



A casa na cidade e a cidade como casa: reflexões sobre transtorno mental, situação de rua e reforma psiquiátrica.

Margareth Arrebola Tredice¹
Danilo Polverini Locatelli²
Alessandra Nagamine Bonadio Matta³
Ana Regina Noto⁴

Resumo

O presente estudo buscou compreender a diversidade de crenças e atitudes relativas aos cuidados com pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e outras drogas e apresentam comorbidades associadas. Através de abordagem qualitativa exploratória, com amostra intencional, foram realizadas 26 entrevistas semiestruturadas com pessoas em situação de rua, profissionais ligados a serviços de saúde e assistência social, especialistas em saúde mental e/ou álcool e outras drogas e líderes comunitários. Constatou-se que, para os participantes, são prioritários os cuidados básicos essenciais, como moradia, água, comida e saúde integral. O vínculo surgiu como primeiro passo de cuidado. Não foram observadas diferenças na percepção de profissionais de diferentes correntes de pensamento, sobre como cuidar. O ponto de partida para atender às necessidades múltiplas e complexas desta população pode estar em ações básicas, como alimentação e moradia - cuidados que constituem ponto de convergência entre profissionais de diferentes correntes ideológicas.

Palavras-chave: População em situação de rua; Saúde mental; Políticas públicas.

Abstract

This study aims to understand the diversity of beliefs and attitudes concerning care for addicted homeless with co-occurring disorders. Qualitative approach was conducted through 26 semi-structured interviews within a convenience sampling composed by homeless people, mental health and social care workers, addiction and/or mental health specialists and community leaders. The participants pointed out as the main priority the basic needs provision like housing, water, food and health. The bond with the person assisted emerged as the first step of the care provision. The professionals from different treatment conceptions did not differ on their perceptions about how to care. Multiple and complex needs may require elementary priority solutions, such as housing and food. The basic needs provision seems to be a convergence point between different ideological conceptions.

Key-words: Homeless; Mental Health; Public Policy.

¹Psicóloga, Professora de Psicologia. Mestra em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina-UNIFESP, colaboradora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias - NEPSIS. E-mail: tredice@gmail.com

²Graduado em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie e Mestre em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atualmente, é pesquisador da Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP), colaborador do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias - NEPSIS do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. E-mail: danilo.locatelli@uol.com.br

³Psicóloga clínica, graduada pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (1998). Possui Mestrado (2005) e Doutorado (2010) em Ciências pelo Programa de Psiquiatria e Psicologia Médica da UNIFESP e Especialização em dependência química pela UNIFESP (2001). Realizou o Pós-Doutorado no Departamento de Psicobiologia da UNIFESP (2017). Atualmente é pesquisadora colaboradora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS - Departamento de Psicobiologia - UNIFESP). E-mail: alebonadio@uol.com.br

⁴Graduação em Psicologia (1997) e em Farmácia Bioquímica (1988). Mestrado (1995) e Doutorado (1998) em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Atualmente é Professora do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo.





Coordenadora do Núcleo de Pesquisa sobre Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e do MBRP-Brasil (Centro de Pesquisa e Formação em Mindfulness-Based Relapse Prevention). Linha de pesquisa centrada em aspectos psicossociais relacionados ao uso psicotrópicos e suas implicações na saúde, tanto com o referencial epidemiológico quanto o qualitativo; avaliação de intervenções preventivas e terapêuticas, na perspectiva da psicologia do desenvolvimento e cognitiva. E-mail: ana.noto@unifesp.br

Um dos desafios relacionados à atenção em saúde mental se refere ao atendimento da população em situação de rua, cujo acesso aos serviços de saúde mental possui fortes barreiras. Apesar das políticas públicas voltadas a esta população, o ingresso no sistema de saúde pública ainda é restrito e limitado (Borysow & Furtado, 2013). Destaca-se o estigma, preconceito e a realidade em que eles se apresentam (Aristides & Lima, 2009), marcada por condições de extrema vulnerabilidade social e alta prevalência de transtornos mentais (Borysow & Furtado, 2013), e poucos estudos a respeito (Mattiello & Ramos, 2018).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Ministério da Economia - IPEA, em Nota Técnica de Junho de 2020 (Brasil, 2020), aproximadamente 220 mil pessoas estavam em situação de rua em todo território nacional. Na cidade de São Paulo, o último censo, (São Paulo, 2021), apontou 31.884 pessoas morando nas ruas, um aumento de 100% em relação ao censo de 2015 (São Paulo, 2015). Na maioria, são homens pretos ou pardos, com idade média de 42 anos. No censo de 2019 (São Paulo, 2019), 2 mil pessoas foram entrevistadas e quando questionadas se tinham algum tipo de doença, 31,1% declararam ter Depressão/Doença dos Nervos e 6% declararam ter problemas com álcool e/ou outras drogas.

No campo das políticas públicas, apenas em 2009, foi instituída a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua (Brasil, 2009), com o objetivo de orientar as políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade. Nos anos seguintes, foram instituídos diversos decretos e portarias, buscando-se visibilizar e garantir direitos básicos a esta população, tais como tratamento para o uso de álcool e outras drogas, rede de atenção para pessoas com

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e consultório na rua (Brasil, 2011/2012).

Nesta população, encontra-se a pessoa em situação de rua que une a pobreza extrema, a rua e o transtorno mental, e vive de forma pública seu sofrimento (Ferraz 2000). Segundo Pagot (2012), temos “o louco privado e o louco público”, e este vive na exclusão, sem vínculo de tratamento, associado à pobreza e à miséria nos moldes precedentes ao século XVIII, anterior aos asilos e à era psiquiátrica.

Não obstante à reforma psiquiátrica, que traz a reestruturação da assistência à saúde mental, com a desconstrução de manicômios e a inserção dos usuários na sociedade, parece distante a solução para todas as questões da saúde mental (Hirdes, 2009).

A reconhecida disputa ideológica presente nas políticas públicas que circulam entre a liberdade e a segregação, a violência dos hospitais psiquiátricos (Ribeiro & Minayo, 2020) e a necessidade e falta de autonomia, podem ampliar o vazio na promoção do cuidado às pessoas com extrema vulnerabilidade que estão em situação de rua, e possuem comorbidade de uso de substâncias e transtorno mental.

Analisar os desafios práticos provenientes das divergências entre estas posturas ideológicas e seus efeitos para a população em situação de rua é relevante para a promoção de cuidados adequados aos sujeitos-alvos dessas políticas públicas. Foi objetivo deste estudo compreender a diversidade de crenças, atitudes e dificuldades relativas ao cuidado desta população, bem como as possíveis crenças que sustentam a distância observada entre os propósitos das políticas públicas e a realidade cotidianamente vivenciada por estas pessoas.





Método

Desenho do estudo

Para a análise considerando o fenômeno pela visão psicobiopsocial, foi utilizada a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, que através de uma perspectiva multidimensional, olha o desenvolvimento do indivíduo através de quatro dimensões, que interagem entre si: Processo; Pessoa; Contexto e Tempo. Ressaltamos que Bronfenbrenner entende desenvolvimento como um processo que ocorre ao longo da vida de uma pessoa. Assim, é necessário reconhecer as características individuais, biológicas e genéticas, e entender como esta pessoa se relaciona com o meio, com outras pessoas, objetos e símbolos, sofrendo influências externas por subsistemas organizados socialmente (microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e o cronossistema), que trazem o grau de estabilidade e as mudanças que ocorrem em todos sistema com a variação do tempo (de Carvalho, 2016).

As entrevistas semiestruturadas em profundidade foram conduzidas pela primeira autora deste artigo, entre outubro de 2018 e outubro de 2019, em locais sugeridos pelos próprios entrevistados, na cidade de São Paulo e tiveram duração média de 1 hora. As entrevistas foram gravadas com o consentimento do entrevistado (Manzini 1990) e transcritas para análise. O roteiro foi desenvolvido pela pesquisadora e adaptado à realidade linguística de cada grupo, abordando os seguintes temas: desafios e cuidados voltados a pessoas em situação de rua que fazem uso de substâncias e apresentam outra comorbidade mental; tipos de cuidados propostos; políticas públicas; e a dicotomia política dentro da saúde mental.

Caracterização dos participantes

Os participantes foram selecionados de forma intencional, por meio de contatos realizados em redes acadêmicas e

comunitárias, a partir dos seguintes critérios: a) pessoas em situação de rua há mais de 6 meses, maiores de 18 anos; b) profissionais ligados a serviços de saúde e assistência social para a população em situação de rua, que trabalhavam diretamente com estas pessoas naquele momento (de ponta); c) especialistas em saúde mental e/ou álcool e outras drogas, contemplando as diferentes posições ideológicas sobre cuidados em saúde mental; d) líderes comunitários que, no momento da entrevista, atuavam com a comunidade de pessoas em situação de rua. Foram entrevistadas 26 pessoas, sendo 12 homens e 14 mulheres, com média de idades entre 40 e 60 anos. O número de participantes foi definido por saturação teórica (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008), originando 4 subgrupos.

Instrumento utilizado

Entrevistas semiestruturadas em profundidade.

Análise de dados

Os dados foram analisados sob a ótica da técnica de análise de conteúdo, seguindo 3 etapas: 1- Pré-análise através de leitura flutuante e exaustiva; 2- Seleção das unidades de análise, com identificação das questões de pesquisa a serem respondidas; 3- Categorização e a informatização do conteúdo com apoio do software Nvivo 12 (Bardin, 2009).

Cada entrevista recebeu um código alfanumérico, em que as letras identificam o grupo a que pertence, seguidas de dois números correspondentes à idade do entrevistado: pessoas em situação de rua (SR- Situação de Rua), composto por 05 participantes; profissionais ligados a serviços de saúde e assistência social (PP- Profissionais de Ponta), composto por 10 trabalhadores (3 orientadores socioeducativos, 1 conselheiro, 3 assistentes sociais, 2 psiquiatras e 1 sociólogo); profissionais especialistas em álcool e drogas



e/ou saúde mental (PE- Profissional Especialista), composto por 08 especialistas (7 psicólogos e 1 psicanalista); líderes comunitários (LC- Líderes Comunitários), composto por 01 padre católico e 2 líderes do MNPR- Movimento Nacional da População em Situação de Rua - SP.

Resultados

Como resultado da etapa de análise de conteúdo, foram identificados diferentes eixos temáticos relacionados aos desafios e cuidados ao público-alvo do estudo: comorbidade, diagnóstico e saúde integral; vínculo; moradia; capacitação profissional; luta antimanicomial e movimento hospitalocêntrico. Ao final um destaque, com um recorte dos resultados achados no grupo de líderes comunitários e pessoas em situação de rua, por sua distinção e relevância, abrindo a possibilidade de uma comparação entre o grupo de profissionais (especialistas e de ponta) e dos grupos que representam a comunidade (líderes comunitários e pessoas em situação de rua).

Comorbidade - Diagnóstico - Saúde integral

Segundo os entrevistados, grande parte da população em situação de rua que faz uso de substâncias possui transtornos importantes como diagnóstico primário ou em decorrência do uso de drogas.

“A grande parte de moradores de rua que usam, eles têm transtornos importantes, comórbidos, né, seja como diagnóstico primário ou não ou eles já tinham ou desenvolvem em função do uso de substâncias que são muito nocivas e que realmente predispõe a gerar estes transtornos...” (PE42).

Foi declarada uma dificuldade de diagnosticar comorbidades em dependência química, visto que são muitos os critérios a serem preenchidos e os transtornos psicóticos induzidos pelo uso da droga confundem o diagnóstico. Outro fator apontado é que as substâncias psicotrópicas podem minimizar sintomas que caracterizam um quadro

psicótico. *“...não tem como eu dar nenhum diagnóstico em psiquiatria, se tem o uso de substâncias, porque o uso de substâncias mimetiza muitos quadros psiquiátricos, mania, voz...” (PP42).*

Foi referido que a comorbidade psíquica pode surgir diante de um sofrimento profundo e contínuo, levando ao uso de substâncias para aliviar essa dor com prazeres momentâneos, o que pode, no decorrer do tempo, auxiliar a instalação do quadro de dependência química, ou como seqüela da própria dependência química ou em decorrência do uso da droga. *“...de repente, ela tem um sofrimento mental de base que nunca foi tratado, nunca fez um acompanhamento adequado, e com o uso de substâncias aí você tem outras comorbidades...” (PP32).*

Depressão, ansiedade, transtornos de personalidade, sociopatias e esquizofrenia são os principais transtornos relatados. Observam que quando o usuário de um serviço está abstinente ou diminuiu o uso do que está acostumado, seu comportamento muda. Outras vezes, quando param de fazer uso, sintomas como alucinação auditiva e paranoia não cessam. Foi relatado que, nesta condição, podem ter dificuldade em socializar, sendo os sintomas distintos individualmente, podendo surgir de uma forma mais sutil ou de forma bastante clara. Um dos entrevistados apontou que a falta de cuidados básicos como a alimentação e hidratação pioram a confusão mental.

Para os cuidados em saúde mental, os entrevistados acreditavam que é preciso profissionais especializados para trabalhar com este grupo de pessoas e suas especificidades. Referiram-se a tratamentos desenhados para cada pessoa, individualmente, respeitando as necessidades e diferenças de cada paciente. *“...o que precisa ter, acompanhamento psicológico, psiquiatra, psicólogos, que possam acompanhar, que possam estar com ele dia a dia.” (LC53)*





A maioria dos participantes reconheceu a hospitalização como necessária. Dois dos profissionais admitiram a possibilidade de ser involuntária, argumentando que os transtornos mentais desorganizam mentalmente a pessoa, de forma a interferir no seu poder de escolha, e este tipo de intervenção pode ser importante no início de um tratamento para a estabilização mental.

“É a chance de ele se organizar (...), porque ele não vai ter que aceitar nessa atual conjuntura e eu levo ele a força para um hospital psiquiátrico, dos que tem convênio com o município de São Paulo, por exemplo, que eu já fui fiscalizar. Ok, ele vai lá ficar 28 dias, comendo, se alimentando, tomando medicação, bonitinho e tal. Pode ser positivo.” (PE39).

Esta hospitalização deve ser em um ambiente humanizado, e o tempo de internação deve ser maleável e moldado a cada necessidade, diferente dos critérios atuais que determinam o mesmo tipo de tratamento para todos, com o mesmo prazo para a recuperação do usuário, levando a ineficácia da intervenção. *“...internação é sempre um ponto do tratamento, é mais um instrumento que a gente tem para poder cuidar, (...) internação tem que vir como um processo inicial...” (PE38).*

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ponto de atenção estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foi mencionado por vários entrevistados como opção ao tratamento ambulatorial, que tem como uma das suas funções a reinserção social e fortalecimento de laços sociais, podendo ser ampliado e melhorado. Mencionaram também que esse serviço tem o objetivo de propiciar o desenvolvimento da cidadania e independência dentro do território a que pertence o usuário, e que usuários que possuem vínculo familiar aderem mais facilmente a este tipo de tratamento.

Alguns profissionais de ponta sugeriram a abertura de novos serviços que propiciem tratamento diferenciado e

especializado, com amparo social, onde o Estado assumisse o cuidado a essas pessoas. Um lugar onde, através de terapias diversas, reestruturação de comportamento, laborterapia, enfermagem por 24 horas, médicos e psicólogos, os usuários possam permanecer por um longo período, até que seja restabelecido mentalmente e possa retornar à sociedade, aliviando a dor e o fardo de familiares.

A espiritualidade e grupos de ajuda como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Amor Exigente, que trazem palestras e apoio a usuários e familiares, foram citados por alguns participantes como fundamentais no tratamento e como forma de amparo e cuidados contínuos.

“...Alcoólicos anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor Exigente, eu vejo assim que essas relações disfuncionais, que a família, porque a família também fica dependente então tem que tratar a família também, não tem como só tratar o cara de forma isolada.” (PP42).

“...enquanto trabalhadores sociais, a gente tem que ter um leque de oferta para o indivíduo, porque cada corpo é cada corpo, cada mente é cada mente...” (PP31).

Os cuidados sobre saúde básica deveria ser prioridade para os entrevistados, sendo ofertado através dos equipamentos já existentes do Sistema Único de Saúde- SUS, como postos de saúde e consultórios na rua. Relataram a importância das equipes multidisciplinares: com psicólogos, psiquiatras, acompanhantes terapêuticos e assistentes sociais. Estas deveriam estar incluídas nesse cuidado, oferecendo treinamento específico, ajudando a criar vínculo, trabalhando juntos e atuando diariamente, afim de propiciar uma avaliação médica individualizada e de qualidade.

“...e depois vem a questão da saúde, porque você pode começar um tratamento, tratando a tuberculose que a pessoa tem, você pode começar um tratamento, tratando o HIV





que a pessoa pegou, entendeu, aí vem a questão da saúde...” (PP40)

“...abordá-la com comida, com escuta, a partir disso garantir a hidratação, porque a confusão mental só piora quando a pessoa está desidratada...” (PE62).

A autonomia parece estar intimamente ligada à organização mental, segundo os entrevistados.

Vínculo

Os participantes relataram que a decisão de ir e permanecer nas ruas, na maioria das vezes, é ocasionada pela ruptura de vínculos afetivos e familiares, que pode ser provocada por diversas situações, como o uso de substâncias, o próprio transtorno mental ou conflitos familiares de inúmeras ordens. “...está em situação de rua, a família ou não a quer mais, ou ela não se sente mais segura de ficar junta com a família...” (PP62).

Também discorreram sobre a dificuldade dos serviços em criar vínculo com as pessoas em situação de rua com comorbidade, em virtude do transtorno mental, da capacidade de atendimento limitada por metas mensais, cujos trabalhadores devem seguir, e da rotatividade de mão de obra nos equipamentos prestadores de serviço para essa população. Relataram que os acompanhamentos dos casos onde a pessoa se mostra mais desorganizada mentalmente, exigem maior tempo de trabalho para a abordagem e nem sempre são concluídos. “...se a meta não fosse numérica, pura e simplesmente (...) a qualidade do que a gente está fazendo, e como a gente está fazendo (...) acho que talvez uma melhor receptividade” (PP31).

Outrossim, os participantes, em sua maioria, referiram-se ao vínculo como um dos principais passos para oferecer cuidados a esta população específica. O afeto e o vínculo foram considerados essenciais para que o tratamento físico e mental seja disponibilizado com respeito, empatia, compaixão e

humanidade. Alguns entrevistados citaram que o tratamento só é possível através do vínculo. Através da oferta de água e comida, da simples escuta, do olhar, segundo relato dos entrevistados, que pode surgir o diálogo e a oportunidade de intervir, de elevar a autoestima, de discutir estratégias de autocuidado e regras, construindo uma ponte para a realidade e propiciando um fator protetivo para a pessoa em situação de rua com comorbidade mental. Sugeriram que um mesmo profissional, atendendo a maior parte dos cuidados, facilitaria a vinculação.

“...todos nós precisamos de afeto, de alguém que nos queira bem, que nos valorize, que dê importância para nós, que converse, que fale, eles gostam muito de falar para mim: hoje é o dia do meu aniversário. Quem diz para esse povo: -Que bom que você veio. Eu tava te esperando. Tava com saudade de você.(...) tem uma senha para conviver, a senha é o olhar. Você tem que ser capaz de olhar...” (LC70)

“...quando a gente chega à calçada e começa a escutar uma pessoa, ainda que ela te fale coisas desconexas (...) porque tem gente que fica dez, quinze, vinte dias, sem falar com ninguém né, ela percebe que tem alguém que pode escuta-la ...” (PE61)

Moradia

A questão de moradia foi elencada por dez dos entrevistados, como medida prioritária para o cuidado da população referida no estudo. Para o grupo de pessoas em situação de rua entrevistado, a moradia é uma necessidade anterior a outros tipos de cuidado e atenção. Referem-se à falta de moradia como uma dificuldade primária para se cuidar da pessoa em situação de rua com comorbidade, pois ela impede os cuidados para diminuir ou cessar o uso de substâncias, ou para tratar outra comorbidade mental. Os entrevistados apontam para o fato dessas pessoas não quererem permanecer nas ruas. Foi observado que a segurança de estar dentro de uma casa,





pode vir a propiciar a saúde mental. Opostamente, viver nas ruas, privados de intimidade, de sono, de comida e água, desorganiza mentalmente.

Os participantes declararam que os abrigos são poucos e só atendem a pernoite e possuem regras rígidas como hora para entrar, hora de se alimentar, de tomar banho, de dormir e hora de sair, o que dificulta a permanência de pessoas que não conseguem seguir as regras. Outra dificuldade declarada por alguns entrevistados é que as vagas não são fixas, o que dificulta o vínculo. Além disso, quando conseguem acessar um equipamento, como um abrigo ou albergue, essas pessoas com comorbidade por vezes acabam sendo expulsas e desligadas do mesmo por não terem um padrão adequado de comportamento, ou por desencadearem um surto psicótico no momento em que lá se encontram.

“...ninguém vai ficar em um Centro de Acolhida que tem regras, que tem horário para levantar, horário para dormir, horário pra tudo, não fica né? (...) que ele tinha mania de se masturbar, essas coisas, sendo que a gente até ficou preocupada né, com a questão do machismo né que existe, eu falei: olha a gente vai ter que conversar muito com ele, da questão que aqui são só homens. Imagina se ele pratica esse ato dentro do quarto, como é que os outros vão ver isso?” (PP45).

A moradia deve possibilitar a potência da autonomia e do pertencimento a um espaço, que possa ser considerado como mais particular e privado, onde se possa cozinhar a própria comida, cuidar das próprias roupas, ter condições de ir e vir. Deve ser um espaço próprio, uma casa e não um serviço público. Também foi considerada como um importante fator de organização mental e reestruturação cognitiva.

“... nós precisamos de uma moradia sem ser equipamento, chega de equipamento, já basta os que tem (...), mas eu já passei quase 20 anos nisso, sai de um albergue entra em outro albergue, parece uma areia movediça.” (SR59)

“Primeiro que ela precisa de um cuidado primordial para pessoa em situação de rua que, é uma moradia, porque isso é um fator organizador.” (PE39)

Modelos como *Housing First* (Moradia Primeiro) foram sugeridos por alguns entrevistados, como a melhor política pública para moradia destas pessoas que necessitam de apoio multiprofissional constante. Contudo, seja na forma de locação social ou no modelo de Moradia Primeiro, os participantes concordaram que é importante que esta medida seja definitiva e deve estar vinculada a outras políticas públicas, como a atenção à saúde e à assistência social, conduzidas por equipe multidisciplinar. Na perspectiva de uma pessoa em situação de rua, o processo de provimento de atenção constante, inclusive no auxílio de estabelecimento de uma rotina, foi visto como um elemento central para se sentir cuidado.

“... para garantir que essa população de rua tenha moradia, que hoje nós brigamos, a nossa principal bandeira é a habitação, não precisa ser propriedade, ela pode ser uma locação social, ou moradia primeiro, um programa voltado para quem está na calçada mesmo (...) Housefirst servia também para elas, na verdade ele foi pensado justamente para essas pessoas, que precisam de cuidados né...” (LC43)

“Por exemplo, as moradias assistidas da Inglaterra, elas têm equipes mínimas de enfermeiro, psicólogo, médico para cada contexto desse, então seria o ideal que fosse multidisciplinar né...” (PE42).

Capacitação profissional e rede de cuidados

Foi relatado, pelos participantes, uma significativa defasagem em conhecimento sobre saúde mental, devido à capacitação insuficiente profissional. Este fato, segundo os relatos, ocasionaria o preconceito e o medo perante as pessoas em situação de rua com comorbidade mental, incluindo o preconceito e o medo entre os profissionais, familiares e até





mesmo entre seus pares, que não entendem um transtorno mental, levando-os a risco de morte muitas vezes.

Os entrevistados citaram a necessidade de maior investimento em políticas públicas que fomentem a escuta dessas pessoas e proporcionem capacitação e trabalho em rede de equipes multidisciplinares formadas por todos os segmentos, com ações intersetoriais e interdisciplinares voltadas ao bem-estar. De forma mais abrangente do que preconizado nos documentos normativos da RAPS, relataram a necessidade do envolvimento de serviços de saúde básica, saúde mental, assistência social, assistência jurídica, habitação, assistência ao trabalho, economia solidária e cultura. E com a chance de intervir em todas as áreas, possivelmente, ensinar uma profissão, para então possibilitar o retorno ao convívio social e acompanhamento ambulatorial. Tais ações, segundo os participantes, proporcionariam a reinserção social e autonomia, possibilitando que essas pessoas em situação de rua com comorbidade mental, criassem independência, o que resultaria em uma robusta economia para o Estado.

“...ter uma política pública para acolher essas pessoas, inserir novamente no mercado de trabalho, então a gente está falando de um projeto que é intersecretarial né, um projeto de vida e intersecretarial...” (PP32)

“...tem que ter o psiquiatra, tem que ter o terapeuta ocupacional, às vezes tem que ter um acompanhante terapêutico, às vezes tem que ter o trabalho da psicologia (...) isso é a RAPS e precisaria de mais equipe, muito mais gente trabalhando.” (PP40)

Foi observado por um dos entrevistados que a inexistência de uma rede de cuidados perpetua a miséria entre as pessoas em situação de rua com comorbidade, que não conseguem acessar os poucos serviços existentes.

“Até mesmo porque essa construção de redes de cuidado ela é muito simbólica, na

prática ela não existe (...)Então toda essa rede que existe aí só perpetua a miséria. E o único lugar que tem o psiquiatra é o Caps (...) E aí você destorce, você cria uma rede, um caminho, mas um caminho tortuoso, porque quem tem que chegar, não chega...” (LC70).

“...preconceitos de todos os lados mesmo, desde a família, porque não sabe lidar com a situação, e também não é acompanhada para saber, não é preparada para saber, até serviços (...) quando a gente se depara com essa pessoa em situação de rua, a gente não sabe lidar com a situação, porque de fato, é um pouco assustador” (PP24).

Luta antimanicomial e o Movimento hospitalocêntrico

Quando foi perguntado se havia pontos positivos e negativos na luta antimanicomial e no movimento hospitalocêntrico, a maioria dos entrevistados respondeu que o movimento antimanicomial foi absolutamente positivo e necessário e alguns poucos entrevistados disseram que não sabiam do que se tratava.

Parte dos participantes disse que o movimento hospitalocêntrico está próximo ao modelo manicomial, pois as pessoas podem ficar desassistidas e abandonadas dentro da própria instituição. Adicionalmente, esse poderia gerar a segregação de classes sociais menos privilegiadas. Alguns participantes relataram que as comunidades terapêuticas, que fazem parte da política pública atual, acolhem pessoas com todo tipo de comorbidade psiquiátrica além da dependência química, sem estarem necessariamente capacitadas para este atendimento.

O excesso de medicação psiquiátrica apareceu nas entrevistas como um ponto negativo. Um dos entrevistados especialistas disse que o pior deste modelo é a falta de equipes multidisciplinares e o absolutismo do modelo médico. Um outro entrevistado considerou que pode ter eletrochoques em suas condutas.

“...é a figura médica como absoluta dona do saber...modelo hospitalocêntrico pra





mim não é o melhor, não é efetivo porque ele é muito limitado, ele não conversa, você tem um médico ali como figura central e a medicação, a medicalização como conduta absoluta...(PP32).

Para a maioria dos entrevistados, as políticas públicas que garantiram a reforma psiquiátrica e o tratamento adequado para as pessoas em sofrimento mental foram consideradas frágeis e insuficientes para atender a ampla demanda existente. Muitos entrevistados relataram que diversas brechas nas diretrizes da saúde mental colaboram para a desassistência e consequente negligência por parte do Estado e da saúde pública, frequentemente oferece cuidados fragmentados sem considerar as questões psicossociais. Outro ponto apontado pelos participantes foi a politização da luta antimanicomial e a interpretação errônea de que esta foi uma luta ideológica representada por partidos de esquerda.

“...o Brasil fica jogando nos extremos o tempo todo e a gente parece que nunca chega naquele meio termo sensato. (PE42).

“quem luta por esse tipo de mudança, levam-se o título de esquerdeopata, petralha, comuna, vagabundo né, cabeludo, imprestável...” (PP31).

“...Eu acho que os dois modelos, eles podem ser usados, não dá para você ficar só de um lado né?” (LC43)

Grupo comunitário

Neste recorte, é apresentado de forma mais detalhada, os resultados advindos das entrevistas com os líderes comunitários e as pessoas em situação de rua. O grupo merece destaque pela importância de conhecermos a percepção de quem vive o fenômeno. Nessa descrição, foram suprimidas as categorias para evitar a repetição exaustiva, trazendo os temas, separados apenas pelos dois grupos, tornando o texto mais fluído. Na sequência uma rápida caracterização deste grupo com um pouco das

histórias de vida resgatadas durante as entrevistas.

Dois dos líderes comunitários já estiveram em situação de rua, por mais de 10 anos. Um deles estava abstinente e apesar de ter passado por várias internações, atribui à Redução de Danos sua vitória. O outro esteve em situação de rua com familiares, e no momento da entrevista morava em um conjunto habitacional e oferecia cursos de capacitação para catadores. O terceiro era um padre que, defendia direitos e contribuía para ações de acolhimento.

No outro grupo, todos, com exceção do mais jovem, estavam há mais de 20 anos em situação de rua, mas nenhum naquele momento dormia nas ruas. Faziam pequenos trabalhos na comunidade garantindo alguma renda. Uma das mulheres possuía aposentadoria pelo LOAS e se locomovia em cadeira de rodas e ainda trabalhava vendendo doces nas ruas centrais, dependendo do sistema de saúde para doação de fraldas e remédios. Ela e o homem mais jovem, declararam que gostariam de estar próximo aos seus familiares, mas não podiam por razões diferentes: o jovem porque a família não o compreendia, e ela porque a família que vive no sertão não tinha condições de cuidar dela.

As outras duas mulheres declararam não querer contato com suas famílias e o homem mais velho, não sabia de onde veio, se tem ou não familiares, usa um pseudônimo pois desconhece seu verdadeiro nome, e todas as suas lembranças estão relacionadas à situação de ruas.

Líderes Comunitários

Para o grupo de líderes comunitários, essas pessoas exibem um quadro de desesperança, um vazio que nada preenche, falta de objetivo e de escolhas, além de comportamentos que eles dizem não saber explicar, como a recusa de tomar banho ou vestir roupas limpas. Acreditavam ser um processo psicossocial, e declararam a desesperança diante de tamanha miséria e





vulnerabilidade. Citaram casos, onde a pessoa já não consegue ter cuidados com sua higiene pessoal, outros com a higiene do local onde vive, e ainda, que possuem dificuldade maior em se manter economicamente e acabam mangueando, (contando estórias de mentira sobre a própria vida), dentro dos vagões de trens e metros, para conseguir dinheiro. *“...e a pessoa se encontra em um estado de miséria, plena pobreza, e aí, ele quer fazer uso, ele quer, mas não tem dinheiro, não tem trabalho, não tem casa, então ele vai manguear...”* (LC43)

O vínculo apareceu como primordial e essencial para desenvolver trabalhos com psiquiatras e psicólogos. Para a maioria dos entrevistados o afeto proveniente de um vínculo é a base de todo cuidado. Um dos participantes declarou no momento da entrevista que para estas pessoas, é negada toda forma de afeto.

Relataram ainda, a crença de que o rompimento familiar e relacional, é o responsável pela ida e permanência dessas pessoas nas ruas.

“...o vínculo, para nós é muito importante esse vínculo, porque ela saiu de casa para a rua, ou da rua não volta mais para casa né...o que faz a pessoa melhorar é o diálogo (...) vamos aprender, temos regras, vamos construir aqui, o que pode, o que não pode, aí ela começa a se sentir ser humano, começa a se sentir participativa...” (LC53)

“Essas pessoas por mais jovens que ele sejam, olhar pra eles e achar que eles vão sair dessa situação, dificilmente. Eles não têm como sair.” (LC70)

Os líderes comunitários entrevistados apontaram como uma possível solução um projeto denominado *Housing First*, e lembraram o DBA - De Braços Abertos, projeto desenvolvido pela prefeitura da cidade de São Paulo, descreveram ainda, um tipo de habitação que não precisa ser propriedade, que pode ser uma locação social, mas que seja garantida de forma vitalícia. Discorreram

ainda sobre a importância de regras claras para quem viver nessas moradias, proporcionando uma experiência diferente da vivenciada em situação de rua.

“...se ele não tem um ponto onde ficar, ele vagueia, ele vagueia, porque ele pode ficar em qualquer lugar, alguns, alguns pegam o trecho, os adultos né, começam a andar, andar, viajar vai de cidade em cidade e não para nunca, não consegue se firmar em lugar nenhum, não tem para onde voltar.” (LC43)

A interdisciplinaridade foi citada, através de exemplos, onde citaram a necessidade de advogados, psiquiatras, psicólogos, assistência social, assistência ao trabalho e judicial. Apenas um dos entrevistados citou o acompanhamento da saúde básica juntamente com tratamento para dependência química. A maioria deles perceberam o serviço de Atenção Básica como precarizado e com dificuldades que impedem o atendimento médico e psiquiátrico.

Declararam ver estigma e preconceito nos profissionais, que muitas vezes entendem estas pessoas como números, além de formarem grupos ideológicos que determinam o andamento de um serviço.

“...se você começa a montar aquele grupinho de pessoas preconceituosas, aí esse grupinho, se ele for maior, que as pessoas humanitárias, esse grupinho domina o serviço...” (LC43)

O CRAS e os Centros Pops também foram lembrados por estes entrevistados que perceberam esses serviços, com capacidade de atendimento restrita a poucas dezenas de pessoas, quando a demanda é de centenas de pessoas. Relataram a dificuldade em fazer valer as políticas públicas existentes, contaram que há muitas discussões entre o sistema de saúde e assistência social, na tentativa de definir de quem são as obrigações, o que leva ao desgaste e aumenta as dificuldades de acesso.

Citaram a busca das pessoas em situação de rua por trabalho, lembraram o DBA – De Braços Abertos, que oferecia o





trabalho de varrição das ruas, o que proporcionou segundo os mesmos, diminuição do uso de substâncias. Citaram o DBA como a oportunidade de acolher, e criticaram a não expansão para fora do centro de São Paulo.

“...porque ele vai limpar, e outra, ele estava varrendo na Luz, ele estava varrendo na cena de uso, porque os hotéis era lá, a estrutura era lá, tudo era lá (...) tinha uns que usavam 20 pedras e começou a usar 10 pedras, mas porque ele não estava mais na cena de uso, ele estava em outro local, estava para outro projeto.” (LC53)

Os líderes comunitários referiram-se ao modelo hospitalar e à redução de danos como possíveis no tratamento para o uso de substâncias e comorbidades mentais. Declararam a necessidade de hospitais e internação, mas repudiaram os manicômios, os tratamentos desumanos e asilares. Criticaram a internação para tratamento do uso de substâncias, pela obrigatoriedade da abstinência e pela falta de um cuidado real que leva o indivíduo de volta ao uso, imediatamente à sua saída do hospital. Citaram falhas na Reforma Psiquiátrica, sem explicitar onde ou quais.

Pessoas em situação de rua

As pessoas em situação de rua, trouxeram a importância de o lugar de tratamento, ser um espaço onde haja identificação entre os pares, e um deles sugeriu que pode haver um retorno familiar, mas se a família for tratada. Os participantes declararam que a hospitalização pode ser necessária. Foi sugerido um tratamento que privilegie a equidade e o direito de ir e vir. Neste grupo apenas um dos participantes citou que busca ajuda na UBS -Unidade Básica de Saúde, próxima das ruas onde vive.

Um dos entrevistados, acreditava que os cigarros e a falta de alimentação acabavam com o cérebro de uma pessoa, o que as leva a ouvir vozes. Já um segundo entrevistado disse que acreditava ser ele mesmo "louco", que talvez estivesse internado numa clínica, sendo

vigiado por câmeras, num experimento, no momento da entrevista.

Entre as pessoas em situação de rua houve declarações de como é importante apoiar a luta por moradia; um deles sugeriu que este lugar poderia estar próximo às famílias de origem. Outro participante relatou que foi através do DBA que conseguiu um espaço privativo para morar, no entanto com mudança de governo, perdeu o espaço, e hoje vive em um quarto de hotel que é mantido por um grupo assistencial. A moradia foi citada como o ponto de referência, um lugar para poder voltar.

“...fui para o Parque Dom Pedro, num prédio lindo, sai do Parque Dom Pedro, mandaram lá para o Ermelino no CTA Família, aí, como tinha que sair, a prefeitura prometeu arrumar um local para mim, e não arrumou, precisava do local para outra família, sai e vim morar na rua, o grupo, que não sei quem são todos, eles pagam o aluguel para mim...” (SR58)

Nesse grupo, o vínculo surge através de exemplos da própria vida como: a necessidade de companhia, de sentir-se cuidado e querido, a falta de confiança entre os pares e também nos familiares. Uma das entrevistadas relatou que nos mais de 20 anos de rua, se relacionou poucas vezes com um homem, e que nunca pensou em voltar para a família. A quebra do vínculo familiar surgiu em 3 das entrevistas como a causa de irem para as ruas e se manterem nelas. *“Bom, no início elas vão porque brigaram com o pai, com a mãe, com a família, não sei o quê...” (SR58)*

A importância do vínculo com os profissionais também foi citada. Para as pessoas em situação de rua, a empatia e acolhimento são essenciais. Um dos participantes equiparou a qualidade dos serviços à experiência de viver nas ruas, a mesma invisibilidade e nenhum acolhimento. Contaram que foram desligados várias vezes dos serviços de abrigo, por assistentes sociais, que comunicavam que seu prazo havia acabado, e deveriam voltar para as ruas. Um





deles disse que se sentia como um produto de supermercado, com prazo de validade.

“Ah, péssimo é o atendimento, péssimo é o tratamento, dos quais eles tratam nós, como se nada estivesse acontecendo. e no fundo está acontecendo, falta mais humanidade (...). Em todos os serviços, tanto do bom dia, da boa tarde, do boa noite, para mim falta.” (SR35)

Sobre a reforma psiquiátrica, os entrevistados receberam da pesquisadora uma explicação breve sobre o tema, com o objetivo de esclarecer estes conceitos. Posteriormente apenas dois deles sentiram-se seguros para opinar. O primeiro relatou que havia sido internado várias vezes, que nunca foi amarrado ou maltratado, que ficou bem, e não tinha queixa sobre os hospitais psiquiátricos. Declarou que ninguém era perfeito e achava que a maioria das pessoas tinham preconceito com psiquiatras e psicólogos. O segundo entrevistado relatou que na abstinência tudo dói, é difícil andar e perceber o corpo. Que conhecia várias pessoas que foram internadas e que a primeira coisa que fizeram ao sair foi usar a substância.

Relataram a dificuldade de conseguir trabalho por estar em situação de rua.

As pessoas em situação de rua entrevistadas não citaram em momento algum da entrevista a percepção de estigma.

Na figura 1 – Mapa Ecológico, acomodamos a representação das principais estruturas desse estudo.

Discussão

Nas entrevistas com os diferentes grupos, os participantes trouxeram a percepção dos desafios que envolvem cuidar destas pessoas em situação de rua com comorbidade mental, como: dificuldade de diagnóstico, fragilidade de vínculos, falta de um espaço privativo para morar, profissionais com capacitação insuficiente para acolher esta pessoa e privações de todo tipo de necessidades, levando a situações de mendicância. E como cuidados e estratégias dentro de um cenário ideal, os resultados perpassaram pela criação e recuperação de vínculos, diagnóstico e tratamentos mais adequados, equipes melhores capacitadas, trabalhando em uma rede de cuidados interdisciplinares.

Tendo como ponto de partida o Mapa Ecológico, originalmente sugerido por Bronfenbrenner como uma boneca russa, iremos rever as percepções coletadas através da análise de conteúdo

O Processo, primeiro elemento da Teoria Bioecológica, é o que permite o desenvolvimento intelectual, afetivo, moral e social do ser humano ao longo da vida. Envolve estabilizações e mudanças das características biopsicológicas (Benetti et al., 2013). Requer interatividade entre o indivíduo e o meio, e com isso entramos também no Contexto e suas especificidades.



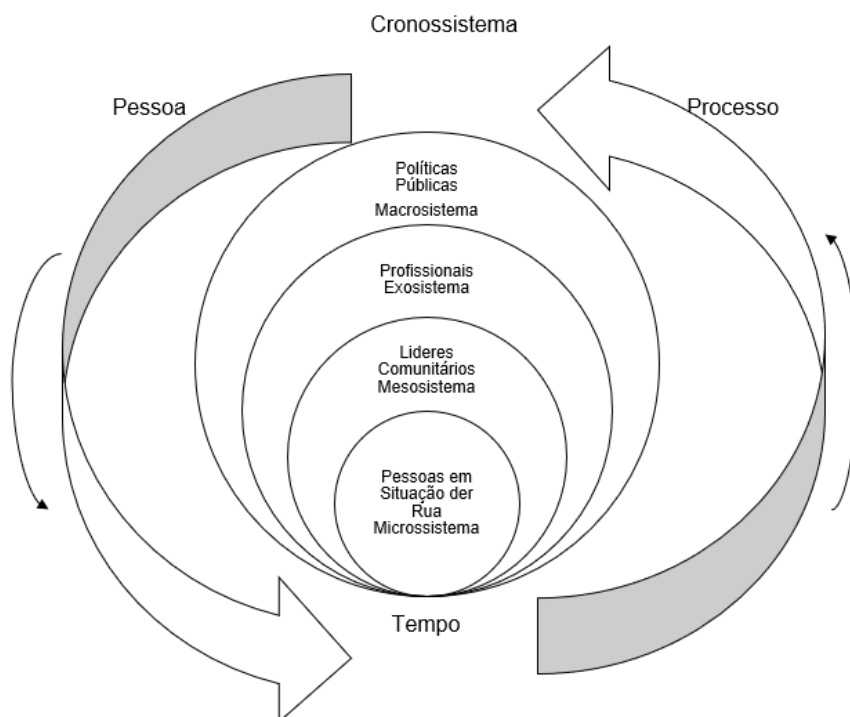


Figura 1 Mapa Ecológico

A interatividade desses indivíduos é extremamente prejudicada e surge com força na categoria “vínculo” que atravessa os 4 subsistemas: no microsistema vem com o rompimento de laços relacionais, familiares e afetivos; no mesossistema o vínculo surge como a base de todo cuidado (Diniz & Koller, 2010); no exossistema os profissionais discorrem sobre a dificuldade dos serviços em criar vínculo e entendem a importância do mesmo para os cuidados dessa pessoa. E no macrossistema temos políticas públicas como a Estratégia Saúde da Família que tem por base o próprio vínculo, mas não privilegia esta população (Monteiro et al., 2010).

O vínculo se apresenta como uma importante ferramenta para a construção de pontes, que permitiria a estas pessoas acesso aos cuidados de saúde e ao suprimento de necessidades básicas.

As políticas públicas voltadas a esta população são insuficientes e os serviços existentes sofre com a ausência de profissionais capacitados e divergências políticas. Exemplo disso foi a categoria moradia que foi citada como parte dos

cuidados por apenas 10 dos entrevistados sendo os 3 líderes comunitários, todos os 05 entrevistados em situação de rua, 1 profissional de ponta e 1 profissionais especialistas. Os outros 16 participantes não citaram a necessidade de uma moradia como parte de cuidado ideal, o que sugere uma possível naturalização do “estar em situação de rua” e a falta de interação entre os subsistemas, conforme propõe a Teoria Bioecológica.

O modelo de *Housing First* foi sugerido por alguns dos entrevistados em situação de rua e líderes comunitários. Este é um dos principais modelos de habitação, para pessoas em situação de rua com comorbidade (Padgett et al., 2011). Desenvolvido originariamente por *Pathways Housing First* do Departamento de Psiquiatria do *Columbia University Medical Center*, é um programa que incentiva o usuário a definir suas necessidades e objetivos, valorizando seu poder de escolha, e inclui equipe multidisciplinar para a reabilitação psiquiátrica e social, composta por médicos, enfermeiros, assistentes social, conselheiros e um administrador habitacional, 24 horas por dia. Apesar da habitação estar



ligada ao tratamento, o usuário pode recusá-lo sem consequência para a habitação, o que subentende que a própria residência propicia redução de danos, causados pela doença mental e uso de substâncias psicotrópicas (Tsemberis et al., 2004). O requisito para permanecer na casa é ter vínculo com pelo menos um membro da equipe e destinar 30% de sua renda, quando houver, ao pagamento do aluguel. A abordagem do tratamento prevê que o usuário possa estar em diferentes estágios de recuperação (Greenwood et al., 2013). O programa também recebe pessoas em situação de rua com transtorno de uso de substâncias grave, e vários estudos sugeriram que há uma redução do consumo dos usuários contemplados com a moradia (Kertész et al., 2009).

Em São Paulo, tivemos um exemplo da influência do macrosistema sobre a vida dessa população, através da implantação de um programa de habitação inspirado nos moldes de *Housing First*, denominado De Braços Abertos (DBA).

Tão invisível e desafiador quanto as pessoas em situação de rua com comorbidade mental, é a ideologia que paira sobre a doença mental desde a Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2004), e ainda mais especificamente sobre os dependentes químicos, que ganharam políticas públicas exclusivas nos últimos 20 anos, passando por três governos diferentes, com diferentes ideias e sempre sustentadas pela Guerra as Drogas (Hirdes, 2009); (Pereira & Costa-Rosa, 2012), transformando a luta antimanicomial numa luta de poder (Ribeiro & Minayo, 2020).

E desde então, o tema saúde mental vai sendo esticado com força pelas duas vertentes ideológicas, pendendo ora para um lado ora para outro, misturando temas como religião e tráfico de drogas (Onocko-Campos, 2019) causando tamanha tensão que o tema principal, que seria os cuidados com a saúde mental muitas vezes se perde.

A busca de diferenças de tratamento entre ideologias e correntes de pensamento

sobre saúde mental, com argumentos de sustentação da dicotomia das duas visões ideológicas presentes: hospitalocêntrica e antimanicomial, que poderiam sugerir abordagens distintas, não encontrou nenhuma discordância significativa. Os profissionais de ponta tendem a argumentos que reforcem suas crenças, que se apresentam ora dentro de conceitos de redução de danos com tratamentos alternativos, ora com tratamento rígidos e internações compulsórias, mas entendendo a necessidade de algum outro tipo de cuidado e possíveis hospitalizações. Os profissionais especialistas relataram, além da preocupação com o fenômeno, o desagrado com tratamentos genéricos como internações obrigatórias e com tempo determinado, ou uma intervenção paliativa que pode resultar em negligência. Todos defendem o tratamento com cuidados avaliados individualmente e de forma singular. Concordaram que a hospitalização pode ser necessária como tratamento inicial, e sua duração também deve ser individualizada, que a necessidade de reinserção social é primordial, e que no caso de diagnóstico de doenças crônicas, deve-se seguir com tratamento ambulatorial.

Estes fatos vão fragilizando um ecossistema, que deveria suportar e apoiar o desenvolvimento do indivíduo, suprimindo necessidades básicas e cuidando para obter como resultado uma melhor qualidade de vida, fazendo emergir a miséria extrema e a desassistência.

De outra feita, provendo recursos básicos, abriríamos espaço para tratamentos de saúde básica e mental, possibilitando um acompanhamento por equipes multidisciplinares e interdisciplinares através da criação de vínculo.

Dito isso, podemos refletir sobre o segundo elemento da Teoria Bioecológica, Pessoa. Segundo Bronfenbrenner esse elemento possui três tipos de caracterização, a primeira se refere a disposições comportamentais e biológicas que facilitam os processos proximais, a segunda a recursos





bioecológico que incluem habilidade e experiência e por último a demanda que inclui motivação a reagir no ambiente social. Em nossa análise, a “Pessoa” não foi reconhecida por seus atributos ou história de vida, a que esse estudo não teve acesso, mas pela disposição à dependência química e outro transtorno mental, e às dificuldades com as habilidades cognitivas e comportamentais, que facilitam os processos proximais. Um sistema de crenças com a percepção de baixa autoeficácia e a ausência de prontidão para seguir metas, pode ser o resultado da dificuldade em manter autocontrole emocional e comportamental (Bhering & Sarkis, 2009). Outra característica desta “Pessoa” é a dificuldade para suprir as necessidades mais básicas (Leme et al., 2016).

No Contexto, percebemos a fragilidade e ineficácia de todo um sistema que envolve diversas camadas, em um universo caótico, que migra entre o abandono e a negligência, com acesso restrito aos recursos mais básicos para a sobrevivência humana, juntamente com as questões que emergem da reforma psiquiátrica, trazendo à tona as fragilidades desse ecossistema.

O Tempo envolve todos os aspectos desse fenômeno psicossocial arrastando com ele milhares de pessoas que se movimentam por inércia sempre numa mesma direção, tornando impossível escapar dessa estrutura.

Lançamos o olhar nos aspectos Processo, Pessoa, Tempo e Contexto, que mostrou neste ecossistema os inúmeros aspectos socioemocionais desestruturantes, ocasionados no decorrer da vida, a quebra e a incapacidade de criar vínculos, as dificuldades dos sistemas de saúde e assistência social para garantir direitos básicos a essa população, e as políticas públicas insuficientes, atendendo mais às necessidades políticas do que às dessa população.

Considerações finais

Necessidades múltiplas e complexas podem exigir soluções simples. Os cuidados

dentro de um cenário ideal, perpassaram pelas necessidades básicas para sobrevivência de qualquer ser humano, como a provisão de alimentos, água e habitação.

Segundo os resultados, o mesmo que mantém estas pessoas em vulnerabilidade e na miséria extrema, também parece ser a solução para devolver-lhes a saúde física e mental, assim como a dignidade, o que nos remete à Teoria da Motivação de Maslow, e a Hierarquia das Necessidades Humanas, que pressupõe que o ser humano se motive através da tentativa de suprir 5 tipos de necessidades: Fisiológicas (comida, água, sono, sexo e as outras necessidades corporais); Segurança (segurança física, moradia privada, trabalho e saúde); Relacionamento (aceitação, afeição, sentimento de pertencer ao grupo, amizade); Estima (autoestima ou autorrespeito, desejo de obter a estima dos outros) e Realização Pessoal (autodesenvolvimento, crescimento, desenvolvimento de seu potencial) (Cavalcanti et al., 2019).

E como os dados demonstraram, as pessoas em situação de rua com comorbidade mental, não alcançam sequer as necessidades básicas fisiológicas. O que nos convida a refletir sobre as disfunções que cada item de necessidades fisiológicas suprimido, acarreta ao ser humano, trazendo como exemplo a privação parcial ou total de sono, que pode trazer como consequência alterações de humor, alterações motoras, menor vigilância, distorções cognitivas, mudanças de afeto (Pilcher & Huffcutt, 1996).

A atenção a estas necessidades básicas podem abrir espaço para tratamentos de saúde básica e mental, possibilitando um acompanhamento por equipes multidisciplinares e interdisciplinares através da criação de vínculo. Para que vínculos possam ser construídos, é preciso proporcionar condições que diminuam a rotatividade dos profissionais de ponta nos serviços que atendem esta população, bem como subsidiá-los com ferramentas que possibilitem a construção deste elo. Isto passa pela oferta de





espaços de escuta e reflexão sobre sua prática profissional e os desafios cotidianamente enfrentados.

A necessidade da equidade atravessa transversalmente todos os cuidados, pois as condições socioeconômicas e educacionais privilegiam o acesso aos cuidados de saúde mental, física e às redes de apoio. O investimento em políticas públicas para esta população em extrema vulnerabilidade, estruturando e reestruturando serviços de assistência social, saúde e habitação (BORYSOW, FURTADO, 2013), oferecendo uma saída com múltiplas opções de cuidados e atendimento digno, proporcionaria reinserção social, e autonomia através de uma economia solidária (De Oliveira et al., 2017).

Por fim, quando se considera a população em situação de rua, as reflexões sobre o alcance da reforma psiquiátrica parecem perder nitidez de contornos. Se a casa na cidade é o norte processual valioso, tendo em vista a luta crucial travada nas últimas décadas, a cidade como casa, desprovida de qualquer direito fundamental ao cidadão, deflagra uma realidade que transita para muito além da saúde mental, dos muros dos hospitais e manicômios, ou mesmo dos territórios urbanos como espaços afetivos. Na realidade concreta de privações da pessoa em situação de rua e portador de transtorno mental, a hegemonia do saber médico, a dificuldade de diálogo entre profissionais de diferentes correntes de pensamento, simplesmente perdem sentido.

O olhar invisível é convocado a ver o que transita incômodo, o que não cheira bem, o que poucos se dispõem a olhar e escutar, na

tentativa de se construir e manter um laço comprometido com o que há de vida, por tênue que seja.

Para que esses vínculos possam ser construídos, precisamos subsidiar profissionais de ponta com o conhecimento sobre ferramentas que possibilitem a construção desse elo, assim como diminuir a rotatividade desses mesmos profissionais nos serviços que atendem essa população, oferecendo melhores condições de trabalho.

É imprescindível o diálogo entre os profissionais com pensamentos de diferentes vertentes, se faz premente para a primazia dos cuidados para com as pessoas em sofrimento mental. Sem isso, o que é liberdade para uns, passa a ser negligência e descuido para outros.

A diversidade dos participantes é uma potencialidade do estudo, já que foram formados 4 grupos distintos que conhecem muito bem o fenômeno estudado, mas neste mesmo quesito surge limitações como a de ouvir o grupo de familiares das pessoas em situação de rua, para compreender as dificuldades do cuidar e conviver. Outra limitação é a geográfica, pois fomos limitados à cidade de São Paulo.

Carece-se de estudos que indiquem intervenções com resultados mais efetivos, para que se possa traçar diretrizes em novas políticas públicas e diminuir o abismo da desigualdade social, que se revela na figura desta pessoa em situação de rua, com comorbidade mental.

Referências

- Aristides, J. L., & Lima, J. V. C. D. (2009). Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. *Espaço saúde (Online)*, 43-52.
- Bardin L. (2009) Análise de conteúdo. ed. rev. atual. Portugal: Edições 70; 2009.
- Benetti, I. C., Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., & Schneider, D. R. (2013). Fundamentos de la teoria bioecológica





- de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia*, 9(16), 89-99. 20.
- Bhering, E., & Sarkis, A. (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Revista Horizontes*, 2, 7-20.
- Borysow, Igor da Costa, & Furtado, Juarez Pereira. (2013). Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 33-50. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100003>
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004*. 5ª ed. [acessado 2007 set 05]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>
- Brasil (2009). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. Brasília, 2009.
- Brasil (2011). 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 União* 2011; 30 dez.
- Brasil (2012). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*; 2012.
- Brasil, (2020) IPEA – Nota Técnica nº 73 de junho de 2020 - Estimativa Da População Em Situação De Rua No Brasil (setembro De 2012a março De 2020) - disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>.
- Carvalho Barreto, A. (2016). Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Psicologia em Revista*, 22(2), 275-293.
- Cavalcanti, Thiago Medeiros, Gouveia, Valdiney Veloso, Medeiros, Emerson Diógenes De, Mariano, Tailson Evangelista, Moura, HyslaMagalhães De, & Moizeis, Heloísa Bárbara Cunha. (2019). Hierarquia das Necessidades de Maslow: Validação de um Instrumento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e183408. Epub January 10, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003183408>
- De Oliveira Lussi, Isabela Aparecida; Eduarda Ricci, Thamy; Justel Do Pinho, Roberta. Percepções sobre trabalho: análise de concepções de pessoas em situação de rua. *Brazilian Journal of Occupational Therapy/Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 25, n. 4, 2017.
- Diniz, E., & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar em Revista*, (36), 65-76.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24, 17-27.
- Ferraz, Flávio Carvalho. O louco de rua visto através da literatura. *Psicol. USP* [online]. 2000, vol.11, n.2, pp.117-152. ISSN 1678-5177. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642000000200009>.
- Greenwood, R. M., Stefancic, A., & Tsemberis, S. (2013). Pathways Housing First for homeless persons with





- psychiatric disabilities: Program innovation, research, and advocacy. *Journal of Social Issues*, 69(4), 645-663.
- Hirdes, Alice. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
- Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E., & Schumacher, J. E. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching?. *The Milbank Quarterly*, 87(2), 495-534.
- Leme, V. B. R., Del Prette, Z. A. P., Koller, S. H., & Del Prette, A. (2016). Habilidades sociais e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: Análise e perspectivas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 181-193.
- Mattiello, Felipe, & Ramos, Wilsa Maria. (2018). Estudos em psicologia e áreas interdisciplinares sobre a população em situação de rua. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 23(1), 67-77. <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180008>
- Manzini, E. J. (1990). A entrevista na pesquisa social. *Didática*, 26, 149-158.
- Monteiro, M. M., Figueiredo, V. P., & Machado, M. D. F. A. S. (2009). Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 358-364.
- Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00156119.
- Padgett, D. K., Stanhope, V., Henwood, B. F., & Stefancic, A. (2011). Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing housing first with treatment first programs. *Community mental health journal*, 47(2), 227-232.
- Pagot, A. M. (2012). O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Scielo-Editora FIOCRUZ. <https://books.google.com.br/>
- Pereira, E. C., & Costa-Rosa, A. D. (2012). Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1035-1043.
- Pilcher J.J., Huffcutt A.I., Effects of Sleep Deprivation on Performance: A Meta-Analysis, *Sleep*, Volume 19, Issue 4, June 1996, Pages 318–326, <https://doi.org/10.1093/sleep/19.4.318>
- Ribeiro, F. M. L., & de Souza Minayo, M. C. (2020). As mudanças na política brasileira de drogas: o avanço da lógica da justiça sobre a saúde. *Cultura y Droga*, 25(29), 17-39.
- São Paulo (2015) Prefeitura Municipal De São Paulo. FIPE-Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. - Secretaria de Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – 2015
- São Paulo (2019) Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Assistência de Desenvolvimento Social - **Censo da População em Situação de Rua – 2019.**
- São Paulo (2021) Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Assistência de Desenvolvimento Social - **Censo da População em Situação de Rua – 2021.**
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American journal of public health*, 94(4), 651-656.



