havendo intersetorialidade formal.

A fim de fornecer outros elementos para análise para serem cruzados com os dados do *mapa falante*, apresentamos uma matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Caucaia, descrevendo seus pontos de atenção.

Quadro 3 – Matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial de Caucaia.<sup>18</sup>

<b>MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b>						
Município: Caucaia (município polo da 2ª microrregião de saúde do estado do Ceará)						
População: 363.942 habitantes						
<b>Componente</b>	<b>Ponto de Atenção</b>	<b>Necessidade</b>	<b>Cadastrado</b>	<b>Existentes</b>	<b>Déficit</b>	<b>Parâmetro/Comentário</b>
<b>Atenção Básica em Saúde</b>	Unidade de Atenção Primária à Saúde– ESF	168	80	72	96	Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017b).

<sup>18</sup> Essa matriz diagnóstica foi elaborada a partir da adaptação da matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), a qual abrange os dez municípios da microrregião de saúde de Caucaia, com dados de 2016 e que foi elaborada com base na portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b). Adaptamos a matriz e atualizamos algumas das informações, utilizando-nos de fontes públicas oficiais de informação como o DataSUS, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o IBGE, nos focando no município estudado.



	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	1*	0	0	1	*Caucaia tem pactuado 1 equipe de Consultório na Rua, sendo habilitado pra tal, de acordo com informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.
	Núcleo Ampliado de Saúde da Família	20	7	6	14	
<b>Atenção Psicossocial Especializada</b>	CAPS I	-	-	-	-	Não se aplica ao município.
	CAPS II	3	1	1	2	Conforme orientações da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).
	CAPS III	1	0	0	1	Conforme orientações da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b). O município de Caucaia está dentro dos parâmetros para instalar um ponto de atenção do tipo, porém não há viabilidade de gestão.
	CAPSad	1	1	0	1	Conforme orientações da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).
	CAPSad III	1	0	1	1	Conforme orientações da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).
	CAPSad IV	-	-	-	-	Conforme orientações da portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a).  Não se aplica ao município.
	CAPSi	1	1	1	0	Conforme orientações da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).  Ponto de atenção ainda não habilitado, funcionando

						inteiramente com recursos municipais.
	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental	-	-	-	-	Conforme orientações da portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a).  Caucaia está em vias de implantação de uma equipe para atender toda a microrregião de saúde.
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	Unidade de Pronto Atendimento / Serviço de Atendimento Médico de Urgência	2	2	2	0	Conforme orientações da portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017c).  Caucaia possui duas UPAs porte III: UPA Centro e UPA Jurema.
<b>Atenção Residencial de Caráter de Transitório</b>	Unidade de Acolhimento Adulto	1	1	0	1	Conforme orientações da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).
	Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil	1	1	0	1	Conforme orientações da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).
	Comunidade Terapêutica	-	8	-	-	* Existem atualmente 8 (oito)CTs cadastradas no CNES em 2019. Não se sabe o número exato dessas instituições no municípios em informações oficiais, mas realizando um percurso pela região praiana da cidade vemos dezenas.
<b>Atenção Hospitalar</b>	Leitos de Atenção Psicossocial em Hospital Geral	-	8	8	-	Conforme orientações da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).
	Enfermaria Especializada	-	0	0	-	Conforme orientações da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	Serviço Residencial	-	0	0	-	A existência do dispositivo depende do

	Terapêutico					número de municípios com histórico de longas internações.
	Programa de Volta pra Casa	-	0	0	-	A existência do programa depende do número de municípios com histórico de longas internações.
<b>Reabilitação Psicossocial</b>	Cooperativas	-	0	0	-	Não há registro formal da existência de no município.
	Centro de Convivência e Cultura	-	0	0	-	Não há registro formal da existência de no município.

Fonte: elaborado pelo autor.

Observando esses materiais, percebemos, inicialmente que há um fluxo de caminhos percorridos por essas pessoas, o qual considerando as questões municipais, apresentam elementos de análise. Percebemos alguns vazios assistenciais correspondentes à execução das políticas de saúde e assistência social, tais como a garantia do acesso das pessoas em situação de rua por meio da Atenção Básica (AB), que de acordo com as políticas de saúde mental, se configuram como componente da RAPS.

O Brasil implementou programas diversos que são referências mundiais, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que corresponde à utilização de profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais representam, grosso modo, o elo institucional entre a atuação das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e a população dentro do território, uma vez que são pessoas que habitam esses territórios e exercem suas funções com atribuições diversas no campo da saúde a fim de garantir acesso; e a ESF que preconiza uma equipe mínima composta por profissional das áreas de Medicina, Enfermagem e Odontologia, além de um profissional de nível técnico na área de Enfermagem e um determinado número de ACS para atender uma população adstrita em dimensionamento adequado sob a perspectiva da responsabilidade sanitária. Outros elementos, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)<sup>19</sup>, também compõem a AB de maneira a trabalhar aspectos relacionados a profissões

<sup>19</sup> A redação apontada diz respeito a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), implementada em 2017, por meio da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), durante o governo de Michel Temer (MDB). Contudo, a estratégia do NASF compunha o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, considerando a dimensão do Apoio Institucional como matriz epistemológica ancorada na perspectiva do Apoio Matricial. Dessa maneira, se reconfigura o aspecto de trabalho dessas equipes no âmbito da Atenção Básica. Convém destacar,

da saúde que não compõem as equipes mínimas, envolvendo equipes com profissionais de Psicologia, Educação Física, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição, Fisioterapia, Psiquiatria e Farmácia, bem como profissionais habilitados para o trabalho com as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS). E há uma equipe estratégica voltada especificamente para as pessoas em situação de rua, considerando sua situação de vulnerabilidade, que são as equipes de Consultório na Rua (CnR), as quais, grosso modo, são equipes a fim de exercerem as atividades relacionadas à Saúde da Família para o público específico da população em situação de rua.

Com relação a Caucaia, observamos que a Atenção Básica não oferta acesso adequado à população em situação de rua. Essa população acessa os serviços de saúde geralmente nos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência. Apesar de o município encontrar-se habilitado para, por exemplo, implantar uma equipe de Consultório na Rua, ainda não o fez. A própria cobertura da Atenção Básica é aquém da necessidade, uma vez que de acordo com dados do Ministério da Saúde, em março de 2019, a cobertura da população estimada em Caucaia pela Estratégia Saúde da Família era de 68,25% e pela Atenção Básica era de 69,07% (MS, 2019), caracterizando uma rede ainda incipiente para a real necessidade. O fato de haver a possibilidade de implantação de uma equipe CnR que ainda não foi implementada agrava o aspecto de insuficiência dessa rede. As narrativas apreendidas pelas conversações e entrevistas tangenciam, também, esta questão.

*Determinados equipamentos ou serviços poderiam existir para melhorar o trabalho, como o Consultório na Rua (P1)*

*[Melhorar] O acesso aos serviços de saúde, não tendo entre eles o Consultório na Rua, que deveria ter também (...) [pois] o serviço não vai ao encontro deles na rua, nas praças (P1).*

*O Consultório na Rua é extremamente efetivo e acredito que seja uma grande potencialidade. Se tivesse foco para isso. Se tivesse recurso utilizado e gasto para ter acesso a essas políticas [em Caucaia] (P1).*

---

também, que essa modalidade de equipe surgiu a partir de propostas das Conferências de Saúde, tendo sido implementada em 2008, por meio da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008b), durante o governo de Lula (PT).

*As pessoas responsáveis por essas políticas articularem o trabalho com a Atenção Primária (...) seria fundamental um Consultório na Rua (...) o equipamento mais importante pra população em situação de rua no Brasil(...) ia conseguir ser mais efetivo, mais direto, assim, no apoio e na assistência pra essa população (P6).*

Ora, a pesquisa demonstra que em Caucaia não há uma atenção especial, a nível de Atenção Básica, com essa população, inclusive com relação a saúde mental. O que percebemos são ações pontuais desenvolvidas por iniciativa própria dos profissionais e gestores dos equipamentos que lidam com essa população, tais como o Centro Pop e o CAPSad.

Neste sentido, outro elemento que emerge a partir do mapa falante é a capilaridade das ações de assistência social no âmbito da Proteção Social Especial (PSE), uma vez que não há uma articulação entre os equipamentos diversos, tais como Centro Pop e CREAS e isso, dada as características municipais, de concentrar a maior parte da população na região da Jurema, convocaria uma articulação maior com relação a ações nesta região, uma vez que há pessoas em situação de rua que vivem por lá e o acesso é mais difícil.

*Já realizamos ações de abordagem na região da Jurema (...) nesses locais que você pontuou. Como o campo do Remo e o mercado abandonado (...) onde tem pessoas em situação de rua naquela região. Mas não há interlocução com o CREAS Jurema, não (G1).*

Este aspecto diz respeito à territorialidade dos serviços e políticas, uma vez que demonstra a carência e precarização desses serviços em sua organização no município. Além disso, fica demonstrado que a demanda é muito maior que a oferta de serviços, convém discutirmos o que condiciona a organização dessas políticas e equipamentos dessa maneira.

Conforme apresentamos brevemente nos parágrafos anteriores e se vê no *mapa falante*, o acesso à saúde, de usuário em situação de rua, se dá primordialmente pela atenção de urgência e emergência. Preconiza-se que a Atenção Primária à Saúde, no âmbito da Atenção Básica, atue como ordenadora no cuidado a fim de garantir diversas prerrogativas no âmbito da produção e da gestão do cuidado em saúde. Ao observarmos que o acesso dessas pessoas no município acontece com muito mais frequência no âmbito da Atenção de Urgência e Emergência, fica nítido uma fragilidade da organização do processo de cuidado em saúde,

interferindo, inclusive, na integralidade do cuidado. Ora, a pessoa em situação de rua também engravida, ansiando a realização de pré-natal e puericultura. A pessoa em situação de rua também possui doenças crônicas, também convoca cuidados no âmbito da prevenção e promoção da saúde. E não somente quando sofre um acidente ou agressão.

*Sim, muitos deles acabam por acessar a saúde a partir das UPAs, do Hospital Municipal (...). Mesmo quando é na UPA da Jurema, eles encaminham e alguns vem até aqui. Mas quando vem assim desses lugares dificilmente eles continuam frequentando o Centro Pop (G1).*

A partir dessa análise, percebemos que dois pontos de atenção são estratégicos no acesso das pessoas em situação de rua no município de Caucaia: as UPAs e o Hospital Municipal, no sentido de se configurar muitas vezes como o primeiro contato desses usuários com o sistema de saúde; e o Centro Pop, que se configura como equipamento de referência para essa população e de onde se articula todo o restante da rede, inclusive os pontos de atenção especializados da RAPS, tais como o CAPSad. Assim, o Centro Pop surge como ordenador dessa rede de atenção às pessoas em situação de rua, configurando um elemento chave para se compreender como as políticas de saúde mental para essa população se expressam no município.

Neste sentido, considerando esses elementos, convém pensarmos o que é e o que representa o Centro Pop de Caucaia. A fim de iniciarmos esse assunto, apresentamos componentes advindos de nossas incursões no campo realizadas através de observações do cotidiano do equipamento, em nossa territorialização do serviço.

#### ***4.2.1 O Centro Pop de Caucaia e seu chão: elementos para se pensar as pessoas em situação de rua do município***

A seguir, apresentamos o equipamento de referência e ordenador das redes para as pessoas em situação de rua no município, se constituindo como um dispositivo estratégico para se compreender e implementar as políticas de saúde mental na dimensão da atenção às pessoas em situação de rua em Caucaia. O que se segue foi elaborado a partir de nossas observações na territorialização do serviço como instrumento de pesquisa, em nossas descrições considerando a interface entre o pessoal e o cultural materializada no corpo, possibilitando e oferecendo, ao pesquisador in-mundo, o samba.

O Centro Pop localiza-se em área residencial do Centro de Caucaia, na rua Barão de Ibiapaba, que é uma via que dá acesso à Av. da Integração, que liga a Sede a outras áreas urbanas do município, como o Metrôpole e Araturi, ligando-se à Av. São Vicente de Paula e chegando até a Jurema. Dentre esse caminho, a avenida também liga à rodovia BR 020. Portanto, é uma rua residencial em que todos os dias trafegam diversos caminhões em direção à rodovia. O próprio prédio é uma casa adaptada, posto que é localizado em área residencial.

Encontra-se instalado ali há cerca de 1 ano e anteriormente se localizava na rua 15 de novembro, em outro extremo do Centro da cidade. Sobre o aspecto do prédio, G1 aponta que “como é adaptado, o prédio tem limitações, mas é o que temos”, enquanto apresenta a estrutura e serviços que realizam no equipamento. Em um dos momentos que estivemos por lá, questionamos sobre o fato de se localizar em uma área residencial e a gestora aponta que já aconteceram casos de resistência de moradores da vizinhança, os quais não desejavam a instalação do equipamento no local: “já aconteceu de um homem vir aqui e ameaçar (...) por ser funcionário de alguma coisa (...) afirmando que não queria isso na sua vizinhança” (G1).

Ora, por ser um equipamento direcionado a um público específico, o qual passa por diversas vulnerabilizações e estigmas, a discriminação sofrida pelos usuários, incutida em nosso regime de sociabilidade, recai também sobre o equipamento. O que se demonstra com atos como esse, diz respeito a elementos de organização da sociedade brasileira, tais como o autoritarismo e o elitismo (SOUZA, 2017; SCHWARCZ; STARLING, 2015).

Não fosse pelos usuários que ali frequentam e às vezes se aglomeram na recepção e calçadas ao redor, mesmo que em pequeno número, e a placa acima, não reconheceríamos ser um equipamento de uma política pública e confundiríamos com uma casa comum. Na frente do prédio há um portão de alumínio, que dá em uma garagem, na qual o espaço funciona como a recepção do serviço. Na frente desse portão há grades verdes, as quais permanecem trancadas, sendo abertas pelo porteiro na necessidade de entrada e saída de alguém. Dentro do prédio há um piso de cerâmica e as paredes são pintadas de verde. No espaço da recepção há cerca de uma dúzia de cadeiras dispostas, um bebedouro e uma televisão de tubo com um aparelho reproduzidor de DVD instalado. No aparelho há um *pen drive* com dezenas de filmes que ficam sendo expostos, geralmente controlados pelo porteiro, que manipula o controle remoto para a execução dos filmes. Nas cadeiras e no chão, encontram-se dispostos os usuários. É curioso notar como muitos deles não permanecem sentados nas cadeiras, deitando-se no chão ou nas próprias cadeiras, enquanto ou assistem aos filmes ou dormem, demonstrando conforto com o espaço. Frequentemente brincam entre si em tom descontraído. Porém, o semblante de todos tem um quê de preocupação, parecem

sempre sérios. Sobre o fato da disposição dos corpos, certo dia um comentou “se ajeita, macho, pega o espaço todim (...) parece que tá é em casa!”, no que foi respondido com “agora pronto (...) aqui é minha casa, ora!”. Tal diálogo demonstra a vinculação que o equipamento consegue produzir com os usuários, ao ponto de servir como um espaço de tamanha liberdade e segurança para se sentirem em casa, se referirem ao equipamento como sua casa.

Todas as vezes que estivemos no equipamento o filme sendo exibido era do gênero ação, sempre um filme diferente, mas com atores conhecidos do gênero, tais como Samuel L. Jackson e Bruce Willis. Os filmes são exibidos dublados e eles assistem interagindo com o filme em cenas diversas. Podemos afirmar que aquela recepção talvez se constitua como um dos principais momentos de lazer das pessoas que ali frequentam, através da disponibilização da experiência do cinema. Não o cinema enquanto dispositivo de poder, em que se paga um ingresso que em média custa o preço de pelo menos 10kg de arroz, suficiente pra alimentar uma pessoa durante um mês inteiro, para se ter acesso a uma sala com ar condicionado e poltrona em um shopping, regido por uma lei tácita de silêncio e acomodação, na qual só é permitido um modo de sentar e comentários ou reações bruscas durante a exibição do filme não são bem vistas, podendo haver, inclusive, punição com a retirada da pessoa da sala de exibição. Mas sim um cinema onde os corpos estão livres e dispostos da maneira como se sentem mais confortáveis e o filme é passível de interação entre os presentes, seja através de piadas e comentários sobre as cenas e personagens, seja pela encenação de falas e diálogos do filme. Um lugar onde você assiste um filme como se estivesse em casa, afinal é a sua casa.

Esses aspectos inauguram uma experiência de cinema que desloca o conceito de arte no campo do audiovisual e apresentam uma gama de oportunidades de intervenção ou de otimização do trabalho com saúde mental acerca dos usuários que lá frequentam. O lazer, a educação e a saúde despontam em nosso aspecto constitucional enquanto direitos sociais fundamentais. O equipamento disponibiliza um espaço de lazer e vincula os usuários a partir do audiovisual, mesmo com os limites encontrados. Esse recurso criativo pode ser otimizado, por meio da instalação de um melhor equipamento e por meio da operacionalização, talvez conduzindo rodas de diálogo sobre temáticas específicas, com um técnico facilitando as discussões suscitadas pelas películas exibidas. Já que os filmes são dublados, haveria filmes em língua portuguesa que pudessem ser exibidos e facilitassem o trabalho em saúde mental com as pessoas ali presentes usuárias do serviço, havendo-se o cuidado de não se esgotar esse tipo de atividade por meio da burocratização. Poderíamos pensar em parcerias institucionais com profissionais e estudantes do campo da arte e da cultura a fim de operarmos o cinema?



Há diversos outros equipamentos da gestão municipal de Caucaia com televisores modernos instalados, nos quais são exibidos somente publicidade institucional da prefeitura. Haveria a possibilidade de instalação de um desses televisores no Centro Pop a fim de melhorar a qualidade de exibição dos filmes para os usuários?

Enquanto assistem aos filmes ou aguardam atendimento na recepção, os usuários esperam pelos lanches que são servidos. Educadores sociais trazem alimentos como cuscuz ou biscoitos acompanhados de café, suco ou bebida láctea fermentada, os distribuindo entre os presentes. Eles comem ou na recepção ou fora na calçada, trazendo os pratos, talheres e copos de plástico, os quais são recolhidos e levados à cozinha novamente. O porteiro auxilia deliberadamente na organização dos utensílios a fim de facilitar o recolhimento.

O semblante fechado de alguns muda visivelmente ao cumprimentarem a gestora, com o rosto sério dando lugar a grandes sorrisos em um cumprimento que a chamam pelo nome, sendo correspondidos, demonstrando vínculo e cumplicidade.

Em todas as vezes que estivemos observando a movimentação na recepção algum funcionário de comunidade terapêutica encontrava-se no local acompanhando algum usuário para a resolução de alguma demanda, na maioria das vezes para referenciar internações ou articular encaminhamentos. Durante uma das oportunidades, o funcionário desejava encaminhamento, por parte do Centro Pop, para retirada de documentação civil e foi esclarecido de que a instituição deveria se responsabilizar pela comprovação de endereço do usuário, fornecendo um modelo de declaração a ser trazido assinado e carimbado pelo diretor ou responsável da instituição. Em outra oportunidade, enquanto acompanhava atendimentos, um usuário buscava o Centro Pop a fim de conseguir encaminhamento ou articulação para uma vaga de internação em uma comunidade terapêutica. A técnica em questão entrou em contato com o pastor de uma determinada comunidade a fim de articular sua vaga. Enquanto realizava a articulação, eram realizados questionamentos sobre como se encontrava o usuário em questão, que bastante animado respondia, afirmando que estava “quieto” e “precisando de tranquilidade”.

No quintal da casa há uma área onde os usuários podem lavar suas roupas e usar um banheiro, fazendo higiene pessoal. O acesso ao banheiro para higiene é regulado por fichas por ordem de chegada pela manhã. No início da manhã muitos usuários buscam o serviço a fim de realizarem a refeição do café da manhã e tomarem banho. Após isso, saem para vivenciar o cotidiano nas ruas da cidade. Em algumas das vezes em que estivemos observando, usuários também colaboravam na limpeza dessa referida área.

No espaço da recepção também funcionam atividades de roda de conversa e atividades lúdicas em grupo. Presenciamos atividades no período do carnaval, relacionadas a educação em saúde e prevenção da violência. Durante as falas e discussões os usuários interagiam. Apontava-se um cartaz com dizeres dispostos em locais nas paredes solicitando a leitura. Um dos usuários se dispôs a ler e apresentava dificuldade, demonstrando um aspecto a ser desenvolvido com relação a atividade de leitura, mas estimulado e animado pela técnica, que o auxiliava, conseguia ler o cartaz e comemorava. A partir de então, colocavam-se pontos de discussão. O tom do aconselhamento girava em torno de uma vinculação, com afirmativas do tipo “espero ver todos vocês aqui depois do carnaval (...) não quero receber más notícias sobre ninguém durante o feriado no meu *whatsapp*” (P1), falas as quais eram reforçadas por G1, elaborando vínculo e cuidado. A tentativa de prevenir que os usuários se envolvam em situações de conflito durante o feriado eram disparadas por temas nos cartazes, nos quais um versava com frase que remonta a marchinha de carnaval “Cachaça não é água, não”, apontando sobre a movimentação de emergência e pronto atendimento dos equipamentos da Atenção de Urgência e Emergência da cidade, alertando-se que “Vai tá tudo lotado. Quando vocês chegam pra ser atendidos nesses lugares num já é lotado? Pois vai estar mais ainda, não é?” (P1).

Também foi realizado um evento de carnaval, sobre o qual P1 me convidou a participar animada e afirmando “tem que vir colorido” (P1). Tal atividade incute no aspecto da cultura e lazer operados pela equipe do equipamento e que reverberam na saúde mental dos usuários. Durante o evento, o equipamento encontrava-se decorado e os usuários participaram na confecção e pintura de máscaras através do uso de instrumentos como tesouras e lápis de colorir. Solicitavam que os profissionais presentes tirassem fotografias a fim de compartilharem entre si e postarem em suas redes sociais. “Tira a foto aí pra eu botar no *face*”, dizia um utilizando uma das máscaras e abraçando outros a fim de posar para uma fotografia.

Durante as oportunidades de observação havia usuários que estavam lá em todas as oportunidades. Segundo G1, alguns passam o dia lá, saindo somente no horário do almoço e retornando, pois o equipamento fecha nesse horário. Apesar de que na política se preconiza o fornecimento de refeição para almoço, o equipamento não dispõe de recursos para tal. “Tem deles que passa o dia aqui, saindo só na hora do almoço porque fechamos. É o local em que eles se sentem seguros (...) a demanda seria de um acolhimento institucional, mas não temos”, diz G1.

Observamos que uma grande parcela do público se constitui de homens adultos, mas há também mulheres e famílias que frequentam o serviço. Sobre a inexpressividade disso nos dados convém nos questionarmos se (e de que maneira) as mulheres em situação de rua em Caucaia acessam ou são acessadas pelos equipamentos das políticas em tela. Durante duas oportunidades em que estivemos no equipamento realizando atividades de pesquisa ou observações havia uma mesma usuária mulher. Assim que adentrei o equipamento pela primeira vez a mesma buscou interação comigo afirmando “Eita que o Pop agora tá bem frequentado, hein!”. Correspondi lhe sorrindo e cumprimentando com um “bom dia”. Na segunda oportunidade ela nada falou, apenas ficou observando o que eu fazia.

Em outro momento, uma família inteira chegou, composta por uma mulher e um homem adultos, os pais, e cinco crianças e adolescentes, três meninas e dois meninos, seus filhos. Foi um dia bastante movimentado e a mãe tomava a frente na busca por atendimento. Sentou-se ao meu lado, junto com o companheiro, e afirmava “vamos esperar, parece que vai dar certo”. O homem nada falava, apenas acenava com a cabeça. Todos se alimentaram, algumas das crianças pareciam envergonhadas. A mãe comeu o cuscuz rapidamente, enchendo colheres e levando até a boca rapidamente, enquanto ainda mastigava o que tinha na boca. Uma das crianças fazia o mesmo. O pai permanecia com o semblante tranquilo. A família inteira era negra e a mãe possuía cicatrizes no rosto. Duas das crianças, que aparentam já serem adolescentes, demonstravam bastante amizade. Inicialmente chegaram envergonhadas, mas ao se acostumarem com o espaço brincavam na calçada do equipamento e na rua em frente. O menino tomava a frente realizando as brincadeiras e fazendo barulho. Eu me encontrava sentado ao lado da mãe e do pai, e ouvia a mãe retrucar “a Régia<sup>20</sup> tá botando tudo a perder fazendo essa zuada lá fora”. Na calçada os dois irmãos brincavam com o menino cutucando a irmã e a irritando em tom de brincadeira. Além disso, o menino gritava como se estivesse sendo agredido. A mãe se dirigiu até a calçada do equipamento e os repreendeu, sobretudo a menina, que curiosamente levou a culpa como um todo. Ela foi trazida para dentro e ordenada a permanecer sentada ao lado da mãe, nas cadeiras ao meu lado na recepção. Chorava bastante. O menino, seu irmão, permaneceu brincando do lado de fora do equipamento. As roupas de cada uma das crianças eram simples e comuns, sem adereços, assim como a mãe e o pai. Bem como não utilizavam acessórios ou maquiagens. Exceto por uma das crianças que aparentava ter no máximo 10 anos. Essa menina vestia uma jardineira jeans, deixando os mamilos à mostra em um peitoral de criança. Conduzia consigo duas

---

<sup>20</sup> Nome fictício.

bolsas, uma na cor rosa e felpuda e outra com estampa zebra e detalhes rosa com o logotipo da boneca *Barbie*, ambas manchadas e surradas. Além disso, utilizava um acessório roxo, uma espécie de cachecol, em volta do pescoço. Calçava sandálias, diferente de seus pais e irmãos, que calçavam chinelos, e estava com o rosto maquiado e usando um batom vermelho, além das unhas dos pequenos dedos dos pés e das mãos pintadas de uma cor que se assemelhava ao preto. Seu cabelo possuía um corte curto, mas estilizado, diferente dos pais e irmãos. Parecia um corpo infantil sexualizado e que chamou atenção ao adentrar o espaço, posto que destoava do restante da família. Observei as reações de alguns dos usuários que se encontravam presentes e notei que a maioria a olhou assim que adentrou o espaço e permaneceu olhando por alguns instantes. Um percebeu que eu lhe observava e pareceu constrangido. Fiquei me questionando sobre o motivo para essa criança destoar tanto do restante da família e se apresentar assim durante uma manhã. Até mesmo suas irmãs mais velhas, já adolescentes, não se vestiam da mesma maneira que ela. Intriguei-me também com o fato de ao repreender a brincadeira dos irmãos lá fora, a menina, chamada Régia, ter sido o principal alvo da repreensão e então lhe restar chorar em silêncio ao lado da mãe com o rosto coberto de lágrimas que escorriam sem se preocupar em cessá-las e o irmão continuar brincando do lado de fora. Esse foi um caso peculiar, pois foi o único observado nesse perfil durante o processo de territorialização. Peguei-me pensando sobre a experiência de ser criança, de ser adolescente, e acessar um serviço como esse ocupado por homens em situação de rua, localizado em uma área residencial do Centro da cidade por onde passam diversos caminhões.

Posteriormente, ao realizar minhas anotações e observações no diário de campo, recordei-me de uma crônica de Fernando Sabino que li deliberadamente durante o ensino fundamental em um livro didático de Língua Portuguesa. Peguei meu telefone celular, acessei a internet na busca por esse texto e o li. Chorei.

Da mesma maneira que me encontro chorando quando escrevo agora. Abaixo transcrevo o texto de Fernando Sabino:

#### *A última crônica<sup>21</sup>*

*A caminho de casa, entro num botequim da Gávea para tomar um café junto ao balcão. Na realidade estou adiando o momento de escrever. A perspectiva me assusta. Gostaria de estar inspirado, de coroar com êxito mais um ano nesta busca do pitoresco ou do*

---

<sup>21</sup> Da coletânea *As melhores crônicas de Fernando Sabino* (SABINO, 1986).

*irrisório no cotidiano de cada um. Eu pretendia apenas recolher da vida diária algo de seu disperso conteúdo humano, fruto da convivência, que a faz mais digna de ser vivida. Visava ao circunstancial, ao episódico. Nesta perseguição do acidental, quer num flagrante de esquina, quer nas palavras de uma criança ou num acidente doméstico, torno-me simples espectador e perco a noção do essencial. Sem mais nada para contar, curvo a cabeça e tomo meu café, enquanto o verso do poeta se repete na lembrança: "assim eu queria o meu último poema". Não sou poeta e estou sem assunto. Lanço então um último olhar fora de mim, onde vivem os assuntos que merecem uma crônica.*

*Ao fundo do botequim um casal de pretos acaba de sentar-se, numa das últimas mesas de mármore ao longo da parede de espelhos. A compostura da humildade, na contenção de gestos e palavras, deixa-se acrescentar pela presença de uma negrinha de seus três anos, laço na cabeça, toda arrumadinha no vestido pobre, que se instalou também à mesa: mal ousa balançar as perninhas curtas ou correr os olhos grandes de curiosidade ao redor. Três seres esquivos que compõem em torno à mesa a instituição tradicional da família, célula da sociedade. Vejo, porém, que se preparam para algo mais que matar a fome.*

*Passo a observá-los. O pai, depois de contar o dinheiro que discretamente retirou do bolso, aborda o garçom, inclinando-se para trás na cadeira, e aponta no balcão um pedaço de bolo sob a redoma. A mãe limita-se a ficar olhando imóvel, vagamente ansiosa, como se aguardasse a aprovação do garçom. Este ouve, concentrado, o pedido do homem e depois se afasta para atendê-lo. A mulher suspira, olhando para os lados, a reassegurar-se da naturalidade de sua presença ali. A meu lado o garçom encaminha a ordem do freguês.*

*O homem atrás do balcão apanha a porção do bolo com a mão, larga-o no pratinho - um bolo simples, amarelo-escuro, apenas uma pequena fatia triangular. A negrinha, contida na sua expectativa, olha a garrafa de Coca-Cola e o pratinho que o garçom deixou à sua frente. Por que não começa a comer? Vejo que os três, pai, mãe e filha, obedecem em torno à mesa um discreto ritual. A mãe remexe na bolsa de plástico preto e brilhante, retira qualquer coisa. O pai se mune de uma caixa de fósforos, e espera. A filha aguarda também, atenta como um animalzinho. Ninguém mais os observa além de mim.*

*São três velinhas brancas, minúsculas, que a mãe espeta caprichosamente na fatia do bolo. E enquanto ela serve a Coca-Cola, o pai risca o fósforo e acende as velas. Como a um gesto ensaiado, a menininha repousa o queixo no mármore e sopra com força, apagando as chamas. Imediatamente põe-se a bater palmas, muito compenetrada, cantando num balbucio, a que os pais se juntam, discretos: "Parabéns pra você, parabéns pra você..." Depois a mãe recolhe as velas, torna a guardá-las na bolsa. A negrinha agarra finalmente o*

*bolo com as duas mãos sôfregas e põe-se a comê-lo. A mulher está olhando para ela com ternura - ajeta-lhe a fitinha no cabelo crespo, limpa o farelo de bolo que lhe cai ao colo. O pai corre os olhos pelo botequim, satisfeito, como a se convencer intimamente do sucesso da celebração. Dá comigo de súbito, a observá-lo, nossos olhos se encontram, ele se perturba, constrangido - vacila, ameaça abaixar a cabeça, mas acaba sustentando o olhar e enfim se abre num sorriso.*

*Assim eu quereria minha última crônica: que fosse pura como esse sorriso.*

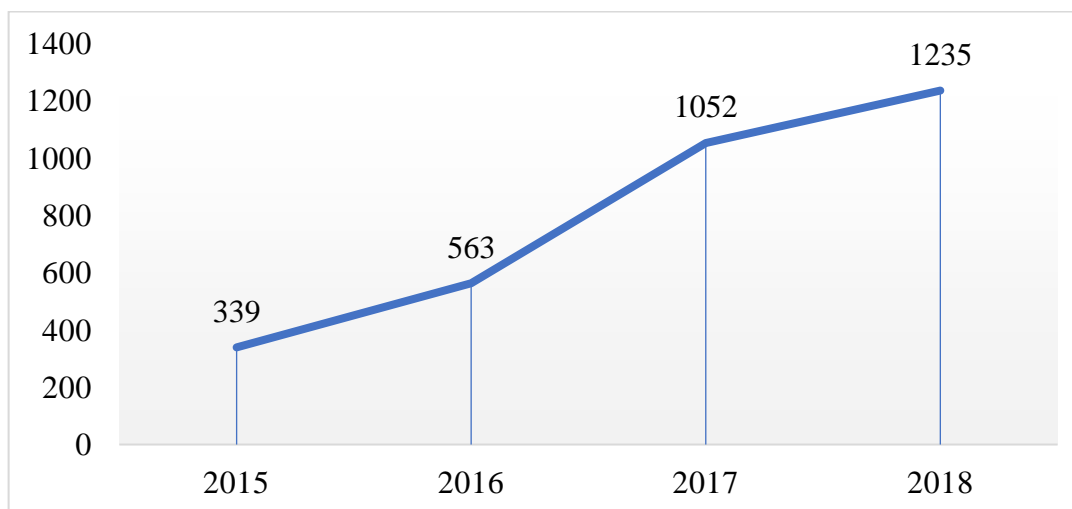
Nesse dia em questão fui ao equipamento inicialmente para conduzir entrevista semiestruturadas com G1 que estava ocupada em reunião e fiquei, como a família, aguardando. Após sua reunião, junto a uma técnica, prosseguiu com o atendimento da família em questão, solicitando que todos adentrassem a sala. Posteriormente, somente a mãe, talvez por ser a principal responsável pela família, permanece na sala e ouço a intervenção de G1 com a mesma. Em tom assertivo lhe comunica sobre a necessidade de organizar a vida e sobre manter as crianças na escola, posto que as mesmas não estavam frequentando. Argumenta sobre os limites e atuações do equipamento e disponibiliza para que, inicialmente, as crianças façam suas refeições e tomem banho no equipamento para frequentarem a escola, não havendo uma moradia disponível no momento. Dentre outras questões. A mãe a escuta com atenção, recebendo as informações e orientações e demonstrando cumplicidade.

Ao encerrar o atendimento são 11h47min, G1 me interpela questionando se ainda vou realizar a entrevista nesse dia “Vamos fazer hoje ainda? (...) Que horas são? (...) Tem 15 minutos pro meio dia, você vai mesmo me sacrificar?”, no que respondo “Da maneira que for melhor pra você e como você preferir, podemos fazer outro dia ou em outro momento”, e ela “Sim, eu prefiro, preciso tomar uma água e verificar minha pressão, acho que tá subindo. Marcamos pra depois, então”.

Destarte, tendo em vista essas descrições e os aspectos advindos de nossa territorialização no serviço, bem como os questionamentos levantados, apresentamos elementos construídos a partir de dados que manipulamos a através dos relatórios de gestão a fim de cruzar a caracterização do equipamento ordenador da rede, circunscrevendo território e experiência.

No período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018 foram atendidas, em média, 66 pessoas por mês em 3.189 atendimentos, totalizando um volume total de 19.396 atendimentos. Tanto o número de atendimentos como o número de pessoas atendidas apresentaram crescimento de 2015 a 2018, conforme se demonstra no Gráfico 2, a seguir.

Gráfico 2 – Evolução do número de pessoas em situação de rua atendidas no Centro Pop de Caucaia, de janeiro de 2015 a dezembro de 2018.

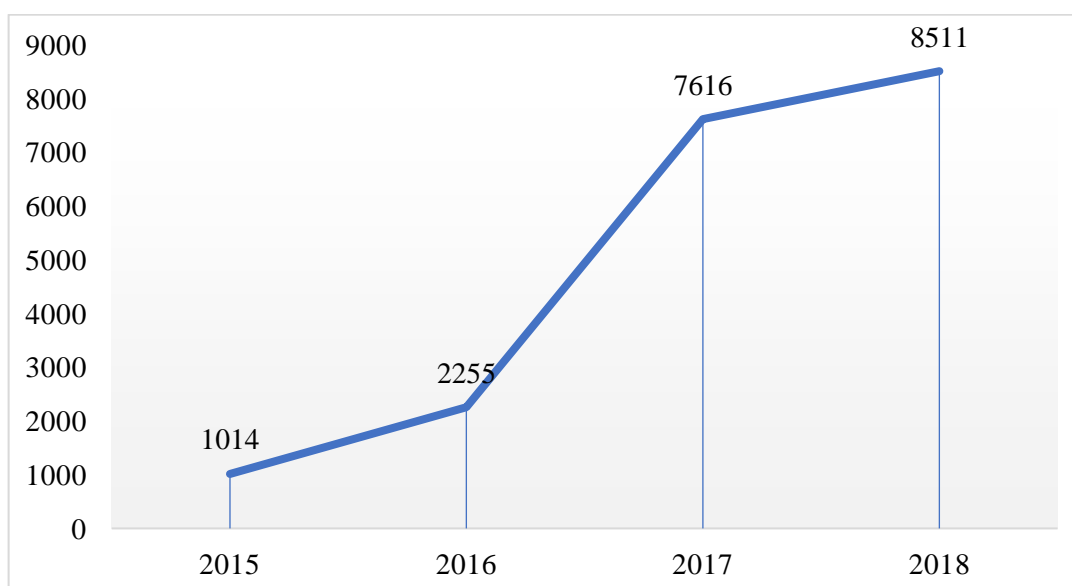


Fonte: elaborado pelo autor.

Conforme os dados demonstram e considerando-se as questões que apresentamos de nossas observações, este equipamento vem se mostrando de relevância para o atendimento de pessoas em situação de rua. .

Além disso, no Gráfico 3, podemos observar que a quantidade de atendimentos realizados pelo equipamento aumentou mais de oito vezes nesses 4 anos.

Gráfico 3 – Evolução do número total de atendimentos realizados pelo Centro Pop de Caucaia, de 2015 a 2018



Fonte: elaborado pelo autor.

Tais elementos demonstram a grandiosidade do equipamento face as questões apresentadas, anunciando a necessidade de fortalecimento por parte da gestão.

No Diagnóstico da SDS, com relação ao Centro Pop, é afirmado que

(...) o atendimento às pessoas em situação de rua é um desafio enorme na Assistência Social de Caucaia, pois requer um atendimento especializado e condições de trabalho adequadas. A ausência de um diagnóstico específico que consiga identificar e mapear as pessoas em situação de rua no município de Caucaia traz a dificuldade de planejar atividades a longo prazo, assim como a promoção de serviços especializados e sensíveis à condição do público (SDS, 2016, p. 51).

O documento apresenta, ainda, elementos que dizem respeito à avaliação das ações do equipamento aspectos positivos: “uma equipe comprometida; articulação com a rede; acompanhamento dos encaminhamentos realizados e fortalecimento de parcerias” (SDS, 2016, p. 52). Já com relação os aspectos negativos, destaca:

(...) a equipe reduzida, a falta de segurança e o equipamento ficou parcialmente fechado nos meses de janeiro e fevereiro de 2016; falta de ventilação adequada e insalubridade; falta de sigilo no atendimento técnico de nível superior; falta de Busca Ativa e ausência de itens de higiene pessoal, limpeza, expediente e lanche de forma continuada para a rotina do Serviço (SDS, 2016, p. 52).

Além disso, há também um gráfico com a evolução de atendimentos de janeiro a junho de 2016. É tudo o que se encontra no diagnóstico acerca do Centro Pop e da população em situação de rua no município. Ora, a partir da análise das conversações apreendidas no *mapa falante*, percebemos que muitas coisas ainda se perpetuam, sobretudo com relação aos desafios e potencialidades do serviço, uma vez que, como se vê, o Centro Pop continua assumindo um papel de ordenar a rede, articulando, por meio da intersectorialidade, mesmo com as limitações apresentadas e isso é um destaque. Contudo, muitas das dificuldades apresentadas em 2016 continuam, tais como uma rede e ações igualmente limitadas, ausência de insumos, infraestrutura inadequada e equipe aquém do necessário.

Ademais, de fato, essa população apresenta uma demanda complexa que convoca uma atenção especializada, o que reverbera até mesmo em estudos que ofereçam subsídios para o desenvolvimento de ações (BRASIL, 2009a). Tal elemento se expressa, também, no fato de o Centro Pop e considerações acerca da população em situação de rua figurar em apenas três parágrafos de todo um documento de diagnóstico social. Por outro lado, tal elemento demonstra a responsabilidade que se incute na pesquisa em tela, uma vez que se constitui como um desafio ao pesquisador, pensando-se os desdobramentos de possibilidades que a pesquisa pode gerar.

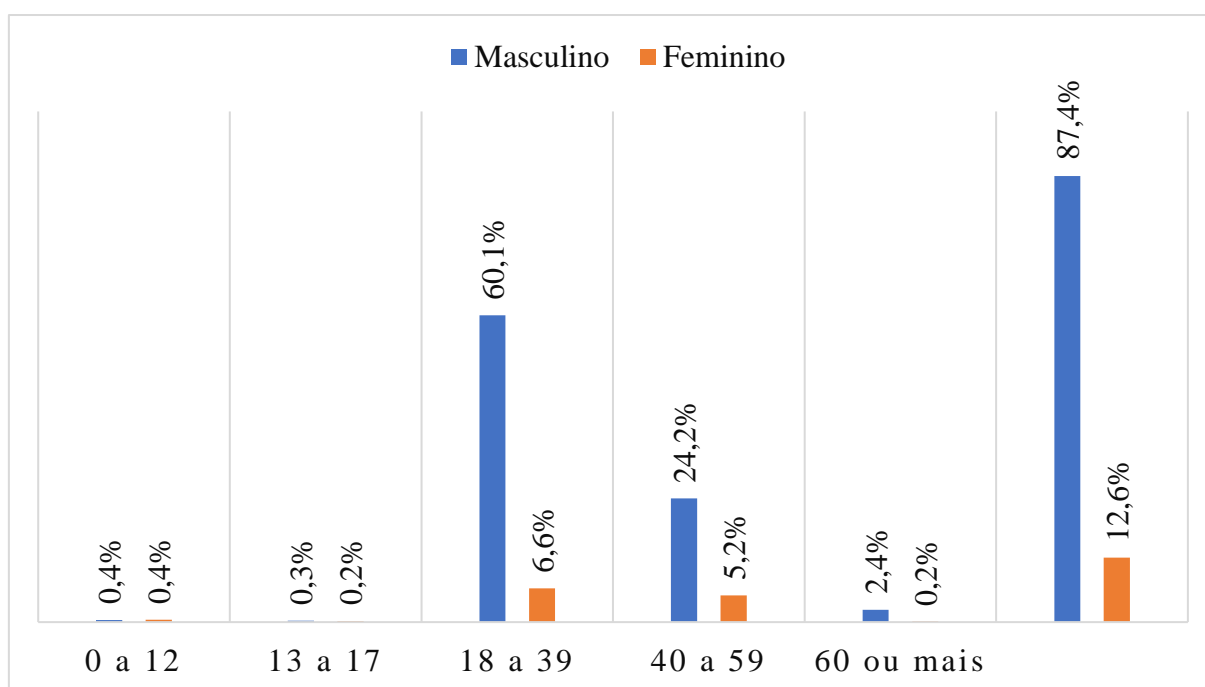


No mais, os subsídios até então apresentados demonstram, no mínimo, a importância do trabalho desenvolvido pelo Centro Pop com relação ao cuidado e atenção ofertado ao público de pessoas em situação de rua no município de Caucaia, sobretudo se configurando como um ordenador das redes e políticas diversas e se materializando como um dispositivo chave para a implementação das políticas analisadas nesta pesquisa.

Prosseguindo com nossa caminhada e esforço avaliativo, com relação aos indicadores monitorados no relatório de gestão, observamos que dessas 3.189 pessoas em situação de rua atendidas no período de 4 anos, 2.333 (73%) fazem uso de crack ou outras drogas, 124 (4%) são migrantes e 185 (6%) são portadoras de transtornos mentais. O restante, que compreende 547 pessoas em situação de rua não se enquadram em nenhuma dessas três categorias monitoradas.

Com relação à questão do ciclo de vida e sexo, observamos, no Gráfico 4, na página seguinte, a predominância do sexo masculino com o total de 87,4% enquanto que o sexo feminino detém 12,6%, com relevância para a ocorrência das faixas de idade de 18 a 39 anos (60,1%) e de 40 a 59 anos (24,2%), considerando o total de 3.189 pessoas atendidas no período de 2015 a 2019.

Gráfico 4 – Pessoas em situação de rua atendidas no Centro Pop Caucaia, de 2015 a 2018, por faixa etária e sexo.



Fonte: elaborado pelo autor.

Continuamos com nossa caracterização sociodemográfica do público em questão expondo dados em gráficos sobre a população em situação de rua de Caucaia. Mais à frente, algumas dessas questões serão retomadas ou aprofundadas a partir das narrativas.

#### ***4.2.2 Pessoas em situação de rua em Caucaia: uma continuação, uma tentativa de caracterização***

Apresentamos, neste tópico, gráficos que correspondem ao cruzamento de variáveis do diagnóstico social<sup>22</sup> elaborado pela equipe do Centro Pop com dados de prontuários recentes, contabilizando uma amostra de registros de informações acerca de 88 usuários.

Dividimos os dados apresentados em três blocos analíticos:

- ✓ 1 – Caracterização sociodemográfica;
- ✓ 2 – Aspectos relacionados à situação de rua; e
- ✓ 3 – Aspectos relacionados ao serviço.

##### ***4.2.2.1 Bloco analítico 1: caracterização sociodemográfica***

Iniciamos procedendo com a caracterização sociodemográfica.

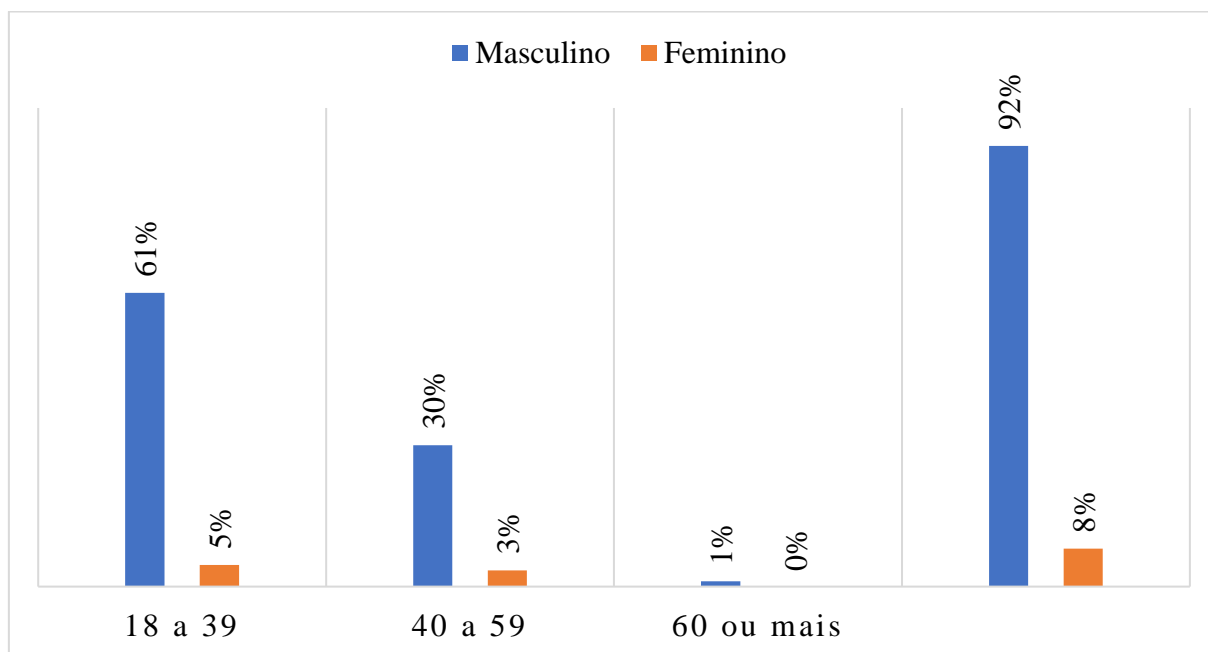
Assim, com relação a temática da distribuição de sexo e ciclo de vida, observamos, conforme o Gráfico 5, na página seguinte, que a população atendida no município corresponde a 92% de pessoas do sexo masculino, sendo que a grande maioria, 66% dessas pessoas, tem de 18 a 39 anos.

Portanto estamos lidando com um público majoritariamente de adultos jovens masculinos.

---

<sup>22</sup> É importante ressaltar que esse diagnóstico não é o mesmo diagnóstico socioterritorial do SUAS da SDS, realizado em 2016. Trata-se de um diagnóstico social empreendido pela equipe do Centro Pop no território de Caucaia, através de entrevistas com abordagem na rua.

Gráfico 5 – População em Situação de rua de Caucaia, por sexo e faixa etária, em 2018 e 2019.

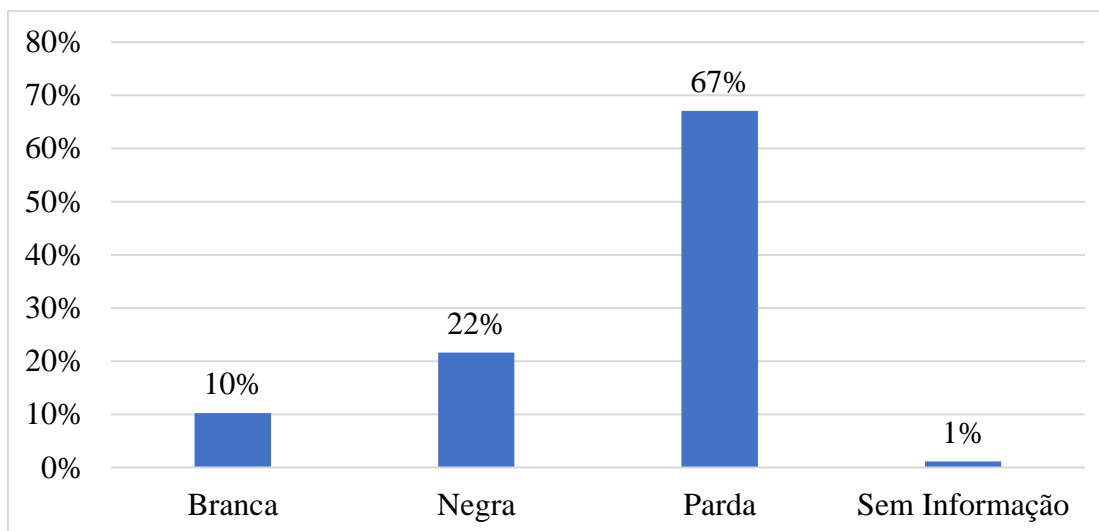


Fonte: elaborado pelo autor.

Tendo isto em mente e procedendo nossa análise a fim de subsidiar nossa avaliação, observamos, no Gráfico 6, a seguir, o dado de que 89%, a grande maioria dessa população, é composta por pessoas negras, considerando-se, em termos de autodeclaração e definição de etnia apontados pelo IBGE, 67% de autodeclarados pardos e 22% de autodeclarados negros, restando 10% de pessoas da etnia branca e 1% sem informação.

Essa informação aliada à caracterização fornecida pelo Diagnóstico Socioterritorial da SDS (SDS, 2016) e os elementos apontados por Silva e Alves (2018), aponta para a necessidade de se aprofundar o debate sobre os aspectos raciais e culturais na conformação dessas políticas, conforme discutimos anteriormente.

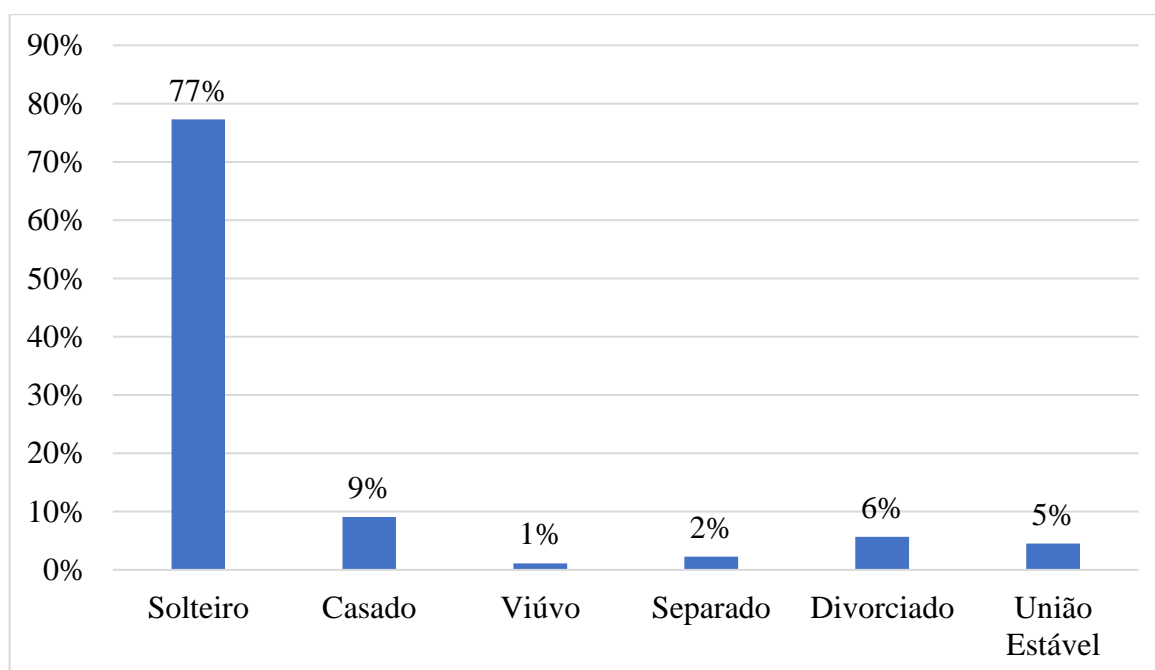
Gráfico 6 – População em situação de rua de Caucaia, por raça/etnia. 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Prosseguimos apresentando o Gráfico 7, com relação ao estado civil, demonstrando 77% de pessoas em situação de rua na condição de solteiros, maioria da amostra. As demais condições de casado, viúvo, separado, divorciado e união estável possuem número semelhante, com destaque para o estado civil casado, que representa 9% das ocorrências.

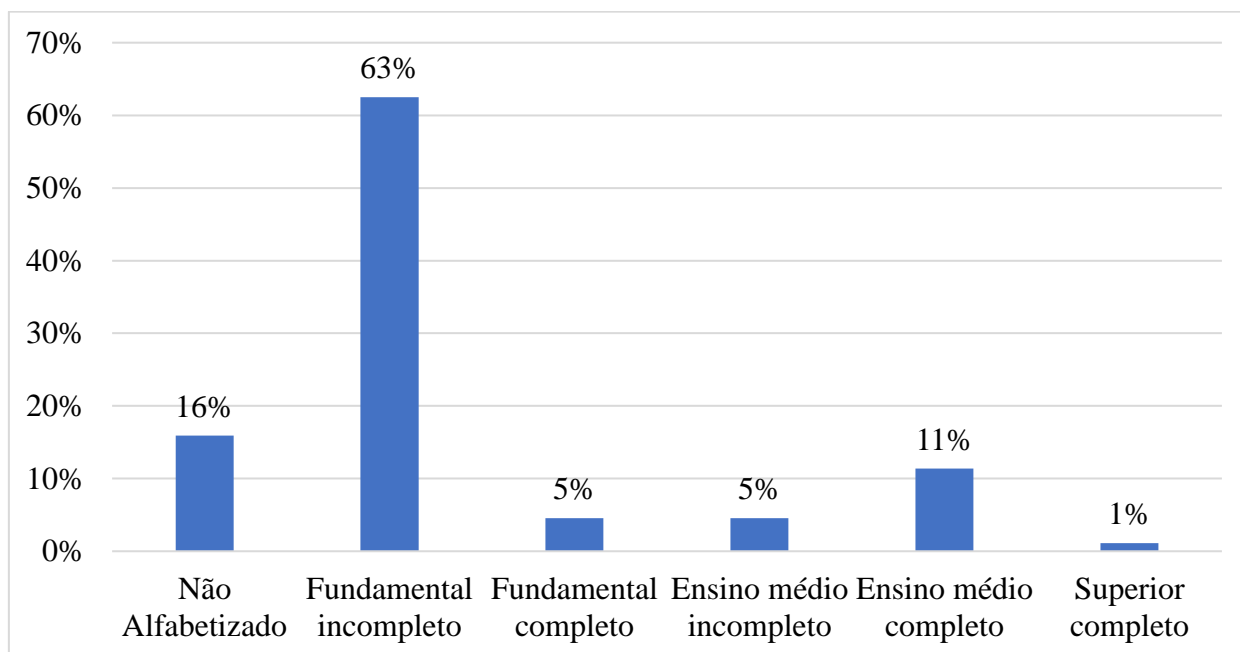
Gráfico 7 – Estado civil das pessoas em situação de rua em Caucaia. 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Com relação a escolaridade, conforme o Gráfico 8, completando essa caracterização sociodemográfica, uma maioria expressiva em relação às demais condições, encontra-se com escolaridade ensino fundamental incompleto, correspondendo a 66%. 16% dessas pessoas não foram alfabetizadas, o que configura um número também expressivo e 11% concluiu o ensino médio, ao passo que 5% iniciou o mesmo grau de ensino, mas não concluiu. 1% dessa amostra possui ensino superior completo.

Gráfico 8 – Escolaridade das pessoas em situação de Caucaia. 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Com relação a esse bloco analítico, ponderamos algumas situações.

Ora, o público em questão demonstra ser caracterizado, em sua maioria, por pessoas do sexo masculino, do ciclo de vida de adultos jovens, da etnia negra (com destaque para os pardos), com baixa escolaridade e com estado civil de solteiros. Tais aspectos anunciam algumas situações de vulnerabilidade, uma vez que se encontram em plena idade produtiva e marcados pela égide da pobreza, estando em situação de rua e fazendo uso de serviços de assistência social no âmbito da proteção social especial. Além disso, sua baixa escolaridade, onde 79% não acessaram sequer o ensino médio e um grande percentual de pessoas não alfabetizadas (16%), podem dificultar seu acesso ao trabalho formal. Se considerarmos que uma escolaridade de nível médio é algo básico para o acesso a maioria dos empregos, somente 11% dessa amostra estaria apta a ocupar uma vaga no mercado de trabalho formal.

Convém, então, nos perguntarmos sobre que modo de vida as pessoas nesse município vêm levando. Quais as suas perspectivas de vida e o que a cidade tem a lhes oferecer. Além disso, o que suas trajetórias nos contam para que hoje estejam nessa situação, tendo em mente um homem negro e solteiro em idade produtiva com baixa escolaridade, o qual se encontra em situação de rua em um município na região metropolitana de Fortaleza, capital de um estado do nordeste brasileiro. Assim, convém pensarmos como técnicos e gestores operam as políticas que tangenciam essa população, uma vez que através dessa caracterização já se pode traçar estratégias de atuação e de demandas que possam orientar as práticas exercidas no que tange à garantia e acesso a direitos sociais básicos, tais como a educação, moradia, trabalho e renda.

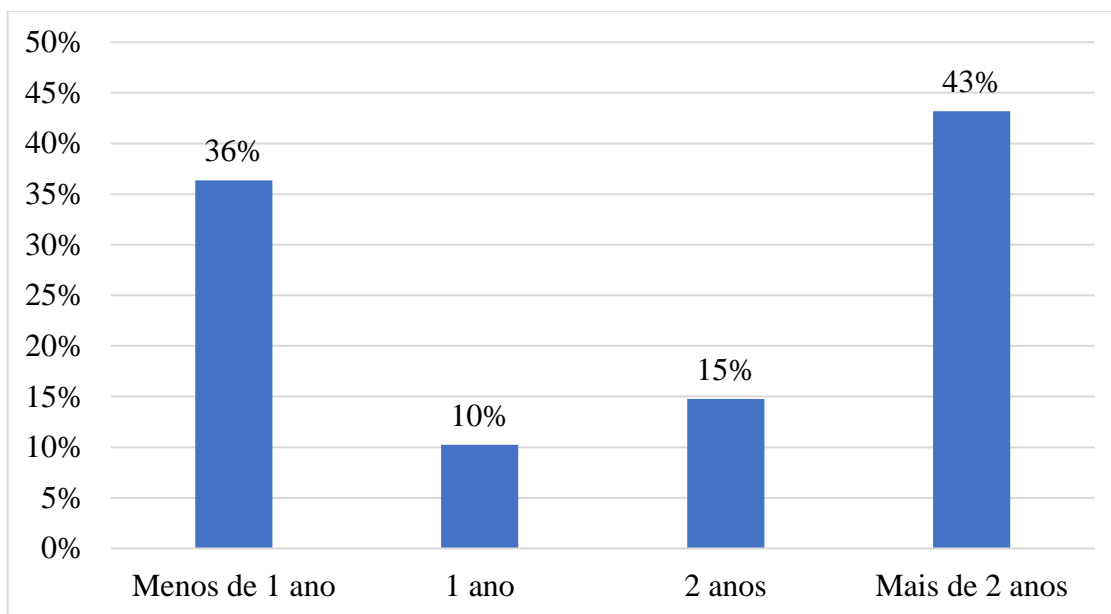
#### *4.2.2.2 Bloco analítico 2: aspectos relacionados à situação de rua*

Prosseguimos nossa análise, iniciando a apresentação de elementos acerca do segundo bloco analítico, que classificamos como aspectos relacionados à situação de rua em Caucaia.

Diante disto, no Gráfico 9, apresentamos o tempo em situação de rua declarado pelos usuários e registrado nas fontes de pesquisa, em que a maior parte das pessoas tem ou mais de 2 anos (43%) ou menos de 1 ano (36%) de situação de rua.

Esse dado nos apresenta um elemento relevante. Uma vez que demonstra o fato de que muitas pessoas já estão em situação de rua há um tempo considerável, arranjando sua vida a essa condição por pelo menos os últimos dois anos. Ao passo que, quase na mesma proporção, muitas pessoas também chegaram a essa situação nos últimos 12, configurando um processo de pauperização latente e gradativo.

Gráfico 9 – Tempo em situação de rua de pessoas em situação de rua de Caucaia. 2019.



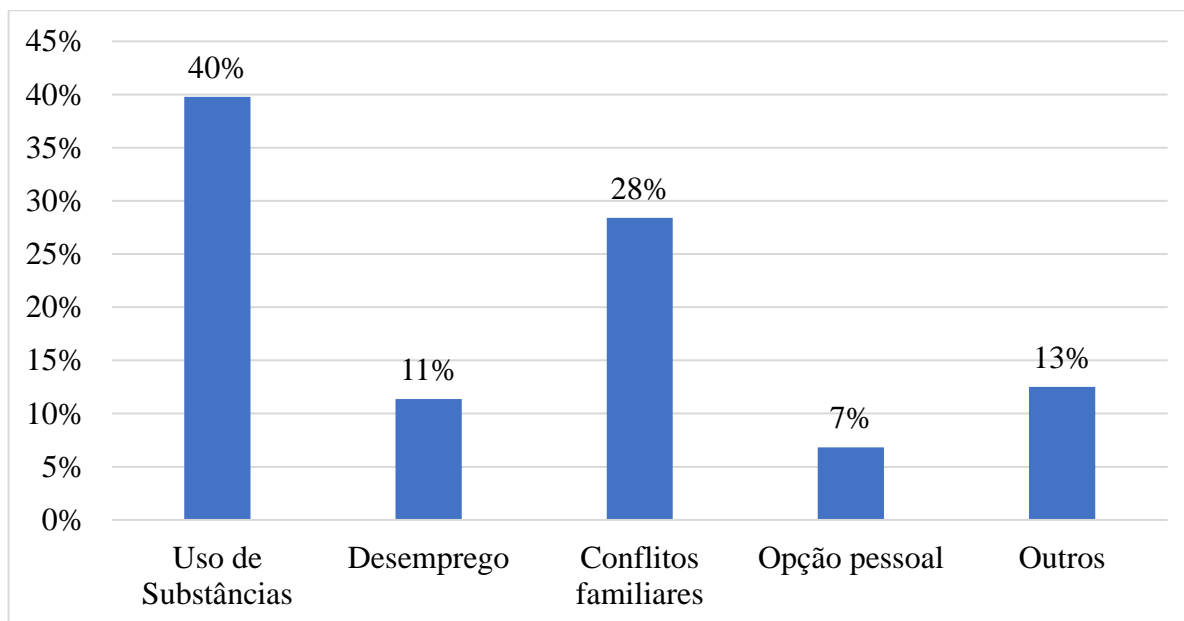
Fonte: elaborado pelo autor.

Prosseguindo, no Gráfico 10, demonstramos os principais motivos apresentados por essa população que condicionaram na sua atual situação de rua, em que 40% indica que o uso de drogas é o principal motivo para a situação, seguido por 28% que indica conflitos familiares e somente 11% considerando inicialmente o desemprego<sup>23</sup>. Esses dados corroboram com a pesquisa nacional de Brasil (2009a).

Já 7% aponta que a vida em situação de rua é por decisão pessoal, uma escolha de vida, não estando condicionada a outras questões. Outros 13% apontam motivos diversos para a situação, os quais aglomeramos em uma só variável. Convém destacar que um dos motivos apontados e que foram enquadrados na categoria *outros* diz respeito a conflitos relacionados a facções em seus territórios de origem, tendo as pessoas que saírem de sua casa ou territórios onde moravam e ordenavam suas vidas, passando a viver em um território distante, no caso, o município de Caucaia. Em meio a esse fenômeno de migração forçada, acabaram em situação de rua.

<sup>23</sup> Vale ressaltar que analisando os prontuários e demais fontes de dados, boa parte refere essas três situações simultaneamente como motivos principais para a situação de rua, mas observando os relatos de atendimentos e acolhimento, a maioria indica que o motivo do processo é relacionado, sobretudo, ao uso de drogas.

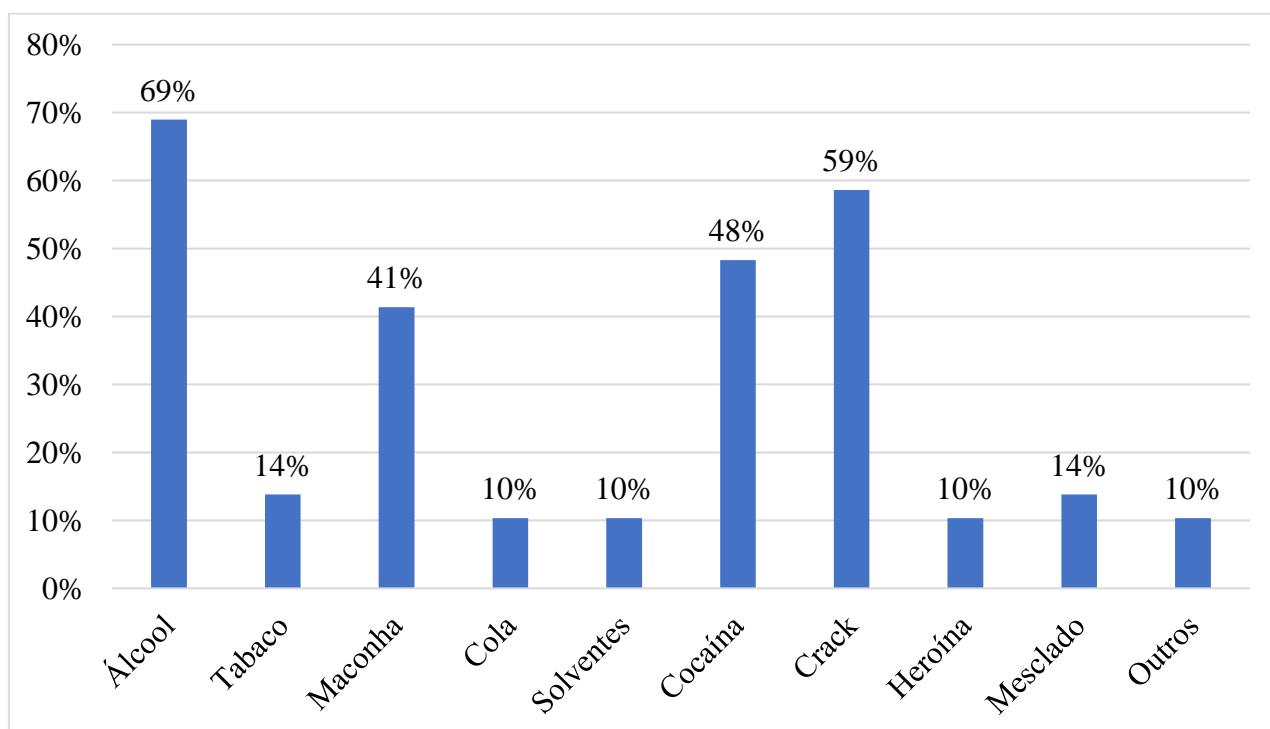
Gráfico10 – Motivos para a situação de rua de pessoas em situação de rua em Caucaia. 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Pensando-se na questão apresentada com relação aos motivos para a situação de rua e considerável prevalência do uso de substâncias, prosseguimos a análise com o Gráfico 11, que aponta os tipos de drogas utilizadas, a seguir.

Gráfico 11 – Tipos de drogas utilizadas pelas pessoas em situação de rua em Caucaia. 2019.

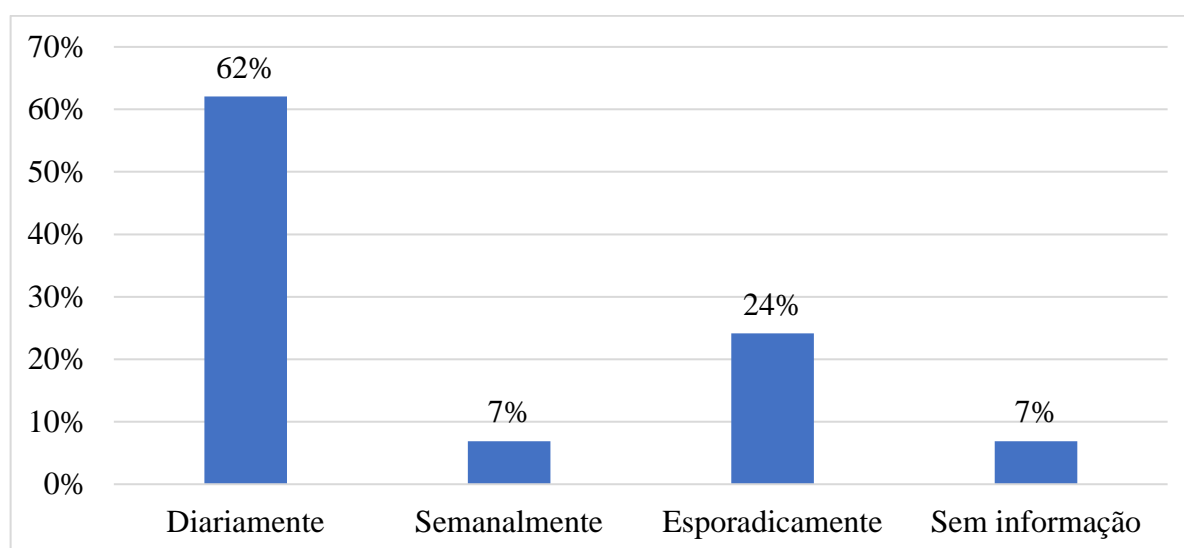


Fonte: elaborado pelo autor.



Como se vê, álcool (69%), crack (59%), cocaína (48%) e maconha (41%) são os tipos de substâncias mais utilizadas pelas pessoas em situação de rua, de acordo com declaração das próprias. Ainda com relação ao uso de substâncias, no Gráfico 12, apresentamos a frequência de uso demonstrada a partir dos dados, em que se observa que o consumo diário representa consideráveis 62%, seguido pelo uso esporádico, com 24% e o uso semanal, com 7%.

Gráfico 12 – Frequência do uso de drogas de pessoas em situação de rua em Caucaia. 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Os dados correspondentes a esse bloco que versa sobre aspectos acerca da situação de rua do público em estudo lançam elementos analíticos importantes para a condução do trabalho e consequente orientação das políticas. Ora, estamos lidando com um público que ou foi inserido nessa situação recentemente ou já está há muito tempo, o que demonstra uma gradativa vulnerabilização de segmentos populacionais, os quais acessaram a condição de pobreza extrema recentemente, nos últimos 12 meses, acompanhando o processo de empobrecimento dos segmentos vulnerabilizados do país, se tomarmos como via analítica os dados socioeconômicos apresentados em tópicos anteriores e as consequências dos ajustes realizados desde os anos 1990, aprofundados, sobretudo, de meados de 2014 aos dias atuais, um período em que o Brasil parece estar estagnado no que tange ao desenvolvimento social e econômico.

Além disso, os dados acerca dessa população apontam que o uso abusivo de substâncias psicoativas, o uso de drogas, surge como uma problemática prioritária na

construção da agenda dos serviços e do desenho das políticas, uma vez que 40% aponta o uso de substâncias como principal motivo para a situação de rua, superando as razões por conflito familiar e, inclusive, apontando o uso problemático dessas substâncias como a gênese desse conflito que ocasionou na conseqüente situação de rua.

Isto significa dizer que o uso de drogas desponta como o principal motivo do processo de rualização e da conseqüente desfiliação e desqualificação social, uma vez que 36% dessa população chegou a essa condição nos últimos 12 meses, ao passo que outros 43% já se encontram nessa situação pelo menos mais de 2 anos, perdurando em sua condição de vulnerabilidade e pobreza. Considerando que somente 7% declara ter escolhido esse modo de vida, temos 93% dessas pessoas que desejam outro modo de vida, e por diversos motivos não conseguem, demandando das políticas, por meio da execução dos serviços, o atendimento a suas demandas, tendo acabado em situação de rua contra sua vontade.

Considerando os aspectos relacionados aos determinantes sociais da saúde, podemos observar potenciais adoecimentos, sobretudo relacionado ao sofrimento mental, por parte dessa população. Uma vez que, levando em conta a sociabilidade brasileira, a qual é perpassada por aspectos coloniais que engendram instâncias como o racismo e o elitismo (SOUZA, 2017; SCHWARCZ; STARLING, 2015). Estamos lidando com pessoas muito vulneráveis, demandando cuidados de saúde mental, convocando as políticas que operam esse cuidado a dar uma resposta institucional.

Além disso conforme a literatura apresentada em pesquisas nacionais com o mesmo público em tópicos anteriores, boa parte das pessoas em situação de rua no Brasil fazem cotidiano de substâncias, prejudicando-lhes em diversos níveis (BRASIL, 2009a; 2006).

Não é diferente em Caucaia, que apresenta, tanto na amostra para essa seção de análise como na amostra dos relatórios de gestão, cerca de 70 a 80% de pessoas acompanhadas que fazem uso de alguma substância diariamente, com destaque para o álcool, que corresponde a 69% do tipo de substâncias utilizadas.

Esse achado, inclusive, corrobora com a literatura e desmistifica o uso do crack como principal problemática nas cidades brasileiras, discurso sustentado pelo ministro Osmar Terra que se encontra no Executivo Federal desde o governo de Michel Temer e hoje, no governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro, é titular do Ministério da Cidadania, operando assuntos diversos relacionados às drogas. No III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em

2016<sup>24</sup>, sob encomenda do Ministério da Saúde, identificou-se que a substância que apresenta maior problemática para a população é o álcool, considerando o achado de que 66,4% da população brasileira já fez uso de álcool pelo menos uma vez na vida, 43,1% bebeu no último dia e 30,1% bebeu nos últimos 30 dias, além de que 16,5% dos que responderam que fizeram uso foi em situação de *binge*<sup>25</sup> (BASTOS et al., 2017, *apud* GARÇONI, 2019).

Ainda sobre o consumo de álcool, a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima, por meio do Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018, que cerca de 43% da população fazem uso de álcool cotidianamente (OMS, 2018). Este estudo aponta, ainda, que no Brasil, cerca de 40% da população consumiu álcool nos últimos 12 meses (OMS, 2018), corroborando com o dado mundial e em comportamento semelhante ao estudo de Bastos et al. (2017), apresentado por Garçoni (2019).

Em ambos os estudos, o álcool desponta como a substância que se apresenta como principal problemática, em detrimento do crack e desmentindo a tese do governo brasileiro acerca de uma suposta *epidemia de crack*. Nosso estudo corrobora com essas pesquisas, uma vez que se percebe prevalência de 69% de uso diário de álcool, sendo a principal substância utilizada, em detrimento de outras. Cruzando-se com os dados de Bastos et al. (2017), apresentados por Garçoni (2019), e da OMS (2018), na verdade, observamos uma urgência, pois a prevalência de uso de álcool pelas pessoas em situação de rua em Caucaia, a partir das fontes pesquisadas, ultrapassa bastante a prevalência dos outros estudos, que gira em torno dos 40%.

Analisando esta questão, e pensando-se que 40% aponta o uso de drogas como o principal motivo para a situação de rua, entendemos que o uso foi iniciado antes da condição de pessoa em situação de rua e originou conflitos diversos que culminaram no rompimento e fragilização de vínculos, elaborando um processo de desqualificação social, seja em caráter de dependência, fragilidade ou ruptura, conforme Paugam (2003). Assim pensando, a

---

<sup>24</sup> Convém destacar que esse estudo foi *engavetado* pelo governo federal, criando-se uma espécie de censura desde a sua apresentação em 2017, uma vez que os resultados apresentados desmentem, cientificamente, os argumentos do governo acerca de uma suposta *epidemia de crack*. Tal fato fez com que Osmar Terra empreenda uma verdadeira cruzada contra a Fiocruz, atacando a instituição publicamente desde então. Recentemente, a jornalista Ines Garçoni, do portal *The Intercept Brasil* publicou uma matéria em que apresenta alguns dos resultados do estudo e argumenta acerca dessa hipótese de que o estudo foi censurado por desmentir a tese do governo federal durante a gestão de Michel Temer e que é sustentada pelo governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro (GARÇONI, 2019). No final de maio de 2019, as jornalistas Tatiana Dias e Ines Garçoni publicam na íntegra o estudo no mesmo portal e argumentam sobre a espécie de censura imposta (DIAS; GARÇONI, 2019). Em 1 de junho de 2019, as jornalistas publicam uma atualização na matéria dizendo o seguinte: “Após a publicação deste texto, fontes informaram que há uma versão posterior do estudo, mais completa, que atendeu à outras exigências feitas pela SENAD. Ainda segundo as fontes, é a nova versão que está sob avaliação do Ministério da Justiça e da AGU” (DIAS; GARÇONI, 2019, s.p.).

<sup>25</sup> Caracteriza a ingestão de cinco ou mais doses em uma única ocasião, para homens, e três ou mais doses, no caso de mulheres. O que pode ser considerado um consumo abusivo.

intervenção precoce em saúde mental relacionada a transtornos decorrentes do uso de drogas, no âmbito de fortalecimento de vínculos, preveniria a situação de rua? Seria incorreto se pensar em atuação, no âmbito da Proteção Social Básica da política de assistência social, com o uso de drogas com usuários masculinos, negros com baixa escolaridade? Poderíamos pensar em alguma articulação entre as políticas de saúde mental e de assistência social no âmbito dessa proteção social básica, antes do rompimento de vínculos? Como acessar esse público antes que surjam para as políticas enquanto pessoas em situação de rua?

Ora, são questionamentos a serem realizados e que o estudo nos suscita. Nas políticas de saúde mental há diretrizes acerca da promoção da saúde e de direitos humanos, considerando os direitos sociais inseridos em nosso processo constitucionalista, os quais operam políticas públicas sociais diversas. A Saúde Mental emerge enquanto campo transversal, sendo operacionalizada também a nível de assistência social. Tomando como exemplo os aspectos da população em situação de rua do município de Caucaia, as políticas são convocadas a redesenharem seus modelos de atuação. Na experiência municipal, percebemos atuações intersetoriais, mas nada formalizado, cruzando o seguinte excerto com nosso *mapa falante*:

*A gente costuma fazer visitas juntos (...) e usa o mesmo carro, a equipe do Centro Pop passa no CAPSad e a gente faz intervenções juntas, visitas domiciliares ou (...) abordagens para pessoas que são usuárias de drogas e que estão em situação de rua. Discutimos casos, articulamos alguns outros (...) fazemos atividades de redução de danos juntos (...) (G2).*

Este elemento nos leva a pensarmos em aspectos relacionados aos serviços, sobre a forma, de acesso ao Centro Pop, por exemplo, nos questionando como esses usuários chegaram até ao equipamento, conforme prosseguimos no terceiro bloco analítico, versando acerca destas questões.

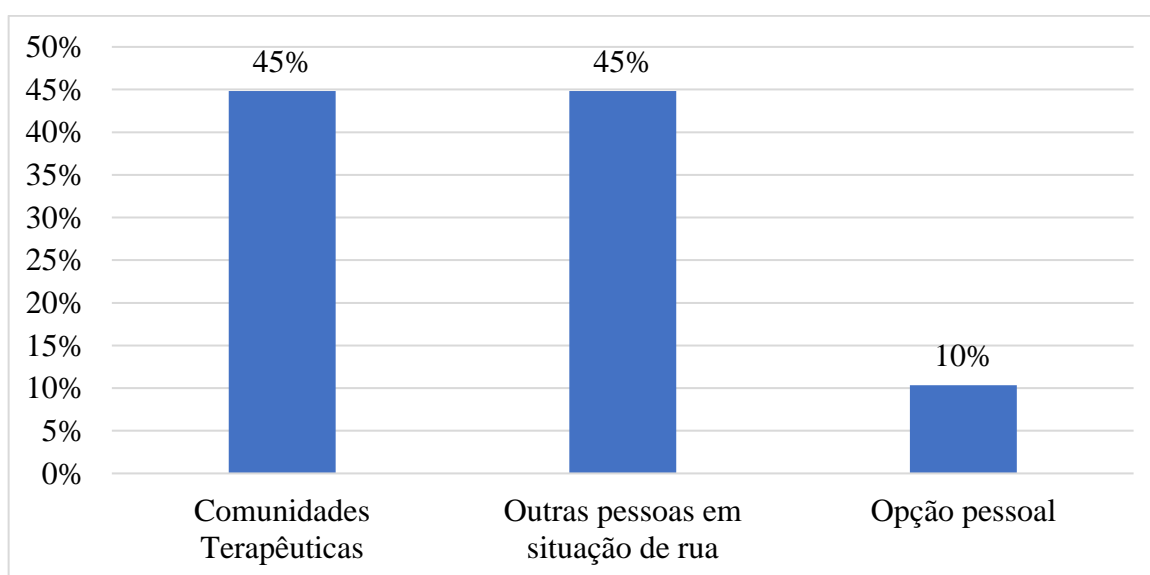
#### *4.2.2.3 Bloco analítico 3: aspectos relacionados ao serviço*

Através do Gráfico 13, na página seguinte, em que os dados versam sobre o acesso ao equipamento, onde as principais formas de conhecimento e acesso ao dispositivo institucional é através das Comunidades Terapêuticas e de outras pessoas em situação de rua,

as duas formas ocorrendo em 90%, com 45% para cada, e somente 10% afirma ter buscado o equipamento por iniciativa própria.

Os dados acerca desse aspecto demonstram que ou o público desconhece o equipamento ou o evitam, uma vez que somente 10% busca espontaneamente o serviço sem indicação de alguma outra pessoa. Por outro lado, percebemos que quem usa indica a outros em mesma situação a fim de que o acessem para realizar assistência em demandas diversas, o que apresenta um aspecto de boa vinculação por parte do serviço aos usuários que o acessam.

Gráfico 13 – Acesso ao Centro Pop pela população em situação de rua em Caucaia. 2019.



Fonte: elaborado pelo autor.

Esse dado acerca das comunidades terapêuticas é preocupante por alguns motivos. Primeiramente porque essas instituições demonstram absorver boa parte da demanda relacionada às pessoas em situação de rua, mesmo que não figurem inicialmente nos desenhos das políticas de assistência social, saúde ou saúde mental, bem como das políticas avaliadas e analisadas neste estudo, as quais tangenciam diretamente o público de pessoas em situação de rua. Contudo, considerando as novas políticas de saúde mental vigentes implementadas por meio da portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a) e da Nota Técnica nº 11, de 4 de fevereiro de 2019 (BRASIL, 2019a). As CTs, que são instituições religiosas, figuram como pontos de atenção do componente de acolhimento residencial e transitório da RAPS, mesmo não havendo comprovação por evidência científica de sua eficácia de tratamento e os inúmeros registros de violações aos direitos humanos e tortura, denunciados no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017 (CFP, 2018), o qual empreendido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mecanismo Nacional de Prevenção

e Combate à Tortura (MNPCT), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e Ministério Público Federal (MPF).

No referido documento são registradas violações diversas, tais como sanções e indícios de tortura, internação involuntária, cárcere privado, internação de pessoas idosas e de pessoas com problemas decorrentes de transtornos mentais, infraestrutura e condições sanitárias inadequadas, desrespeito à identidade de gênero e religiosa, dentre outras questões (CFP, 2018). O que configura essas instituições como verdadeiros depósitos de seres humanos que agora versam financiados pelo governo federal, reorientando o modelo de atenção psicossocial que vinha lentamente se desenhando conforme os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Neste estudo demonstramos que, de acordo com os registros que 45% dos usuários, que frequentaram o Centro Pop no período avaliado, já esteve internado em Comunidades Terapêuticas e 30% já realizou tratamento no CAPSad, demonstrando que são as instituições religiosas que estão protagonizando o cuidado em saúde mental decorrente do uso de drogas no município, mesmo com o sabido risco que oferecem, conforme se vê em CFP (2018). E que essas mesmas instituições estão realizando referência para o equipamento Centro Pop, promovendo acesso ao equipamento. Isto significa dizer que as CTs em Caucaia vêm absorvendo parte das pessoas em situação de rua e utilizando os serviços do Centro Pop.

Ora, considerando que agora as CTs se configuram institucionalmente como pontos de atenção da RAPS não haveria nada estranho que o Centro Pop opere a rede. Contudo, tais aspectos demonstram a necessidade de investimento e fortalecimento do Centro Pop e das redes socioassistencial e de atenção psicossocial baseada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Tendo em vista que o fortalecimento do Centro Pop, a partir desses preceitos da atenção psicossocial, pode oferecer grandes avanços para a implementação das políticas de saúde mental para as pessoas em situação de rua em Caucaia, pois o equipamento tem se mostrado extremamente estratégico na garantia de direitos das pessoas em situação de rua no âmbito da proteção social promovendo cuidado e assistência.

Ainda sobre esta questão, conforme vimos em nossa matriz diagnóstica, existem somente oito CTs cadastradas no CNES no município de Caucaia, apesar de facilmente observamos dezenas pelos territórios diversos, em especial na região litorânea nos bairros de Iparana, Pachêco e Icaraí. Isso é de se estranhar, uma vez que compo ponto de atenção da RAPS e fazendo articulações e prestando serviços ao SUS em interface com CAPSad e Centro Pop, tais instituições deveriam constar no cadastro.

Tais elementos nos apontam direcionamentos a serem considerados durante nossa análise a fim de subsidiar nosso esforço avaliativo, inaugurando, a partir deste momento, um novo momento analítico do estudo.

### 4.3 Conversações: elementos de análise narrativa da experiência

Para darmos prosseguimento, já tendo em mente os aspectos diversos até então apresentados advindos de nossas invenções metodológicas, apresentamos, neste tópico dados elencados na Tabela 3, na página seguinte, extraídos das mesmas fontes de dados secundárias descritas anteriormente, mas que versam sobre respostas em formato de sim ou não.

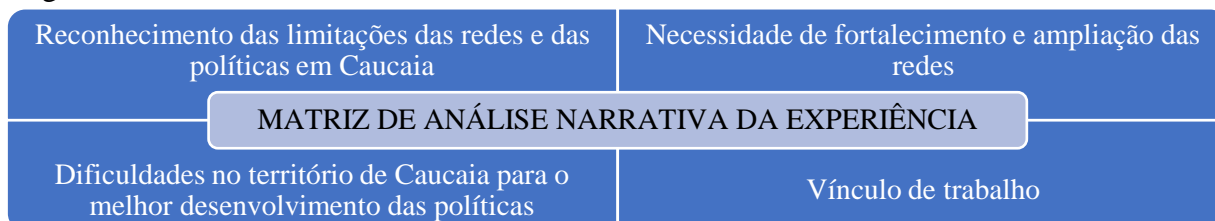
Engendramos, nesse momento analítico, a interpretação destes dados a partir dos elementos apreendidos em nossas conversações, entrevistas realizadas, das quais extraímos subsídios das narrativas, os quais dividimos em quatro blocos analíticos: 1 – Reconhecimento das limitações das redes e políticas; 2 – Necessidade de fortalecimento e ampliação das redes; 3 – Dificuldades no território de Caucaia para o melhor desenvolvimento das políticas; e 4 – Vínculo de trabalho.

Convém atentarmos ao caráter processual da análise empreendida, tendo em vista que apesar das demarcações nos quatro blocos analíticos, o extrato apresentado a seguir no decorrer deste tópico segue uma ideia matricial, fundada na proposta de desenho avaliativo que inventamos e apresentamos na seção acerca dos aspectos metodológicos da pesquisa.

Os discursos dos interlocutores se apresentarão imbricados com os dados apresentados na Tabela 3 ao decorrer do tópico, à guisa de conclusão do nosso esforço avaliativo.

No extrato da Figura 1, a seguir, apresentamos mais uma vez nossa matriz de análise.

Figura 1 – Desenho avaliativo



Fonte: elaborado pelo autor.

Neste sentido, a fim de prosseguirmos, apresentamos a Tabela 3.

Tabela 3 – Aspectos relacionados à população em situação de rua em Caucaia. 2019.

<b>Aspectos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Desenvolve atividade laboral na rua	39%	61%
Recebe PBF	34%	66%
Uso de drogas	78%	22%
Pretende cessar o uso	56%	44%
Já esteve em Comunidades Terapêuticas	45%	55%
Já fez tratamento no CAPSad	30%	70%
Pendências judiciais	24%	76%
PCD	5%	95%
Família em Caucaia	74%	26%
Possui documentação pessoal	86%	14%
Alimenta-se todos os dias	86%	14%
Sofreu algum tipo de violência	57%	43%
Praticou algum tipo de violência	28%	72%
Sintomática de Transtorno Mental	38%	62%

Fonte: elaborado pelo autor.

Considerando que estas variáveis são relevantes para os objetivos de nossa pesquisa, prosseguimos trazendo apontamentos, analisando os dados a partir da matriz de análise narrativa da experiência. Por considerarmos a matriz conformamos essas narrativas em só bloco analítico, cruzando os elementos apontados com os dados apresentados.

Dessa maneira, a partir da Tabela 3, observamos que 39% das pessoas em situação de rua desenvolve atividades laborais no território das ruas de Caucaia, o que demonstra que são pessoas ocupadas laboralmente, mas que não estão inseridas em trabalho formal. Conforme elementos extraídos de nossas conversações na elaboração do *mapa falante* que orientou esse estudo, as formas de trabalho são as mais precárias possíveis, destacando-se as atividades de *flanelinha*, que consiste em vigiar veículos em troca de um pagamento a critério dos condutores, geralmente correspondendo a algumas moedas. Bem como atividades gerais de bicos ou favores, tais como a realização de pequenos serviços como desentupimento de um ralo ou esgoto em calçadas, limpeza de terrenos e carregamento de caixas ou produtos no mercado municipal.



Conforme os registros, somente 34% afirmam receber valores referentes ao Programa Bolsa Família (PBF), o que demonstra um vazio assistencial, no sentido de 66% não estar recebendo o benefício.

78% relatam fazer uso contínuo de drogas, dos quais somente 56% afirmam desejar cessar o uso. Outros 44% não pretendem, portanto, parar de usar substâncias. Esse dado aponta uma atuação estratégica com relação às atividades de saúde mental, uma vez que nas políticas a ética do cuidado, com relação ao uso de drogas, era com base na prerrogativa da Redução de Danos. Essa estratégia considera o protagonismo do usuário em seu tratamento e orienta o cuidado a partir de uma ética que se desvencilhe de considerar somente a abstinência como terapêutica, considerando evidências científicas e questões relacionadas aos Direitos Humanos.

Esse aspecto surge nas narrativas de nossas conversações e entrevistas quando se toca na questão do cuidado com relação ao uso de drogas.

*Eu vejo que a questão do uso de drogas, bebida, é um grande fator pra que a família pare de dar apoio pra eles. Além disso, essa questão de droga, bebida e outros vícios, faz com que eles deixem de trabalhar ou continuem sem trabalhar porque tem alguns que nunca nem trabalharam. E os pais acabam não aguentando mais, deixam de dar esse apoio (P3).*

A narrativa acima demonstra aspectos advindos da experiência em que se demonstra a problemática envolta com o uso de drogas, destacando-se a questão do álcool e as consequências na vida familiar. Demonstra, também, aspectos relacionados à idade jovem das pessoas em situação de rua de Caucaia. Uma vez que, passando por problemas relacionados a esse uso, acabam por envolverem-se em conflitos com familiares, geralmente os pais, e ir para a situação de rua em baixa idade sem terem sequer sido inseridos ainda no mercado de trabalho.

Como falado anteriormente, 45% já esteve internado em comunidades terapêuticas e somente 30% já realizaram tratamento no CAPSad. Tomando por base que 78% são usuários de substâncias e que a maior parcela desses usuários é absorvida justamente por CTs convém nos questionarmos sobre os motivos para isso, tendo em vista que o equipamento estratégico para a execução e implementação da política de saúde mental são os CAPS. Entretanto, o que as CTs oferecem que as tornam mais atrativas que os CAPS? Sobre esse aspecto, algumas narrativas nos apontam elementos analíticos para essas questões,

versando sobre a necessidade de acolhimento institucional ou abrigamento para o trabalho com o público, inclusive com relação a essa articulação com as comunidades terapêuticas e o fato delas absorverem a demanda.

*(...) as comunidades terapêuticas, que é um problema, mas que acaba que uma grande parte dessas pessoas só conseguem um abrigamento e só se interessam por um abrigamento em comunidade terapêutica, dada a inexistência de leitos de abrigamento no município de Caucaia (P6).*

Uma vez que no município não há um equipamento de acolhimento institucional, as CTs absorvem essa demanda. Isso representa um elemento encaminhativo acerca da implementação dessas políticas no âmbito do território de Caucaia. Ainda sobre esse assunto, P6 continua sua crítica com relação à implementação da política na cidade ao discorrer sobre seu trabalho:

*Um município que tem mais de 300 mil habitantes (...) que tem um Centro Pop e não tem nenhum leito de abrigamento, eu não sei qual é a perspectiva desse município pro trabalho com essa população. Eu não entendo. Na verdade, eu não entendo. Eu me sinto constrangido porque pra mim não faz sentido. Não faz sentido haver política pra população em situação de rua e não haver sequer um leito, um leito pra pessoa passar a noite, uma pousada social, ou que seja com Fortaleza... que tenha um fluxo, uma parceria com Fortaleza (P6).*

É notório como a ausência de um equipamento ou serviço do tipo, que ofereça abrigamento, prejudica a efetividade dos serviços e dos tratamentos empreendidos, seja no âmbito da terapêutica em equipamento de Saúde Mental, no âmbito de problemas decorrentes do uso de substâncias, seja no âmbito do trabalho a nível da assistência social com pessoas em situação com transtornos mentais, conforme aponta a narrativa a seguir.

*É importante ter pra onde encaminhar, onde (...) ficar abrigados. O que infelizmente nós não temos. Se nós não conseguimos reconstruir os vínculos com a família (...) a gente vai atender aqui e ele vai voltar pra rua, mesmo com tantas limitações. Esse pra mim é o ponto chave: ter o local pra onde encaminhá-los, pra onde eles possam repousar a cabeça, tentar reconstruir a vida (P2).*

Sobre isso, inicialmente, dois desdobramentos nos surgem para a melhor execução das políticas em estudo no âmbito da realidade local de Caucaia: 1 – a implementação de um Acolhimento Institucional para pessoas em situação de rua, a fim de garantir melhor cuidado e tratamento para o público em intersectorialidade com as políticas de saúde e saúde mental; 2 – o remodelo da Atenção Psicossocial do município na medida de fortalecimento dos CAPS para ampliação da estrutura e equipes ou criação de outros dispositivos de cuidado localizados estrategicamente para atender ao público em questão a fim de garantir espaço para tratamento contínuo de pessoas em situação de rua com problemas decorrentes do uso de substâncias.

Uma terceira via seria o estreitamento de laços e formalização de intersectorialidade com as instituições religiosas chamadas comunidades terapêuticas, o que convoca o envolvimento da gestão municipal em níveis maiores, não somente da atuação de gestores e técnicos dos equipamentos inseridos nas políticas. Considerando as políticas vigentes, na verdade isso se constitui enquanto uma oportunidade, uma vez que as CTs ganharam notoriedade no desenho das políticas, bem como seu modelo de atuação e financiamento por parte da ação pública estatal, conforme demonstrado na seção 3, mesmo com sua atuação controversa e considerando a terapêutica da abstinência como primordial para o tratamento.

Contudo, há sim uma oportunidade de operacionalizar esse trabalho. A coordenação de saúde mental de Caucaia já até empreende um esforço nesse sentido, realizando encontros entre profissionais dos CAPS e demais serviços da RAPS municipal com diretores e usuários das CTs que funcionam no município, absorvendo a mesma demanda e se propondo a cuidar dos mesmos usuários. Inclusive, participamos de um desses encontros em que se realizou uma espécie de matriciamento em saúde mental, no qual uma psicóloga do CAPSad apresentou a estratégia do Projeto Terapêutico Singular (PTS), dispositivo de cuidado inserido na dimensão Técnico-Assistencial da reforma psiquiátrica brasileira e que orienta o trabalho e terapêutica utilizadas nos CAPS e demais dispositivos da RAPS que originalmente compunham as políticas. Acreditamos que se esse encontro fosse melhor operacionalizado e encaminhado poderíamos conduzir experiências exitosas em saúde mental das pessoas em situação de rua em Caucaia.

Porém, as políticas de saúde mental no município são fragilizadas e os próprios movimentos a nível federal, com as reformas empreendidas nas políticas avaliadas já no início do governo Bolsonaro, reorientando o modelo de atenção psicossocial para um caráter asilar na contramão dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, exponenciando o processo de remanicomialização das políticas (SOUSA; JORGE, 2019; GUIMARÃES; ROSA, 2019),

demonstram que esse tipo de inventividade não tem espaço, uma vez que as estratégias de cuidado que compunham as políticas de saúde mental, as quais foram inseridas a partir de construções históricas de movimentos sociais que conglomeravam usuários e profissionais, bem como o mundo acadêmico, oferecendo evidências científicas das terapêuticas preconizadas, vem sendo deixadas de lado por meio da ocupação das pautas estritamente ideológicas com base no conservadorismo.

Os profissionais e gestores do município de Caucaia reconhecem as fragilidades das políticas em que atuam em âmbito municipal. A partir de suas narrativas, percebemos que buscam realizar um trabalho inventivo, dentro de seus limites, buscando parcerias e atuações conjuntas, mas a rede municipal, no que tange às políticas, limita o trabalho e não oferece suporte.

*Lamentavelmente a rede de saúde e a rede socioassistencial do município de Caucaia ainda é bastante limitada e não consegue oferecer uma maior diversidade de assistência a população em situação de rua e isso acaba fragilizando a efetivação da política (G3).*

Além disso, apontam essas atuações a nível de governo federal com relação às políticas sobre as quais debruçamos nossas análises com o fim de avaliá-las, bem como outras que as tangenciam. Bem como traçam caminhos e perspectivas frente ao cenário desafiador no âmbito das políticas públicas e direitos sociais no Brasil de 2019, conforme se demonstra na narrativa a seguir.

*A política nacional pra população em situação de rua é de 2009. É uma política que tá completando 10 anos, é muito recente. Eu acompanho de perto a evolução da política de saúde mental no país. Acompanho de perto as políticas sobre drogas. São políticas que recentes (...) a política do SUS, que também acompanho de perto. São políticas de 30 anos pra cá. A política de drogas começou o realinhamento de 15 anos pra cá (...) talvez foram muitos avanços legislativos e poucos avanços na ponta. Desses muitos avanços legislativos pouco se efetivou dentro das redes de assistência, da assistência direta pras pessoas. Desde o governo Temer há uma nova reforma psiquiátrica, há um ataque à política de saúde mental (...) um ataque à política sobre drogas no Brasil, vários ataques ao SUS. E a política da população de rua é duramente atacada quando toda a*

*política de assistência social é atacada. O SUAS praticamente deixa de existir desde 2018 (...) a assistência social praticamente zero no orçamento (...) ainda existem os CRAS, os CREAS... eu não sei como esses serviços estão se sustentando. A perspectiva é a pior possível porque se construiu uma legislação muito boa: o SUAS é lei, o SUS é lei, Reforma Psiquiátrica é lei, Redução de Danos é lei, e tudo isso tá sendo duramente atacado pelos governos de direita e extrema-direita numa perspectiva fascista, inclusive. Então as perspectivas são muito ruins. E agora precisará haver resistência, mobilização popular, política, pra que se impeça esses retrocessos... por isso que não gosto de chamar de retrocessos, eu costumo chamar de ataques. Porque retrocesso é considerar que já retrocedeu e eu acho que ainda não retrocedeu: o CAPS está lá, o Centro Pop está lá... Está duramente atacado, atacado na raiz, na fonte (...) atacado no financiamento, mas ainda existe. Então eu acho que são ataques que nós temos que lutar pra que o retrocesso seja o menor possível (P6).*

Essa narrativa compreende elementos que foram trabalhados no decorrer desta pesquisa, uma vez que considera componentes relacionados à evolução das políticas, conforme expressão na seção 3; dimensões da reforma psiquiátrica brasileira, sobretudo no que tange à dimensão política (YASUI, 2010); o aspecto de políticas com o texto formulado a partir do contexto (LEJANO, 2012) e que se encontram em processo de desmonte, conforme elementos trazidos por Bezerra (2015) e Carvalho e Guerra (2015) que se agravam no contexto dos recentes governos brasileiros de direita e extrema-direita; bem como anuncia o aspecto da mobilização social e resistência popular, perpassando a atuação dos profissionais na construção história da saúde mental brasileira.

Neste aspecto, percebemos que a população em situação de rua surge como um segmento vulnerabilizado também pela atuação política, por meio da ação pública, uma vez que, indo de encontro ao exposto por P6, outro profissional afirma o seguinte:

*A população em situação de rua vem sofrendo um sucateamento imenso da assistência social, gerando impactos negativos (...). As políticas públicas passam um olhar marginal sobre essas pessoas, relegando-as à própria sorte. O que gera impacto negativo em diversos setores da saúde, que só perceptível quando ocorre o dano, o óbito e quando ocorre uma notificação. Atentar para saúde mental é*

*buscar um olhar além. Um movimento de solidariedade, de respeito ao direito à vida (P5).*

Este excerto, nos faz pensar sobre as considerações de Kowarick (2009) acerca das noções de vulnerabilidade, considerando as perspectivas americana e francesa, e pensando a realidade brasileira. Ora, tomando essa narrativa como base, vemos como a própria figura das pessoas em situação representa um espaço marginalizado no âmbito da própria política pública, em seu desenho. Ainda sobre este aspecto, podemos problematizar sobre a prioridade e orientações da ação pública com relação a essas pessoas em Caucaia

*O trabalho com a população de rua em Caucaia (...) é recente, é novo. Nós temos um Centro Pop que foi criado há poucos anos e como política ainda não foi priorizado até porque as pessoas que estão em situação de rua não foram alvo de prioridade dentro das políticas públicas a não ser na perspectiva da higienização (G2).*

*Nos últimos tempos essa política tem enfraquecido por uma questão concreta de falta de acesso aos transportes para que a gente faça algumas intervenções, mudança de gestão, de coordenação e de profissionais, rotatividade. Mas a ideia é retomar essas articulações na política tanto de saúde mental como de pessoas em situação de rua no município (G2).*

Apontam-se, ainda, dificuldades relacionadas à vontade política.

*O desafio nesse território de Caucaia é a questão partidária... O partido que está... o que é que o partido tem interesse... A questão que a gente chama de política, mas não é bem política, né. É mesmo de interesses pessoais dos gestores. Como pessoa em situação de rua não dá voto, acredito que vai ser um grande desafio. Quem sabe no futuro vá mudar (P1).*

Ora, da mesma maneira que a vontade política seja percebida como um empecilho, a mesma também pode surgir como uma oportunidade, desde que operacionalizada para tal, para gerar mudança e defesa de direitos a partir da implementação e execução de políticas, mesmo em um cenário desanimador no âmbito institucional do governo

federal, fazendo com que os municípios assumam o papel no sentido de buscarem manter essas políticas.

*Se existe um Centro Pop já existiu em algum momento alguma vontade política e conseguiram implantar um Centro Pop (...) isso pode demarcar uma resistência, que a partir dali vai se lutar e conseguir, seria massa... Mas tá tão difícil, né, a gente acreditar que vai haver essa mobilização e vai se alcançar isso... tá difícil (P6).*

Acompanhando-se o despojamento da proteção social o que temos é uma realidade sem boas perspectivas, em que os profissionais, dentro de seus limites, buscam atuar. Contudo, profissionais ainda possuem uma visão esperançosa acerca dos caminhos e dificuldades que estamos enfrentando na busca por se garantir um Estado amparado em um modelo de sociedade com valores democráticos e solidários, considerando, inclusive, que a situação na verdade não está tão ruim.

*Me sinto esperançosa de que as coisas melhorem. Já não está tão ruim, mas muita coisa precisa melhorar pra que eles [usuários] tenham uma saúde mental melhor (P3).*

Destarte, continuando nossas considerações acerca de dados da realidade local e experiência de Caucaia, observamos que 24% da população em situação de rua possui pendências judiciais e 5% são pessoas com deficiência. O Centro Pop de Caucaia não possui em sua equipe um profissional advogado, demonstrando uma fragilidade, uma vez que é uma equipe técnica incompleta<sup>26</sup>. A presença de um profissional advogado na equipe poderia dar conta dessas questões, sobretudo através de orientações, uma vez que a maioria do público possui baixa escolaridade. Contudo, a equipe busca realizar os encaminhamentos que se façam necessários, na tentativa de garantir o acesso à justiça. Com relação às pessoas com deficiência, essa realidade convoca organização e planejamento a fim de que os serviços ofertados por essas políticas não se mostrem como mais uma das barreiras que essa população

---

<sup>26</sup> A equipe técnica do Centro Pop conta com 1 profissional de Psicologia, 2 profissionais de Serviço Social e 1 profissional de Pedagogia. Além da equipe técnica, há educadores sociais e funcionários que trabalham na limpeza, portaria e cozinha.

enfrenta. Considerando seus aspectos de vulnerabilidade, tal parcela dessa população encontra-se em um processo de vulnerabilização ainda maior.

74% dessas pessoas em situação de rua em Caucaia possuem familiares no próprio município. Esse é um dado relevante, no sentido em que demonstra que a maioria da população, apesar de ter familiares no próprio território, encontram-se com vínculos rompidos ou fragilizados. Interessante notar que somente 28% apontam os conflitos familiares como a principal causa da situação de rua, posto que 40% aponta o uso de drogas. Neste sentido, ponderamos que as questões relacionadas a esse uso influenciam diretamente nas questões familiares dessas pessoas em situação de rua no município, as quais são levadas ao processo de rualização e inserção na pobreza por meio da desqualificação social, mesmo suas famílias estando ali no mesmo território.

Sabemos que a família ocupa a centralidade na política de assistência social e que a reinserção social e familiar pautam as ações de reabilitação psicossocial com relação às políticas de saúde mental, uma vez que se considera o aspecto familiar como de extrema importância para o empreendimento do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção psicossocial e das dimensões da reforma psiquiátrica brasileira. Contudo, esse dado demonstra que temos falhado em manter essa unidade familiar, reverberando na população de rua município de Caucaia.

É importante considerarmos, porém, que para além das redes formais há as redes vivas que giram mundos e existências (MERHY *et al.*, 2014). Os autores, ao considerarem essas redes remontam a sinais da rua operando experiências com usuários em situação de rua. Ao deslocarem o campo familiar tradicional para um campo familiar mais amplo, as pessoas em situação de rua operam um cuidado de si na busca pela saúde enquanto afirmação de vida (COSTA; BERNARDES, 2012), mesmo que seja a vida que levam, uma vez que demonstram se reorganizar a partir desses balizamentos. Neste momento, convém nos perguntarmos sobre nossas atuações e o que esperamos e objetivamos com as políticas que implementamos e executamos, uma vez que ao realizar esse trabalho imprimimos uma produção de subjetividade nesses usuários.

Através de nossas experiências de trabalho e pesquisas anteriores sobre o público (LIMA *et al.*, 2016b; LIMA; LOBATO; CARVALHO, 2017a), aprendemos que a função primordial da clínica é não atrapalhar (LIMA *et al.*, 2018). Isto é, trabalhar em função da liberdade e da afirmação da vida, engendrando linhas de fuga que empreendam a liberdade em meio aos nossos arranjos de vida. Como operacionalizar isso no âmbito do cuidado em saúde mental com pessoas em situação de rua considerando o território e a experiência de Caucaia,



além do texto e contexto das políticas de saúde mental e para pessoas em situação de rua? Mais que resposta, as perguntas nos dispararam horizontes. Assim, entendemos que as perguntas e questionamentos são mais importantes. Somos, então, convidados a pensar nosso cotidiano e de que maneira operamos nosso trabalho, de que maneira nós, gestores e técnicos, empreendemos essas políticas. Talvez as ruas nos enviem sinais de como proceder (MERHY *et al.*, 2014). Talvez ouvindo mais que falando e revertendo a lógica de produção de conhecimento tradicional com esse público consigamos horizontes que nos sejam favoráveis nesse sentido e que nos provoquem acerca das considerações sobre aspectos familiares que reverberam nas populações a que nos dispomos a cuidar.

Neste sentido, convém pensarmos sobre de que maneira pautamos nossa atuação, como acessamos esse território. Em Caucaia, aponta-se essa fragilidade.

*Vejo uma deficiência muito grande no sentido das ações dentro do próprio território... No território, no ambiente, na rua... onde essas pessoas permanecem a maior parte do tempo (G2).*

A partir disto, e considerando os aspectos apresentados sobre como empreender uma clínica, um cuidado, com essa população, e o que apreendemos disso, talvez deslocar o nosso lugar profissional seja um caminho.

*Sendo bem sincero, no contato com a população de rua eu me sinto tendo aprendido mais com eles do que eles comigo. Acho que eu cuidei sim, mas é um universo muito vasto que eu acabei conhecendo aos poucos enquanto eu interagia com esse público (P6).*

*A vivência é enriquecedora do ponto de vista da aprendizagem, permitindo identificação de múltiplos pontos do contexto de vida dessa população nos processos de saúde e doença. Permite, além disso, uma ideia de expandir os olhares relacionados aos vários contextos de vida e realizar um elo com as necessidades de uma política de saúde mental forte e bem alicerçada, o que ainda é frágil (P5).*

Pensando-se, ainda, acerca dos processos de cuidado que possibilitem uma vivência e uma, vamos dizer assim, boa saúde, relacionado ao trabalho dos serviços e as

maneiras como essas pessoas são atendidas lá, elencamos o aspecto do acolhimento como um diferencial, bem como a ideia de pensar a intersectorialidade, através das parcerias para encaminhamento, como norte do trabalho.

*Essa questão do acolhimento (...) receber essa pessoa, entender todo o contexto, refazer os vínculos que muitas vezes já foram rompidos e a gente consegue refazer, fazer os devidos encaminhamentos... Essa parceria que tem com as outras secretarias também é muito importante porque fortalece o atendimento, deixa o atendimento mais completo, dá mais ânimo, né, vamos dizer assim, pra pessoa que já é tão vulnerabilizada (P2).*

*É uma política do serviço acolher (...) todas as pessoas. Acolher da melhor forma. Fazer uma escuta. Identificar as necessidades dessas pessoas e ver de que forma o serviço pode oferecer ali. Construir um projeto terapêutico e fazer os encaminhamentos (P6).*

Um outro aspecto diz respeito a 86% dessas pessoas possuir ao menos um documento civil, o que facilita no acesso formal a serviços e políticas, mas esses 14% precisam de atenção a fim de se realizar as ações necessárias para a obtenção de documentação. A realização de uma busca ativa por parte das equipes auxiliaria nesse processo. Contudo, convém nos perguntarmos se as equipes possuem atualmente as condições para tal, dada a realidade de precarização do trabalho e das políticas.

Em Caucaia, 86% dessas pessoas em situação de rua, realiza ao menos uma refeição todos os dias, enquanto que 14% não se alimenta diariamente, estando inseridos na fome<sup>27</sup>. Esse dado dispara um horizonte de encaminhamento para a prefeitura municipal, afinal, em última análise, estamos avaliando como a gestão municipal intervém na realidade que nos foi apresentada.

Assim, considerando os dados socioeconômicos da população em geral de Caucaia, com somente 10,6% da população ocupada e os dados e aspectos relacionados à população em situação de rua no município, já há justificativa suficiente para a implantação de um restaurante popular municipal, considerando a conjuntura de pobreza e os elementos

---

<sup>27</sup> Particularmente, com relação a esse dado, não penso o que escrever sobre essa situação, uma vez que somente pensar nesse assunto me causa profunda angústia (e revolta).

que constituem as políticas a nível federal com estagnação da economia e aumento do desemprego e novas formas de pobreza.

Com relação a violência, 57% afirma já ter sido vítima de algum tipo de violência, ao passo que 28% relata já ter praticado. Isto demonstra a quebra de um estereótipo de que pessoas em situação de rua são violentos<sup>28</sup>. O que chama a atenção nesse dado é a vulnerabilidade desse público, uma vez que mais da metade já foi vítima de violência, com destaque para a violência física, sendo que cerca de metade praticou. Ao realizar a vida na rua, resta a exposição a diversas questões, tais como atos de violência. Considerando esse aspecto como um determinante social da saúde percebemos mais uma faceta de vulnerabilidade dessa população. Um reflexo disso é o acesso às políticas de saúde, por meio dos serviços de saúde, através da atenção de urgência e emergência, posto que os usuários dão entrada geralmente com ferimentos de agressões ou brigas, além de agravo de problemas de saúde relacionados a higiene, habitação e salubridade.

Por fim, por meio da análise dos prontuários e do diagnóstico social da população em situação de rua empreendida pela equipe do Centro Pop, conseguimos monitorar uma variável que corresponde a sintomatologia de transtorno mental, na qual incluímos relatos de manifestações como alucinações visuais e auditivas e delírios, bem como insônia e manifestações de ansiedade e mania.

Com isso, chegamos ao dado de que 38% manifestou algum desses aspectos e relatou durante abordagem para registro dos dados. Isto demonstra a necessidade da atuação intersetorial e estreitamento de laços entre saúde e assistência social a fim de fazer valer as políticas de saúde mental. Ao passo que 78% manifesta uso de drogas, sendo que 62% faz uso diário, e 38% manifesta alguma sintomatologia de transtorno mental, convoca-se a gestão municipal a pensar estratégias para promover o cuidado dessas pessoas, considerando seus limites de atuação. Como vimos, observamos algumas experiências acerca de atuações conjuntas, apesar de não ser algo formalizado e correspondente a atuação e compromisso dos profissionais dos equipamentos e parceria com suas coordenações nos equipamentos. Agora, de que maneira a Secretaria de Saúde e Secretaria de Desenvolvimento Social dialogam nesse sentido? A elaboração e formalização de fluxos, bem como o planejamento estratégico

---

<sup>28</sup> Recordo-me que durante apresentação no mestrado, na disciplina de Seminários de Dissertação, ao apresentar o texto o professor questionou acerca da violência, pois estava surpreso de esse aspecto não ter surgido com tanta relevância na pesquisa. No momento me dei conta de que na verdade, considerando minha experiência profissional com o público, nem havia pensando nesse aspecto. Apesar de que boa parte dos usuários que atendi que são egressos do sistema carcerário responderem por crimes de homicídio, sobre os quais afirmavam que era “matar ou morrer (...) fiz pra me defender (...) na rua é assim”.

intersetorial se mostra imprescindível. Contudo, de que maneira a gestão municipal apoia ou orienta as secretarias a realizarem tais atividades?

Assim, convém pensarmos sobre as potencialidades e desafios dessas políticas no âmbito de Caucaia, levando-se em consideração elementos apresentados nas discussões anteriores e questões relacionadas a ampliação da rede socioassistencial e da rede de atenção psicossocial de Caucaia, considerando a dimensão do acesso tanto aos direitos preconizados pelas políticas como aos serviços, problematizando esse aspecto, apontando questões a melhorar no município.

*Na realidade eles não tem acesso a nenhum desses direitos (...) isso não alcança o usuário (...) acaba que a sua maioria, nesse território, não é efetivo. Acesso a saúde mental, a forma como deve ser, como o CAPS deve atuar (...). Eles não têm acesso a nenhum tipo de serviço de segurança alimentar ou de moradia ou de acesso ao trabalho ou de nenhum outro dos seus direitos. Acaba que benefícios que surgiram a partir dessa política, que são vigentes hoje no município, só o auxílio funerário, que é extremamente precário e de difícil acesso (P1).*

*Melhorar acesso aos serviços de saúde, garantir assistência com respeito e sem distinção, valorizar intervenções para prevenção de adoecimentos, tendo em vista que muitos se encontram em situação de vulnerabilidade (P4).*

Outro ponto que surge é a necessidade identificada de educação permanente, uma vez que esse público transversaliza as políticas, convocando uma capacitação maior dos profissionais para operarem essas políticas.

*Capacitação dos profissionais porque é necessário entender... O profissional que não é da área da saúde, que não entende muito essa questão da saúde mental, por exemplo. Mas nós estamos trabalhando aqui, nós atendemos (P2).*

*Capacitação dos funcionários, das pessoas que atuam com esse público. Seja no Centro Pop, seja na secretaria, seja em outras secretarias pra ter quebra do estigma (P1).*

Acerca de suas atuações, vemos que as ações de saúde mental com esse público se dão também no espaço do próprio Centro Pop e são realizadas por profissionais do próprio

equipamento, da política de assistência social, bem como por profissionais do CAPS, da política de saúde mental.

*O trabalho realizado (...) perpassa o campo da saúde mental (...) realizando sala de espera; educação em saúde; redução de danos; ações em saúde mental; consulta de Enfermagem e articulação junto ao equipamento da assistência social intersetorialmente com outras redes de saúde do município, no intuito de dirimir problemas relacionados ao estado de saúde geral, que afetam diretamente à saúde mental e a vida dessa população (P5).*

*Quando chega um usuário com esse perfil a gente procura trabalhar em equipe com os outros profissionais (...) divide as tarefas. Uma faz a parte de encaminhamentos porque entende melhor dessa questão de saúde mental (...) fico com a parte de trabalhar individualmente a questão... faço jogos, trabalho com artesanato, colagem... a gente tenta fazer com que ele se ocupe pra poder liberar qualquer tipo de tensão que ele traga (...) faço o atendimento técnico dele ,converso com ele, vejo a demanda dele. Mas todo e qualquer encaminhamento é feito em equipe, deliberado pela equipe (P2).*

Como se vê, não necessariamente a atuação em saúde mental nesse espaço se dá por questões decorrentes ao uso de drogas, apesar da alta prevalência do uso problemático de substâncias, em especial o álcool. Inclusive, P6 pontua muito bem que na verdade reduzir a atuação em saúde mental com essa população é um estigma, afinal suas demandas são diversas e transcendem a questão da saúde em si.

*É comum encontrar dentre essa população algumas pessoas em sofrimento mental... Claro, há vários determinantes sociais pra isso. Mas é comum encontrar a questão do sofrimento psíquico por uso problemático de substâncias. Acho tratar isso como comum na verdade um estigma (...) já que é uma população que demanda muitas coisas diferentes e não só um tratamento de saúde. Demanda a questão da moradia... a questão de todo o amparo mesmo, integral (P6).*

Outro elemento que surge é um ponto importante que P1 levanta, acerca da necessidade de comunicação e maior integração entre os serviços em âmbito estadual.

*(...) maior diálogo entre os Centros Pop do estado do Ceará. Eles são muito descentralizados, mas sem nenhuma comunicação entre si. Mesmo sendo territórios municipais e específicos, diferentes, tem características em comum do nosso estado que não são dialogadas (P1).*

Consideramos isso um aspecto relevante para pensarmos a organização dessa política a nível estadual. Consultando o plano estadual de atenção às pessoas em situação de rua, disponibilizado para fins de consulta pública em novembro de 2018, verificamos que no eixo da Assistência Social há diversas ações, mas não há algo específico sobre o que P1 aponta.

Outro elemento que une a boa parte dos interlocutores diz respeito a sua forma de vinculação trabalhista, tendo em vista que alguns são profissionais concursados, servidores públicos do município, mas a maioria exerce seu trabalho por meio de vínculo precarizado e isso acaba por interferir de algum modo no trabalho realizado. Sobre isso, elencamos quatro perspectivas advindas de vinculações diferentes e apontando como isso interfere no processo de trabalho.

*(...) Contrato (...) A instabilidade nesse modelo de vinculação e a minha própria não garantia de direitos trabalhistas atrapalham o meu exercício da função. Como é instável e não dá garantia dos meus direitos (...) eu não consigo tá vivendo de forma efetiva na execução do serviço. Então atrapalha na forma de eu estar insegura, eu estar desacreditada no serviço, desmotivada (P1)*

*Eu sou contratada como prestadora de serviços (...) é bem limitado. Na verdade, não estabelece vínculo empregatício nenhum (...) não tem direito a nenhum benefício trabalhista, nem férias, nem décimo terceiro (...). Nós ficamos na verdade à mercê da secretaria. De repente eles decidem que 'não, vamos cortar custos', nós seremos os primeiros que estarão na lista com certeza (...). É por isso que nossos processos de trabalho (...) tem que ser a curto prazo mesmo. A gente tem que ir montando e realizando, planejando e realizando (P2).*

*Concursada. (...) Isso facilita porque a gente cria um vínculo (...) é mais difícil sair (...) as pessoas já chegam lhe procurando, já conhecem seu trabalho. Facilita*

*também no sentido de promover ações e planejamentos a médio e longo prazo, sobretudo em casos que se precise de ações nesse sentido (P3).*

*A minha forma de contratação é via cooperativa. É uma cooperativa da qual eu não participo. Eu fui obrigado a entrar por essa cooperativa que fez um contrato com a prefeitura de Caucaia. (...) recebo um salário que é muito maior que o dos meus outros colegas. Então eu fico numa situação em que ao mesmo tempo que o meu trabalho é precarizado porque eu não tenho direito trabalhista, eu não tenho direito a férias, eu não tenho décimo terceiro salário, posso ser demitido a qualquer momento e não receber nenhum direito trabalhista por isso... eu recebo um salário que é desproporcional aos meus colegas. Então é uma situação que eu fico constrangido de considerar que o meu trabalho é precarizado nesse contexto. Isso precariza o vínculo que eu tenho com a rede, com o serviço. Não que eu deixe de me dedicar, mas há uma insegurança. Há uma situação de um trabalho em condições difíceis, de uma rede muito precária e ainda por cima o meu vínculo trabalhista é precário. Então é trabalhar numa grande situação de precariedade. Isso dificulta, é meio que trabalhar no sufoco... é como se fosse trabalhar numa zona de guerra, numa situação em que as pessoas não tem o mínimo, em que a rede, o serviço, não tem o mínimo. E aí, nesse contexto, o meu vínculo empregatício (...) é só mais um elemento (P6).*

Dentre as situações apresentadas temos uma servidora do município e outros três profissionais sem vínculo empregatício. Os quais realizam seu trabalho nos equipamentos sem receber direito trabalhista algum. Nos três há um sentimento de insegurança, uma vez que a qualquer momento podem ser desligados. No caso de P1 isso reverbera até mesmo em sua motivação. Já P2 se sente insegura por estar “a mercê da secretaria” e pontua as dificuldades em se realizar intervenções com planejamento a médio e longo prazo, sua atuação precisa ser focada em questões de curto prazo. Porém, como fazer quando se demanda um planejamento maior e mais longo para acompanhamento da efetividade das ações por um tempo que seja maior que o seu contrato, por exemplo? Já P6 aprofunda a discussão, apontando que o seu vínculo trabalhista precário na verdade é somente mais um elemento de toda uma conjuntura precária. É curiosa a analogia que faz entre trabalhar em Caucaia, fazendo parte da política de saúde mental no município, e atendendo pessoas em situação de rua, em articulação com as políticas de drogas, assistência social e para pessoas em situação de rua, e trabalhar em uma

zona de guerra. Posto que assevera que o município não oferece o mínimo em absolutamente nenhuma das políticas em questão. Já P3 analisa a o lado positivo de ter um vínculo estável com o município, chamando atenção para o fato de ter facilidade de planejar e executar ações que fujam do cunho imediatista, o que melhora sua atuação.

Por fim, percebemos, através de nossa incursão e esforço avaliativo, que Caucaia demonstra ser um município precário na execução das políticas de saúde mental, no que tange à atenção às pessoas em situação de rua. Os profissionais operam essas políticas em seus cotidianos, mas com profundas limitações. A implementação das políticas é recente e são executadas com muitas dificuldades. Além de as ações serem descontínuas.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde os anos 1990, o Estado brasileiro promove ciclos de ajuste pautados na agenda neoliberal e, com isso, reverbera na configuração de novas formas de pobreza, dando origem a segmentos diversos em processos de vulnerabilidade. Esses segmentos correspondentes a algumas populações compreendem processos de estigmatização quando do acesso aos serviços de assistência social e saúde, convocando a ação pública, por meio das políticas públicas sociais.

Por meio da Constituição Federal de 1988, escrita por meio de Assembleia Constituinte, em meio a um intenso movimento de décadas de resistência frente ao regime totalitário da ditadura civil-militar, diversos direitos sociais foram inseridos no seio do Estado. O qual adotava o dever de garantir tais direitos.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro conseguiu institucionalizar, por meio de políticas públicas, diversos avanços no âmbito da saúde mental no país, visando a garantia a esses direitos sociais. Esse movimento acompanhou o tenso embate do processo de redemocratização brasileiro. Por conseguinte, vem nas últimas décadas, desenhando a atenção psicossocial de nosso país de acordo com nossas experimentações democráticas de governo, havendo somente dois presidentes legitimamente eleitos e que concluíram seus mandatos. Assim, a construção da política nacional de saúde mental acompanha a evolução do Sistema Único de Saúde, do Sistema Único de Assistência Social, da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas, da Política Nacional de Assistência Social, e da Política Nacional Para Inclusão das Pessoas em Situação de Rua. A construção dessas políticas e sistemas, bem como dos programas delas advindos, encontra-se intimamente ligada aos movimentos políticos do país, gestados no seio das reconfigurações do Estado brasileiro.

Nesse ínterim, o ajuste neoliberal tem se aprofundado desde o segundo governo de Dilma Rousseff (PT), tendo sido exponenciado no ilegítimo governo golpista de Michel Temer (MDB) e agravados em precedentes pelo atual governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro (PSL). Os grupos conservadores, que já rodeavam os governos anteriores exercendo atuação, hoje compõem e influenciam mais diretamente o governo atual. A partir disso, por meio de atuação de instituições como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), com pautas extremamente conservadoras, foram redigidas novas políticas de saúde mental e de droga. As quais, os textos vigentes, compondo decretos e notas técnicas, não contemplaram os ideais de republicanismo e democracia, tendo sido compostos sem a participação popular, isto é, sem o contexto. Inaugura-se, assim, um

embate entre a tentativa de deslegitimar atuações da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, empreendidas nos territórios dos municípios brasileiros, por meio de ações institucionais autoritárias. As reformas empreendidas pelo governo de extrema-direita, até então apontam para o viés autoritário de governo e igualmente sem competência técnica.

Resta, assim, aos municípios assumirem o compromisso de afirmar que continuarão fazendo saúde e assistência social, apesar de tudo. De que continuarão assegurando o compromisso com a democracia e com o republicanismo, com a seguridade social, com a proteção social, e com os valores que traçaram os horizontes para a construção de um país democrático.

Diante, disto, considerando os elementos discutidos neste trabalho, asseveramos que a maneira que Caucaia intervém em sua realidade, com relação às políticas de saúde mental na dimensão da atenção às pessoas em situação de rua, precisa ser melhorada. Profissionais e gestores, que atuam nessas políticas e nas políticas de assistência social e para pessoas em situação de rua, desdobram-se na tentativa de empreender um cuidado inventivo, operando essas políticas dentro de seus limites institucionais no município, mas de maneira precarizada.

Em seus aspectos históricos, econômicos e sociais, o município de Caucaia demonstra enorme potencial criativo e desenvolvimento, sobretudo com relação a cultura, considerando os povos originários que habitam o território. Contudo, é preciso o empreendimento e interesse de promover e operar esse potencial.

Por meio de nossa pesquisa, conseguimos caracterizar a população em situação de rua que habita e utiliza os serviços de referência no município. A qual é composta majoritariamente por homens da faixa etária de 18 a 39 anos, com baixa escolaridade, negros e solteiros. A grande parte possui familiares residindo no próprio município e a questão do uso problemático de substâncias psicoativas surge como um elemento relevante em seu processo de vida. Neste ponto, chamamos atenção para o uso de álcool. Assim, questionamos o que Caucaia tem a oferecer a essas pessoas? A maior parte vagueia entre as comunidades terapêuticas e as ruas, trafegando ora pelo Centro Pop do município, ora pelo CAPSad, mas compreendendo um processo de transinstitucionalização, sem perspectivas concretas de mudança do seu modo vida ou de superação da situação de rua. A maioria dessas pessoas, 93%, não escolheu viver nessa situação. Considerando as mudanças recentes nas políticas de saúde mental empreendidas no âmbito do governo de extrema-direita, o que temos a oferecer perante essa realidade?

Alguns vazios institucionais foram identificados e profissionais e gestores apontaram algumas soluções que facilitariam o desenvolvimento de seus trabalhos, tais como: a implantação de uma equipe de Consultório na Rua, no âmbito da Atenção Básica; fortalecimento dos vínculos de trabalho das pessoas que executam essas políticas; educação permanente acerca de temáticas sensíveis a essa população, tais como a própria saúde mental de pessoas em situação de rua; e a implantação de uma instituição de acolhimento institucional em âmbito municipal, sobretudo para acolher as pessoas que realizam acompanhamentos em saúde mental.

Destarte, consideramos que vivenciamos um momento perigoso e crítico em nossa história. O qual reverbera na realidade Caucaia, um município da região metropolitana de uma capital do nordeste brasileiro. Ao avaliarmos as políticas de saúde mental no âmbito da atenção às pessoas em situação de rua nos deparamos com um cenário que nos convoca, mais uma vez, à resistência. Diante disto, não hesitamos em dizer que nosso compromisso é com a defesa irrevogável da vida. Não hesitamos em dizer que consideramos o SUS enquanto um projeto civilizatório, pois é assim que nos guiamos nas correntezas do Brasil. Não hesitamos em dizer, ainda que nos falte a voz, que ditadura nunca mais.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1., n. 1, 2009. CD-ROM.

\_\_\_\_\_. O Planejamento na Desconstrução do Aparato Manicomial. *In*: GALLO, Edmundo; MACHADO, Maria Helena; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Planejamento Criativo: novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 139-153.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

BASAGLIA, Franco. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

\_\_\_\_\_. **A Instituição Negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

BEZERRA, Leila Maria Passos de Souza. **Pobreza e Lugar(es) nas Margens Urbanas: lutas de classificação em territórios estigmatizados do Grande Bom Jardim**. Tese (doutorado). Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Fortaleza, 2015. 471f.

BLEICHER, Taís. **A política de Saúde Mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica do sistema local de Saúde**. Tese (doutorado). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015. 395f.

BOLSONARO, Jair Messias. **O caminho da prosperidade: proposta de plano de governo**. 2018. [S.l.]. [s.n.]. Disponível em: [https://flaviobolsonaro.com/PLANO\\_DE\\_GOVERNO\\_JAIR\\_BOLSONARO\\_2018.pdf](https://flaviobolsonaro.com/PLANO_DE_GOVERNO_JAIR_BOLSONARO_2018.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 abr. 2001a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 16 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 jul. 2001b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10257.htm#art58](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm#art58). Acesso em: 10 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 10 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 10 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 16 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 15 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua**: relatório. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006.

\_\_\_\_\_. **Rua - aprendendo a contar**: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 dez. 2009b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm). Acesso em: 17 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 nov. 2009c. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao\\_CNAS\\_N109\\_%202009.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Instrução Operacional nº 07, de 22 de novembro de 2010**. Orientações aos municípios e ao Distrito Federal para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único. Brasília, DF, 22 nov. 2010. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa\\_familia/instrucoes\\_operacionais/2010/i\\_o\\_conjunta07%20\\_senarc.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/instrucoes_operacionais/2010/i_o_conjunta07%20_senarc.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008a. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consumidor/diretrizes\\_assistenciais.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf). Acesso em: 17 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 mar. 2008b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 10 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Nota técnica nº 11, de 04 de fevereiro de 2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11\\_23\\_14\\_123\\_Nota\\_Te%CC%81cnica\\_no.11\\_2019\\_Esclarecimentos\\_sobre\\_as\\_mudanc%CC%A7as\\_da\\_Politica\\_de\\_Sau%CC%81de\\_Mental.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf). Acesso em: 10 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 9.831, de 10 de junho de 2019. Altera o Decreto nº 9.673, de 2 de janeiro de 2019, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, e o Decreto nº 8.154, de 16 de dezembro de 2013, que regulamenta o funcionamento do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, a composição e o funcionamento do Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, dispõe sobre o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e remaneja cargos em comissão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 jun. 2019b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-9.831-de-10-de-junho-de-2019-162428924>. Acesso em: 15 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.959, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 abr. 2019c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm). Acesso em: 18 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; altera as Leis nos 13.334, de 13 de setembro de 2016, 9.069, de 29 de junho de 1995, 11.457, de 16 de março de 2007, 9.984, de 17 de julho de 2000, 9.433, de 8 de janeiro de 1997, 8.001, de 13 de março de 1990, 11.952, de 25 de junho de 2009, 10.559, de 13 de novembro de 2002, 11.440, de 29 de dezembro de 2006, 9.613, de 3 de março de 1998, 11.473, de 10 de maio de 2007, e 13.346, de 10 de outubro de 2016; e revoga dispositivos das Leis nos 10.233, de 5 de junho de 2001, e 11.284, de 2 de março de 2006, e a Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 jun. 2019d. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/L13844.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/L13844.htm). Acesso em: 12 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 2017a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 10 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 set. 2017b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 10 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 04 jan. 2017c. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/sismob2/pdf/Portaria-UPA-24h-03-01-2017.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 10 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mai. 2016a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 dez. 2016b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 20 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Recomendação nº 23, de 17 de maio de 2019**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2019e. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco023.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

CAMPOS, Daniella Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, n. 5, p. 2228-2236, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt\\_0034-7167-reben-71-s5-2101.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2101.pdf). Acesso em: 21 mar. 2019.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. **A Seguridade Social na atual conjuntura socioeconômica e política**. 13f. 13 dez. 2016. [S.l.]. Notas de aula.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de; GUERRA, Eliana Costa. O Brasil no século XXI nos circuitos da crise do capital: o modelo brasileiro de ajuste no foco da crítica. **R. Pol. Públ.**,

São Luís, v. 19, n. 1, p. 41-60, jan./jun. 2015. Disponível em:  
<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3864/2009>.  
 Acesso em: 15 abr. 2019.

CASTILHOS, Dino Sandro Borges de. **Capital social e políticas públicas**: um estudo da linha infra-estrutura e serviços aos municípios do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. 173f.

CAUCAIA. **Secretário Municipal de Turismo e Cultura**. [S.l]. [s.n]. Disponível em:  
<https://www.caucaia.ce.gov.br/index.php?tabela=pagina&acao=gestor&codigo=18>. Acesso em: 20 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano**: plano estratégico municipal. Caucaia: Prefeitura Municipal de Caucaia, 2001. Disponível em:  
[https://www.caucaia.ce.gov.br/view/documentooficial/pddu/pdf/plano\\_estrategico.pdf](https://www.caucaia.ce.gov.br/view/documentooficial/pddu/pdf/plano_estrategico.pdf).  
 Acesso em: 10 set. 2018.

CAVALCANTE JR., Francisco Silva. **Travessias de cigano**: feituas e feitiços. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2017.

CAVALCANTI, Maria Tavares et al. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl.1, São Paulo, p. 23-28, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/757.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

CEARÁ. Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Fortaleza, CE, 12 ago. 1993. Disponível em: <https://bela.al.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/trabalho-administracao-e-servico-publico/item/1445-lei-n-12-151-de-29-07-93-d-o-de-12-08-93>. Acesso em: 10 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 31.571, de 04 de setembro de 2014. Institui a Política Estadual para a População em Situação De Rua, no Âmbito do Estado do Ceará, Cria o Comitê Estadual de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua, e dá Outras Providências. **Diário Oficial do Estado**, Fortaleza, CE, 05 set. 2014. Disponível em:  
<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/76170094/doece-caderno-1-05-09-2014-pg-3>. Acesso em: 10 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual para Atenção à População em Situação de Rua**: período 2019 – 2022 (consulta pública). Fortaleza: Secretaria de Proteção Social, 2018. Disponível em:  
[https://www.stds.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/11/consulta\\_publica\\_plano\\_estadual\\_de\\_atencao\\_a\\_populacao\\_em\\_situacao\\_de\\_Rua.pdf](https://www.stds.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/11/consulta_publica_plano_estadual_de_atencao_a_populacao_em_situacao_de_Rua.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

COSTA, Márcio Luís; BERNARDES, Anita Guazzelli. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.4, p.822-835, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a03.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. *In: \_\_\_\_\_*. **Contra a Corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2008. p. 106-146.

\_\_\_\_\_. A hegemonia da pequena política. *In: OLIVEIRA, Francisco de; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cebele Saliba. **Hegemonia às Avessas**: economia, política e cultura na era da servidão financeira*. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 29-43.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

\_\_\_\_\_. Que és un dispositivo? *In: BALIBAR, Etienne; DREYFUS, Hubert; DELEUZE, Gilles et al. **Michel Foucault, filósofo***. Barcelona: Gedisa, 1999. p. 155-163. Disponível em: [http://imagenesdelsur.cicbata.org/sites/default/files/Qu%C3%A9-es-un-dispositivo\\_Deleuze.pdf](http://imagenesdelsur.cicbata.org/sites/default/files/Qu%C3%A9-es-un-dispositivo_Deleuze.pdf). Acesso em: 08 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Conversações (1972 – 1990)**. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2013.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia 2. v. 1. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2014.

MELLO, Patrícia Campos. Empresários bancam campanha contra o PT pelo WhatsApp: com contratos de R\$ 12 milhões, prática viola a lei por ser doação não declarada. **Folha de São Paulo**, 18 out. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/10/empresarios-bancam-campanha-contra-o-pt-pelo-whatsapp.shtml>. Acesso em: 10 mar. 2019.

DIAS, Tatiana; GARÇONI, Ines. Publicamos pela primeira vez o estudo sobre drogas que o governo escondeu. **The Intercept Brasil**, 31 mai. 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/05/31/estudo-drogas-integra/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

EVANS, Peter. **Autonomia e parceria**: estados e transformação industrial. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2004.

FAO. **O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil**: um retrato multidimensional – relatório 2014. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, 2014. Disponível em:

[http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/noticias/arquivos/files/SOFI4\\_10\\_09-2.pdf](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/noticias/arquivos/files/SOFI4_10_09-2.pdf). Acesso em: 21 mar. 2019.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

\_\_\_\_\_. **Em Defesa da Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura na Idade Clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010b.

\_\_\_\_\_. **O Governo de Si e dos Outros: curso no Collège de France (1982-1983)**. São Paulo: Martins Fontes, 2010c.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: o nascimento da prisão**. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, Túlio Batista. A ética em pesquisa e a estética do conhecimento. **Revista Brasileira de Sociologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 203-214, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5896067.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Rúben Araújo (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. p. 459-473.

FRANCO, Túlio Batista; GALAVOTE, Heletícia Scabelo. Em Busca da Clínica dos Afetos. *In*: FRANCO, Túlio Batista; RAMOS, Valéria do Carmo et al. (Orgs.) **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 176-199.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

\_\_\_\_\_. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>. Acesso em: 16 abr. 2019.

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**. 22. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1987.

FURTADO, Roberto Pereira et al. O trabalho do professor de Educação Física no CAPS: aproximações iniciais. *Movimento*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 41-52, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/43457>. Acesso em: 25 jun. 2019.

GARÇONI, Ines. Guerra à pesquisa: aqui estão os números que o governo escondeu e que mostram que não há epidemia de drogas no Brasil. **The Intercept Brasil**, 1 abr. 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/03/31/estudo-drogas-censura/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

\_\_\_\_\_. **Saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis: Vozes, 1997.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf). Acesso em: 13 mai. 2019.

GUSSI, Alcides Fernando; OLIVEIRA, Breyner Ricardo de. Políticas públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. **Desenvolvimento em Debate**, Juiz de Fora, v. 4, n. 1, p. 83-101, 2016. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/32515/1/2017\\_eve\\_afgussibroliveira.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/32515/1/2017_eve_afgussibroliveira.pdf). Acesso em: 20 mai. 2019.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Cia das Letras, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 12,4% e taxa de subutilização é de 24,6% no trimestre encerrado em fevereiro de 2019. **Agência IBGE Notícias**, 29 mar. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/24109-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-12-4-e-taxa-de-subutilizacao-e-de-24-6-no-trimestre-encerrado-em-fevereiro-de-2019>. Acesso em: 21 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/caucaia/panorama>. Acesso em: 21 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Cadastro Central de Empresas 2016. **Salário médio mensal dos trabalhadores formais e Pessoal ocupado**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/caucaia/panorama>. Acesso em: 21 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Censo Demográfico 2010. **Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/caucaia/panorama>. Acesso em: 21 abr. 2019.

KOWARICK, Lúcio. **Viver em Risco**: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil. São Paulo: Editora 34, 2009.

LEJANO, Raul. **Parâmetros para Análise de Políticas**: a fusão do texto e contexto. Campinas: Arte Escrita, 2012.

LIMA, Francisco Anderson Carvalho de et al. Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 29-41, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2017nahead/1807-5762-icse-1807-576220160725.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Territórios do cuidado: subjetivação. In: JORGE, Maria Salette Bessa et al. (Orgs.). **Práticas, potencialidades e desafios na produção do cuidado em saúde: cartografia nos territórios da rede cegonha e rede oncológica**. Ananindeua: Itacaiúnas, 2016a. p. 201-241.

\_\_\_\_\_. Loucura e institucionalização na Assistência Social de Fortaleza. In: **Caderno de resumos: Migrações. Cultura. Movimentos Sociais. XII Seminário de Pesquisa do Departamento de História – UFC**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2016b. p. 121-122. Disponível em: [https://docs.wixstatic.com/ugd/69edbc\\_96201dbab1fb435a937ec5adad8ae1ee.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/69edbc_96201dbab1fb435a937ec5adad8ae1ee.pdf). Acesso em: 21 mar. 2019.

LIMA, Francisco Anderson Carvalho de; LOBATO, Fernanda Naiara da Frota; CARVALHO, Alba Maria Pinho de. A Saúde Mental nos equipamentos de Alta Complexidade da Política de Assistência Social do município de Fortaleza. **Revista Encontros Universitários da UFC**, Fortaleza, v. 1, n.1, p. 700-702, 2017a. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/download/17313/23679>. Acesso em: 21 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Limites e possibilidades de uma proposta de modelo cartográfico em avaliação de Políticas Públicas. **Revista Encontros Universitários da UFC**, Fortaleza, v. 1, n.1, p. 2150, 2017b. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/eu/article/view/14734/13370>. Acesso em: 21 jun. 2019.

LOPES, Lucília Elias. **Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua: caderno de atividades**. 2. ed. Rio de Janeiro: ENSP; Fiocruz, 2018.

MARTINS, André. Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 950-958, 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2004.v20n4/950-958/pt>. Acesso em: 15 abr. 2019.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 2, n. 16, p. 47-58, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v16n2/a07v16n2.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

MELLO, Patrícia Campos. Empresários bancam campanha contra o PT pelo WhatsApp: com contratos de R\$ 12 milhões, prática viola a lei por ser doação não declarada. **Folha de São Paulo**, 18 out. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/10/empresarios-bancam-campanha-contra-o-pt-pelo-whatsapp.shtml>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. **Observatório Nacional da Produção do Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**: avalia quem pede, quem faz e quem usa. Projeto de Pesquisa vinculado ao Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2013.

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

MIGNOLO, Walter. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. **Cadernos de Letras da UFF**, n. 34, p. 287-324, 2008. Disponível em: <http://www.cadernosdeletras.uff.br/joomla/images/stories/edicoes/34/traducao.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cobertura da Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Brasília, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 29 mai. 2019.

MOTA, Tiago. Nietzsche, Foucault e o sentido da genealogia. *In*: **Nietzsche, Schopenhauer**: gênese e significado da genealogia. COSTA, Gustavo; ARRUDA, José Maria; CARVALHO, Ruy. (Orgs.). Fortaleza, CE: EdUECE, 2012. p. 128-149.

O SOM DOS SINOS. Direção de Márcia Mansur e Marina Thomé. Disponível em: <http://webdoc.somdossinos.com.br/>. 1 vídeo (70 min.). Acesso em: 10 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on alcohol and health 2018**. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAUGAM, Serge. **Desqualificação Social**: ensaios sobre a nova pobreza. São Paulo: Cortez, 2003.

PAULA, Débora do Nascimento de. **População em situação de rua**: como é retratada pela política social e pela sociedade e os impactos na sua participação. 105 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontífca Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

PAULANI, Leda Maria. A inserção da economia brasileira no cenário mundial: uma reflexão sobre a situação atual à luz da história. **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 10, p. 89-102, 2012. Disponível em:

[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4554/1/BEPI\\_n10\\_insercao.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4554/1/BEPI_n10_insercao.pdf). Acesso em: 14 abr. 2019.

PRATES, Jane Cruz et al. Populações em situação de rua: Os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por este segmento. **Temporalis**, Vitória, v. 11, n.22, p. 191-215, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1387/1585>. Acesso em: 15 abr. 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD; IPEA; FJP, 2013. Disponível em:

<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/IDH/Atlas%20dos%20Municipios/undp-br-idhm-brasileiro-atlas-2013-min.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2019.

RUGGERI, Zaverio et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. **Br J Psychiatry**., Cambridge, v. 177, n. 2, p. 149-155, 2000. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/definition-and-prevalence-of-severe-and-persistent-mental-illness/44991EA2B93AD2537AED6383AC730137>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SABINO, Fernando. **As melhores crônicas**. Rio de Janeiro: Record, 1986.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Difícil Democracia: reinventar as esquerdas**. São Paulo: Boitempo, 2016.

SANTOS, Silvio Matheus Alves. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **Plural**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 214-241, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/plural/article/view/113972/133158>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SCHINNAR, A. P. et al. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. **Am J Psychiatry**., Filadélfia, v. 147, n. 12, p. 1602-1608, 1990. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.147.12.1602>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa. **Brasil: uma biografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Município de Caucaia: mapa das localidades**. Caucaia: SDE, 2007. Disponível em: <http://3.bp.blogspot.com/Z87Mm8JRk/TgYkVFHvM0I/AAAAAAAAAHY/dAvHB8VaA5w/s1600/MAPA+DISTRITAL.jpg>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Diagnóstico socioterritorial do Sistema Único de Assistência Social do município de Caucaia, Ceará**. Caucaia: SDS, 2016.

SECRETARIA DE PROTEÇÃO SOCIAL. **CEMARIS 217 – Censo e Mapeamento de Riscos Pessoal e Social do Ceará**. Fortaleza: SPS, 2018. Disponível em: [https://www.sps.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/16/2019/01/cemaris\\_112018\\_01\\_2019.pdf](https://www.sps.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/16/2019/01/cemaris_112018_01_2019.pdf). Acesso em: 21 abr. 2019.

SERAFINO, Irene; LUZ, Lila Cristina Xavier. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-85, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v18n1/1414-4980-rk-18-01-00074.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SILVA, Cláudia de Oliveira da; ALVES, Maria Kellynia Farias. As comunidades quilombolas e os desafios de uma educação antirracista. *In*: SILVA, Samia Paula dos Santos et al. (Orgs.). **Afroceará Quilombola**. Porto Alegre: Editora Fi, 2018. p. 47-66.

SILVA, Ana Tereza; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Maria Aparecida Ferreira. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salette Bessa. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0017201.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

SOUZA, Jessé. **A elite do atraso**: da escravidão à lava jato. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

SOUZA, Luiz Eugênio Portela Fernandes de. Saúde é desenvolvimento. **Carta Capital**, 22 nov. 2012. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/saude/saude-e-desenvolvimento>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

TEIXEIRA, Rodrigo Alves; PINTO, Eduardo Costa. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 909-941, 2012. Disponível em: <http://www.eco.unicamp.br/docprod/downarq.php?id=3238&tp=a>. Acesso em: 08 fev. 2019.

VARELA, Shalana Holanda; OLIVEIRA, Braulio Nogueira. Alongamento? Dinâmica? Chama o professor de Educação Física! Rediscutindo o fazer da categoria em um CAPS. **Licere**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 313-340, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/1780/1221>. Acesso em: 25 jun. 2019.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos residenciais em Saúde Mental, um campo aberto para os trabalhadores sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos. *In*: VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al. (Orgs.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 97-124.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA DIMENSÃO DA  
ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA,  
CEARÁ

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O estudo pretende avaliar como as políticas de saúde mental vem sendo implementadas no âmbito da atenção às pessoas em situação de rua no município de Caucaia, no estado do Ceará. A pesquisa tem como objetivo: problematizar o lugar social da população em situação de rua no Estado brasileiro contemporâneo; caracterizar a população em situação de rua acompanhada pelo Centro Pop no município de Caucaia; compreender os sentidos e significados sobre população em situação de rua por parte de gestores, profissionais e usuários de Caucaia; e analisar a produção do cuidado em saúde mental das pessoas em situação de rua acompanhadas pelo Centro Pop inseridas na Rede de Atenção Psicossocial no município de Caucaia. As informações registradas serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, no entanto, se houver algum desconforto ou incômodo, você terá a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Contatos através do telefone: (85) 996129180 - Francisco Anderson Carvalho de Lima. Os discursos e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos diversos atores envolvidos na atenção às pessoas em situação de rua, a fim de aperfeiçoar as políticas públicas, melhorando a qualidade dos serviços. Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelo pesquisador e, ficando uma cópia com você.

Eu, \_\_\_\_\_, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Caucaia/CE, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador



**APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS E ELEMENTOS PARA A  
CONVERSAÇÃO E ENTREVISTA COM GESTORES(AS)**

- 1 – O que você considera como população em situação de rua?
- 2 – Discorra sobre o trabalho com população em situação de rua em Caucaia.
- 3 – Como é o seu cotidiano na coordenação/gestão/dirigência do órgão/equipamento/pasta?
- 4 – Como é realizado o processo de avaliação e monitoramento da política para a população em situação de rua/política de saúde mental no município?
- 5 – Qual a sua vivência com esse público e com essa política?
- 6 – O que você percebe como potencialidades e desafios dessa política?
- 7 – Que impactos você enxerga na implementação dessa política no município?
- 8 – Como você gerencia a questão orçamentária desse órgão/equipamento/pasta?
- 9 – Na sua concepção, quais os objetivos dessa política?
- 10 – Como se sentiu realizando essa atividade?

**APÊNDICE C – QUESTÕES NORTEADORAS E ELEMENTOS PARA A  
CONVERSAÇÃO E ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS**

- 1 – O que você considera como população em situação de rua?
- 2 – Qual a sua vivência com esse público?
- 3 – Qual a sua vivência com as políticas públicas que atendem a esse público?
- 4 – Qual seu tempo de experiência nessa política?
- 5 – Qual a sua forma de contratação?
- 6 – Quais motivos lhe conduziram a atuar com esse público?
- 7 – Como se dá o cuidado em saúde mental dos usuários que você atende e apresentam essas demandas?
- 8 – O que você percebe como potencialidades dessas políticas?
- 9 – O que você percebe como desafios dessas políticas?
- 10 – O que você acredita que pode melhorar para a execução dessa política no município?
- 11 – Como se sentiu realizando essa atividade?