

---

## **População em situação de rua e Saúde Mental: desafios na construção de um plano terapêutico singular<sup>1</sup>**

---

*Homeless population and Mental Health: challenges  
in the construction of a singular therapeutic plan*

---

*Rayoni Ralff Silva Pereira Salgado<sup>2</sup>*

*Marta Fuentes-Rojas<sup>3</sup>*

### **RESUMO**

População em Situação de Rua com transtornos mentais não é um fenômeno recente e tem se inserido nas pautas das políticas públicas no Brasil. Este artigo aborda os desafios vivenciados por equipes da Rede de Atenção Psicossocial da municipalidade de Limeira-SP na construção de um Plano Terapêutico. Utilizou-se a abordagem metodológica qualitativa, e os Grupos de Discussão como instrumento de coleta de dados. Participaram 10 (dez) servidores públicos municipais atuantes em equipamentos da rede de saúde mental. A análise e interpretação dos dados coletados foram realizadas através do método de análise de conteúdo. Identificou-se que, institucionalizar essa população dentro dos muros dos serviços, como proposta de tratamento, é mantê-la distante de um projeto terapêutico singular de superação de sua condição. Nesse sentido, o conceito de manicômio deve ser amplamente discutido, pois, estabelecer um trabalho em saúde mental restrito aos muros institucionais, aponta que novas formas de manicomização estão sendo estabelecidas nas relações entre Estado e sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** População em situação de rua. Transtorno mental. Grupos de discussão.

---

<sup>1</sup> Este artigo surge da dissertação de mestrado, intitulada “População em Situação de Rua: desafios dos profissionais nos serviços de saúde mental”. Defendida em 2018, dentro do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas- ICHSA, da Faculdade de Ciências Aplicadas- FCA/UNICAMP.

<sup>2</sup> Assistente Social; Docente do Instituto Superior de Ciências Aplicadas – ISCA Faculdades. Mestrando Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas – FCA/UNICAMP.

<sup>3</sup> Psicóloga; Doutora em Saúde Coletiva; Mestre em Educação. Docente da Faculdade de Ciências Aplicadas – FCA. – UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas. E-mail: [marta.fuentes@fca.unicamp.br](mailto:marta.fuentes@fca.unicamp.br).

## ABSTRACT

*Homeless Population with mental disorders is not a recent phenomenon and has been inserted in the guidelines of public policies in Brazil. The approach of this article is about the challenges experienced by teams of the Network of Psychosocial Care of the municipality of Limeira-SP in the construction of an Therapeutic Plan. A qualitative methodological approach was used and the Discussion Groups as a data collection instrument. Participated ten (10) municipal public servants who work in equipment of the network of mental health. The analysis and interpretation of the data collected were performed through the content analysis method. It was identified that institutionalizing this population within the walls of services as a treatment proposal is to keep it away from a singular therapeutic project to overcome its condition. In this sense, the concept of asylum should be widely discussed, because establishing a work in mental health restricted to institutional walls, points out that new forms of manicomization are being established in the relations between State and society.*

**KEYWORDS:** Homeless population. Mental disorders. Discussion groups.

## INTRODUÇÃO

A presença de pessoas utilizando a rua como espaço de moradia e sobrevivência não se configura um atributo da sociedade atual, mas representa a proliferação da pobreza e das desigualdades sociais, decorrentes do sistema econômico vigente (ALBUQUERQUE, 2009).

O processo de acumulação sem limites acentua o pauperismo e traz como consequência, o acréscimo de pessoas que passam a habitar as ruas. “O fenômeno social da População em Situação de Rua constitui uma síntese de múltiplas determinações, cujas características, mesmo com variações históricas, o tornam um elemento de extraordinária relevância na composição da pobreza nas sociedades capitalistas” (SILVA, 2009, p. 91).

A quantidade de pessoas vivendo nos centros das grandes metrópoles brasileiras e nas periferias delas têm crescido desde a década de 90 (SERAFINO; LUZ, 2015). Desde essa época várias pesquisas foram desenvolvidas, sob a ótica da exclusão social<sup>4</sup>, comparando os fenômenos da migração e do desemprego, com a utilização dos logradouros públicos como espaço de moradia e sobrevivência (VIEIRA; ROSA, 1992).

---

<sup>4</sup> O indivíduo excluído passa a ser visto com aquele que não consegue se sentir pertencente a uma unidade social, por vivenciar um processo de desvinculação social, limitada à sobrevivência diária, desprovida de sentido.

Em meio a essa expressiva população, há aqueles que além de morarem na rua vivenciam problemas decorrentes de transtornos mentais. Esses indivíduos encaram uma realidade ainda mais delicada que os demais que se encontram na mesma condição, porém com o agravante das questões de saúde.

São estranhos seres que, nos intervalos das internações psiquiátricas ou completamente resistentes a elas, habitam as praças, os terrenos baldios das cidades contemporâneas, as esquinas, as casas abandonadas. Caminhantes solitários das cercanias, às margens das estradas, às margens da cidadania, numa busca heroica e “marcovaldiana” de sobrevivência material e psíquica (BRITO, 2006, p. 323).

Ferraz (2000) identifica os ‘loucos de rua’ considerando aqueles que não estão institucionalizados e que enfrentam condições de extrema pobreza e sem os vínculos familiares.

A desinstitucionalização, que ganhou efetividade nos anos 1990 no país, enfocando a população segregada em manicômios, pouco aportou sobre os segmentos que não experimentaram a internação manicomial ou portadores de agravos psíquicos sem acesso aos serviços regulares de atenção à saúde mental, sobre quem incide, então, a ação de aparelhagens do Estado, como o judiciário e a polícia.

Mesmo em face da desinstitucionalização, não houve, de maneira relevante, a implementação de uma política social e de saúde frente ao sofrimento ou transtorno psíquico da pessoa em situação de rua e no acolhimento a esta população, que vem crescendo de maneira expressiva nas grandes cidades do país, nas últimas décadas (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

A transição do modelo manicomial para o comunitário requer mudanças e rupturas, tanto institucionais, quanto sociais, pois, “não basta fechar o manicômio, é preciso haver pessoas e equipamentos sociais e de saúde para acolher e acompanhar os egressos de longas internações, bem como, os *novos pacientes na comunidade*” (FURTADO; CAMPOS, 2005, p. 111).

O novo modelo assistencial em saúde mental no Brasil, tem sido implementado por uma rede de serviços descentralizados e territorializados, sendo as Unidades Básicas de Saúde

– UBS a “porta de entrada” preferencial no atendimento aos pacientes com transtornos mentais e em situação de rua (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007).

Como forma de reorientar o modelo assistencial, de acordo com Rosa e Campos (2013), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergem como referência a um novo modelo de cuidado direcionado à atenção comunitária. Este novo modelo é “considerado um equipamento por excelência para organizar a rede assistencial e articular as condições para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade” (p. 312), e que inclui aqueles que não se encontram institucionalizados como é o caso das pessoas em situação de rua.

Através da experiência profissional com a População em Situação de Rua – PSR na Política de Assistência Social no município de Limeira-SP, e mediante as várias e inquietantes questões que emergiam no cotidiano de trabalho, realizou-se uma pesquisa acadêmica com a finalidade de compreender como é desenvolvido o trabalho com esse grupo social na Política de Saúde no referido município.

Para tanto, buscou-se analisar as narrativas dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial, que atuam diretamente com PSR com transtornos mentais. Apresentar-se-á nesse artigo o desafio na construção de um plano terapêutico que seja ideal para a atenção a esta população.

Tal plano representa as expectativas que os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial têm em relação aos pacientes em situação de rua. Espera-se adesão aos planos terapêuticos, com confluência ao que fora proposto<sup>5</sup>, sinalizando positivamente os resultados das intervenções profissionais e do cumprimento do objetivo do serviço de saúde. Ocorre que, diferente dos públicos usuais dos equipamentos públicos, a população em situação de rua possui dificuldade em cumprir os planos terapêuticos que, acabam de alguma forma frustrando o profissional que idealiza um plano terapêutico que não é aderido, por não considerar-se a realidade vivenciada por este grupo social.

Sendo assim, o presente trabalho se organiza em torno dessa discussão, como forma de qualificar o atendimento e a reabilitação psicossocial da população em situação de rua no

<sup>5</sup> Sair das ruas e ir para serviços de acolhimento institucional; medicalização; participar de atendimentos clínicos e grupos terapêuticos; retornar ao convívio familiar; buscar emprego, etc.

campo da saúde mental.

## METODOLOGIA

Utilizou-se a abordagem qualitativa no desenvolvimento da pesquisa e os Grupos de Discussão (MEINERZ, 2011) como instrumento para a coleta de dados. Participaram 10 (dez) servidores públicos da Rede de Atenção Psicossocial do município de Limeira-SP, atuantes no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD (7) e Ambulatório de Saúde Mental (3). O perfil socioprofissional dos participantes é diversificado, compreendendo formações de nível médio e superior.

Como critérios de inclusão e exclusão, solicitou-se que os participantes tivessem experiência direta no trabalho com PSR e demonstrarem interesse em participar da pesquisa. Os participantes expressaram ciência na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP em 11/05/2017, sob o parecer de número 2.057.698, realizou-se a coleta de dados. As discussões foram gravadas e, posteriormente transcritas e analisadas através do método de análise de conteúdo, proposto por Bardin (1977).

Utilizar-se-á a expressão “P1” para a transcrição literal das falas dos profissionais do Ambulatório de Saúde Mental e “P2” para os do CAPS-AD, assegurando o sigilo da identidade dos mesmos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pensar o trabalho com a População em Situação de Rua - PSR é se deslocar para um campo repleto de tensões e interesses. Tensões no sentido de buscar uma ‘adesão’ voluntária de indivíduos que, por seus poucos vínculos sociais se demonstram, em maior parcela, resistentes em aceitar o tratamento proposto (PAGOT, 2012). Por outro lado, a pressão da

sociedade que exige dos governantes a retirada destas pessoas da rua, por meio de ações de limpeza urbana, higienização social, mascarada em ações de cunho assistencialista (SILVA, 2005; SERANFINO; LUZ, 2015), que em nada favorecem a esta população, nem efetivamente as retira das ruas.

Os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do município de Limeira-SP não vivem uma realidade diferente dos demais municípios de grande porte do país. São requisitados a responderem às demandas dessa população específica, que apresenta transtornos mentais, mesmo diante das limitações impostas aos seus equipamentos e saberes. Acrescenta-se a isto a pouca intersetorialidade pautando as ações das equipes ao imediatismo e à segmentação, além de pouca disponibilidade do profissional para a atenção a esta população.

Quando solicitado discutir sobre a questão da saúde mental desta população, poucos profissionais se dispuseram a participar. De uma equipe composta por 24 (vinte e quatro) servidores no Ambulatório de Saúde Mental, apenas 03 (três) destes participaram da discussão. Fica uma questão ao respeito: será que há engajamento desses servidores na atenção às demandas desta PSR ou, de fato, as desconhecem?

No município, o referido equipamento atende a PSR com a dispensação de psicofármacos, atendimento psiquiátrico e acompanhamento psicológico, a alguns poucos casos que estão em acolhimento institucional. Embora seja um serviço com a especificidade de atendimento especializado, as ações realizadas por esta equipe têm impacto direto junto à Rede de Atenção Psicossocial e demais políticas setoriais, considerando que as demandas da PSR transitam em todos esses campos, exigindo abordagens intersetoriais.

Os funcionários do CAPS-AD se demonstraram mais participativos e atuantes frente a essa problemática, com discursos alinhados a um tratamento ideal (Plano Terapêutico). Ressalta-se que a própria configuração desse serviço pressupõe uma atuação mais proativa, todavia, os servidores ainda estabelecem alguns parâmetros para medir o 'sucesso' de suas ações, se responsabilizando em grande parte por elas.

Eu não sei se a gente tem que mudar também, um pouco a nossa visão sobre esse tipo de população, porque a gente tem a expectativa, 'né'? [...], no sentido de que ele [pessoa em situação de rua] entre num

sentido de ritmo normal de vida. – Que é pra gente também, ‘né’? E está sempre frustrando, pelo menos eu sempre vejo isso, a grande maioria está sempre frustrando. Eu não consigo enxergar nenhum que tenha conseguido fazer algo diferente dentro daquilo que a gente acha (P2)

Abordar essa demanda com expectativas em um plano terapêutico definido pode levar o trabalho do profissional à frustração constante. As ações realizadas pelas equipes sob essa ótica tendem a criar uma dependência (tutela) dos assistidos a um plano de tratamento que, por vezes, não contempla seus reais interesses e necessidades (Plano Terapêutico Singular). Tal situação, exige um constante exercício de (re)aprendizado por quem a opera.

Então, a gente tem que pensar o que a gente pode fazer por ele [...] Eu vou oferecer o que? Eu vou oferecer uma casa, eu vou oferecer roupa? Talvez não seja nada disso, não interessa isso, às vezes seja uma cama pra dormir aí, um banho pra tomar, às vezes ele não pode tomar aqui, mas a gente leva ele pra um lugar onde ele possa tomar o banho, trocar de roupa e ele vai voltar pra rua, as vezes é isso só (P2).

As intenções dos trabalhadores em estabelecerem um plano terapêutico o mais perto do ideal, podem parecer adequadas a determinados sujeitos que respondem às expectativas dos profissionais em relação à oferta do serviço, porém, somente surtirão algum efeito se respeitadas às condições de vida, o tempo e a liberdade do usuário/paciente em decidir o que é melhor para si, no momento em que se encontra.

A grande preocupação dos servidores é atenderem aos objetivos propostos pela instituição de saúde, à qual prestam seus serviços. Mas, na realidade as demandas multifacetadas e o público usuário bastante diferenciado, tornam-se um desafio na condução das ações nos distintos serviços, e na falta do trabalho intersetorial, que poderia contribuir para a construção de ações que atendam as demandas da comunidade em questão e vai além do desejo de encaixar a PSR, num ideal que não cabe para a realidade do país.

A frustração mencionada pelos participantes decorre de uma exigência e pressão do serviço, da política, da sociedade e do próprio profissional em atuar ativamente nesse cenário e obter bons resultados em sua prática. Quando há uma negativa do usuário o mesmo é frequentemente responsabilizado, isentando os demais atores dessa decisão, porém, quando

este aceita o tratamento proposto, cria-se uma expectativa do profissional em contribuir à luz de seus referenciais e tecnologias para a solução de um problema que é do outro. Nesse sentido, o trabalhador deve ser apenas um mediador e não o condutor.

[...] eles vêm com aquele discurso de ‘eu gostaria de resgatar a minha família, eu gostaria de ter um trabalho’, o discurso normalmente é esse. Mas na verdade, a ideia é que consiga burlar um pouco isso, né? – E a gente acata rapidinho isso, porque é o que a gente quer escutar (P2).

- Ah, eu me lembro de uns dois casos aqui, que saíram da rua e hoje estão trabalhando, na sua casa, etc., e tal. – Então, mas aí ele atendeu aquela expectativa que nós temos (P2).

Em outro sentido, a boa prática em saúde mental e saúde em geral, é entendida de acordo com Campos *et al.* (2013, p. 2802), como “formas compartilhadas de cuidado, de diálogo entre o saber científico dos profissionais e o saber existencial de cada usuário”. Portanto, na concepção dos autores, o trabalhador de saúde deve estabelecer uma interatividade com o usuário, encontrando uma transversalidade entre a “frieza do saber acumulado e o calor da relação humana em curso” (p. 2803).

Para Borysow; Furtado (2013) a atuação dos trabalhadores de saúde é influenciada pelos diferentes olhares sobre esse público, podendo “facilitar ou dificultar o acesso aos serviços” (p. 39).

A imagem do louco de rua atinge diversamente os trabalhadores, resultando em distintas perspectivas. Dentre os diversos posicionamentos, destacam-se: a concepção de “opção pela liberdade”, que pode acarretar em desamparo da clientela pelos serviços; a necessidade de institucionalização dessas pessoas e sua conseqüente retirada das ruas, retomando paradigmas higienistas; o enfoque à refratariedade da clientela a qualquer tipo de abordagem; e o reconhecimento da complexidade dessa clientela, que procura encontrar saídas envolvendo diferentes esferas assistenciais (SILVA, 2005 *apud* BORYSOW; FURTADO, 2013 p. 39).

Os participantes demonstraram interesse em responder positivamente às demandas dessa população, mesmo com os poucos recursos que os serviços dispõem. Apresentam clareza no senso de missão da instituição de saúde, mas defendem um projeto terapêutico que



seja ideal e que, atualmente conta com pouca aderência e continuidade pela PSR, tornando-se um entrave no trabalho das equipes de saúde.

O processo de reabilitação psicossocial deve se dar conjuntamente, usuário e profissional, no mesmo processo de luta de classes, e desinstitucionalização da Psiquiatria como saber único em Saúde Mental (BISNETO, 2007, p.187).

Em termos de políticas públicas, o Brasil possui na atualidade um considerável arcabouço de leis, decretos, serviços e propostas de trabalho com a PSR. Entretanto, o grande desafio que tem se apresentado aos municípios, é a implantação desses serviços e a implementação das ações, pelo não reconhecimento desses sujeitos no rol de prioridades no âmbito da gestão da política de saúde, tanto em nível micro quanto macrossocial. Os discursos apontam para essa direção.

As ações em saúde no Brasil, principalmente nos últimos anos, estão alinhadas a um projeto de Estado centrado no neoliberalismo, onde as “políticas sociais públicas são reduzidas ou repassadas ao setor privado. O Estado Neoliberal reduz as políticas sociais à funcionalidade de manter a reprodução social a custos mínimos” (BISNETO, 2007, p. 40).

[...] as políticas sociais no Brasil têm sido marcadas pela prevalência da lógica liberal em detrimento da perspectiva universalizante, ainda que as lutas desencadeadas no curso do processo constituinte, em 1988, tenham propiciado a garantia de vários direitos sociais e apontado uma direção universalizante para as políticas sociais na Constituição Federal, promulgada naquele ano. Entretanto, o avanço do projeto neoliberal, nos anos posteriores à promulgação da Carta Constitucional, imprimiu às políticas sociais com profundos limites de cobertura e abrangência. Até mesmo as políticas que têm como base princípios e diretrizes universalizantes, como a saúde e a educação, têm sido implementadas de forma residual e restritiva (SILVA, 2009, p.175).

O Estado se responsabiliza pelo investimento mínimo no social e transfere para o setor privado aquilo que lhe é de obrigação.

Mas contraditoriamente (ou não!), os governos continuam interessados em repassar verba pública para os empresários do setor psiquiátrico e ‘terceiro setor’ filantrópicos, através de convênios que pagam internação para os usuários dos serviços de Saúde Mental, para continuar enriquecendo a burguesia e outros setores conservadores

que compõem a base de sustentação de seus mandados (BISNETO, 2007, p. 42).

Ancorado nesses valores de privatização do público, as políticas sociais direcionam-se no sentido de manutenção e promoção da pobreza e da miséria e não em sua superação. A PSR nesse contexto continua sendo invisibilizada e negligenciada no investimento de recursos públicos, visto que, não apresenta condições potenciais aos setores político, econômico e social.

O olhar social sustentado a essa população, ainda é o do ajustamento (poder), diferente do proposto nas legislações (autonomia e emancipação). Paradoxalmente, o plano terapêutico proposto é aquele que retira essas pessoas de sua condição de rua, institucionalizando-a em serviços públicos de acolhimento, família e/ou redes sociais de apoio, desconsiderando seus graus de autonomia frente às decisões institucionais, culpabilizando-as pela não adesão ao tratamento proposto e mantendo-as sem protagonismo, buscando enquadrá-las em um tipo ideal de ser humano e ser social.

Pode ver na TV, os casos de sucesso dos moradores de rua que aparece. O cara aparece trabalhando engravatado ‘oh, esse conseguiu tal coisa’. – Então, junto a isso, tem a frustração deles, sabendo que não responderam a nossa expectativa, eles falam disso e isso é muito ruim, ‘ah, te decepcionei’, falas nesse sentido. Isso é muito ruim! (P2).

Os discursos se alinham as relações de poder abordadas por Foucault (1997). As práticas de poder funcionam na estrutura social como forma de ajustar os indivíduos a uma dada ‘normalidade’ socialmente aceita e compartilhada<sup>6</sup>.

As relações estabelecidas nesse contexto demonstrarão o verdadeiro exercício daqueles que exercem o poder sobre os demais: “Tem alguns casos que estão na Casa de Convivência [acolhimento institucional da Política de Assistência Social – grifo do autor], eram moradores de rua e depois que estão vivendo lá, há muito tempo já, nossa, são excelentes pessoas” (P1).

<sup>6</sup> Para Bisneto (2007) “quando se diz que devemos propiciar aos usuários ‘um espaço não adoecido, em que o tecido da vida seja retomado’, entendemos como uma analogia médica às relações sociais alienadas que precisam ser reapropriadas por seus atores, também dentro das instituições de serviços psiquiátricos” (p.194).

Quando uma pessoa em situação de rua não cumpre a um determinado plano terapêutico ideal, há o estabelecimento de um jogo de poder e coação, ainda que simbólico. Onde há poder há resistência! (FOUCAULT, 1997). Ambos os lados se frustram, pois nesse jogo não há ganhadores nem perdedores, mas interesses em curso que não confluem.

A atitude dos profissionais em estabelecer um plano terapêutico que leve a PSR a aderir a um estado ideal, ainda que inconsciente, tem um viés disciplinador, de gerência e controle das ações do outro, para que se torne viável a utilização de suas potencialidades e capacidades, aperfeiçoando-as gradualmente, correspondendo aos interesses propostos pelas instituições e sociedade em geral.

A vigilância como mecanismo de controle dos indivíduos se efetiva pelo olhar disciplinador hierarquizado dos sujeitos que detêm o poder, sendo necessária a vigia constante (FOUCAULT, 1997). A frustração ocorre quando os indivíduos (PSR) escapam dessas formas de controle – o que é bem característico dessa população – logo, a sensação de ‘incompetência’ e ‘impotência’ dos profissionais os levam a desacreditarem de suas ações e da política pública em si. Frente a essas análises, entende-se que os profissionais buscam, por um lado, responderem aos objetivos e demandas institucionais e sociais, e por outro, adequarem os indivíduos à ordem social vigente.

Se o campo de intervenção dentro dos serviços é limitado, o da análise profissional deve ser amplo, considerando a construção sócio histórica da PSR e a dinâmica da vida desses sujeitos em seus múltiplos aspectos.

Os discursos mostram que as equipes se sentem responsabilizadas a responderem, isoladamente, a um problema que é muito maior, estrutural e histórico no tecido social. Olham para questões pontuais, como: enfermidades/comorbidades, dependência em psicoativos, acolhimento institucional e se frustram quando não obtêm bom desempenho e resultados positivos em suas práticas.

Nesse sentido, Bisneto (2007) ao citar Meszáros (1981, p. 256) pondera,

Quanto mais o indivíduo é capaz de “reproduzir-se como indivíduo social”, menos intenso é o conflito entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e a humanidade – isto é, nas palavras de Marx, menos intensa é a luta entre a existência e a essência, entre a liberdade

e a necessidade, entre o indivíduo e a espécie. Mas o indivíduo não se pode reproduzir como indivíduo social, a menos que participe de maneira cada vez mais ativa na determinação de todos os aspectos de sua própria vida, desde as preocupações mais imediatas até as mais amplas questões gerais de política, de organização socioeconômica e de cultura (p.194).

O plano terapêutico proposto como mecanismo de controle e poder, não tem surtido efeitos concretos com a PSR, conforme observado. Enquanto as ações para essa população forem pensadas de forma fragmentada e setorializada e sob a perspectiva do profissional que se ocupa delas, a potência do trabalho ficará submetida à constante frustração e enfado, criando uma dependência dos assistidos e dos profissionais às práticas e discursos institucionais, sem resolutividade e concretude<sup>7</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Institucionalizar a população em situação de rua dentro dos muros dos serviços, como proposta de tratamento, é mantê-la distante de um projeto terapêutico singular de superação de sua condição. Tal prática anda na contramão da proposta terapêutica dos CAPS, que devem atuar na perspectiva da não internação, promovendo o cuidado e atenção diários, sem necessariamente, retirar o usuário de seu território, mas propor ações que o integre ao meio social, comunitário e familiar (BRASIL, 2002).

Inserir-se no território, constituindo relações pró-ativas com a comunidade de sua responsabilidade, favorece o estabelecimento mais efetivo do cuidado em saúde, pois, além de permitir identificar problemas e priorizar intervenções, cria vínculos contínuos com os assistidos, possibilitando individualizar suas necessidades e organizar processos particulares de cuidado (JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010, p.711).

A rua é um espaço de construção/reprodução social e histórica dessa população, portanto, as ações não podem ser pensadas e efetivadas fora dela. É na rua onde a demanda existe e acontece, é lá que o Estado também deve estar.

<sup>7</sup> Trabalho de “enxugar gelo” – expressão popular que denota ação sem resultado.

O desenvolvimento de um plano terapêutico singular que contemple em seus objetivos o tratamento e a reabilitação psicossocial, deve estar “em consonância com questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários” (NETO; AMARANTE, 2013, p. 968).

A desinstitucionalização e a implantação de uma rede substitutiva de cuidados aos portadores de transtornos mentais, ainda é algo recente no Brasil, e as sombras do passado ameaçam o presente e o futuro. Este trabalho se propôs a apresentar estas questões que se demonstram muito caras à Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A institucionalização aparece nas entrelinhas das falas dos participantes da pesquisa, o que pode ser um indicativo de práticas ou ações dos profissionais em relação à população e problemáticas em questão. Institucionalizar nos serviços, na família, no trabalho, como representações de resultados efetivos e satisfatórios não correspondem à proposta de um projeto terapêutico singular.

Sob esse prisma, o conceito de manicômio deve ser amplamente discutido, pois, estabelecer um trabalho em saúde mental restrito aos muros institucionais, produzindo e reproduzindo discursos e práticas de controle e disciplina sobre os corpos e subjetividades, apontam que, novas formas de *manicomização* estão sendo estabelecidas nas relações entre Estado e sociedade.

**Recebido abril 2018 – Aprovado junho 2018**

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. M. C. **Loucos nas ruas**: um estudo sobre o atendimento à população de rua adulta em sofrimento psíquico na cidade do Recife. 2009, 139 p. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2009. Disponível em: [http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/444.%20loucos%20nas%20ruas%20de%20recife.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/444.%20loucos%20nas%20ruas%20de%20recife.pdf). Acesso em: 05 jan. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 1977.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312013000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. *Série Pactos pela Saúde*. Brasília, v.4, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336** de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial [Internet]. Brasília: 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 12 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, Brasília, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRITO, M. M. M. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. Centro de Saúde Carlos Chagas. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2006, 26 (2), 320-327. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932006000200013&script=sci](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932006000200013&script=sci). Acesso em: 10 mai. 2017.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARRIO, L. R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2797-2805, out. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 dez. 2017.

FERRAZ, F.C. O louco de rua visto através da literatura. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 11, n. 2, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642000000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 mar. 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11 ed., Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. VIII, n. 1. São Paulo: 2005. p. 109-122. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017514011>. Acesso em: 11 mar. 2017.

JÚNIOR, N. C., *et al.* A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, Junho 2014. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832014000200251&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000200251&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 mar. 2017.

MEINERZ, C. B. Grupos de discussão: uma opção metodológica na pesquisa em educação. **Educação & Realidade**, vol. 36, núm. 2, maio-agosto, 2011, pp. 485-504. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=317227057003>. Acesso em: 01 abr. 2017.

NETO, M. L. A.; AMARANTE, P. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 jun. 2017.

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

ROSA, L. C. dos S.; CAMPOS, R.T. O. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 311-331, abr./jun. 2013.

SERAFINO, I.; LUZ, L. C. X. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-85, jan./jun. 2015.

SILVA, M. L. L. da. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, M. B. **O “louco de rua” e a seguridade social em Porto Alegre: da (in)visibilidade social à cidadania?** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

VIEIRA, M. A. C., ROSA, C. M. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. São Paulo: HUCITEC, 1992.