

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

**A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NO
ATENDIMENTO À POPULAÇÃO DE RUA COM
TRANSTORNOS MENTAIS EM INSTITUIÇÕES NO
RIO DE JANEIRO**

AUTORA:
JANINE FERNANDES XAVIER DUARTE

RIO DE JANEIRO

2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

**A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO
À POPULAÇÃO DE RUA COM TRANSTORNOS MENTAIS
EM INSTITUIÇÕES NO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de conclusão de curso de Graduação, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Orientadora:

Prof^ª: Ilma Rezende

RIO DE JANEIRO

2007

PODERIA SER EU

Há milhões perambulando nas ruas

Na falta de um lar para chamar de seu:

A noite fria queima a pele nua...

- Poderia ser eu

Presos de uma moderna escravidão;

Gente que não sabe por que nasceu;

Miséria externa, interna solidão:

-Poderia ser eu

Só vendo a dor, sem chance de amanhã,

Sem esperar mais dessa vida vã

Do que a liberdade do último adeus...

Ah! Deus! São meus iguais, meus semelhantes!

Minha ingratidão é tão humilhante...

- Poderia ser eu

Enivaldo Ramos

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem por objetivo discutir a prática do assistente social no atendimento à população de rua com transtornos mentais em duas instituições no Rio de Janeiro.

Organizado em quatro capítulos, o estudo aborda elementos que caracterizam os moradores de rua com distúrbios mentais via dados estatísticos; apresenta questões pertinentes a prática do assistente social no campo das políticas de Saúde e de Assistência Social, assim como divulga os resultados quantitativos e qualitativos obtidos no processo de coleta de dados nas instituições pesquisadas.

SUMÁRIO

Introdução

2

Capítulo I - A População de Rua como Fenômeno Social

1.1-	A questão social no contexto brasileiro	5
1.2-	O atual quadro de invisibilidade da população de rua no Brasil	7
1.3-	A população de rua no Rio de Janeiro	15

Capítulo II - A População de Rua com Transtornos Mentais

2.1	A população de rua com transtornos mentais e as políticas sociais	30
-----	---	----

Capítulo III – A Prática do Assistente Social e as Políticas Públicas

3.1-	Breves considerações sobre a prática do assistente social na área da Saúde	37
3.2-	Breves considerações sobre a prática do assistente social na área da Assistência Social	40

Capítulo IV - As Instituições Pesquisadas e a Análise e Interpretação dos Dados

4.1- Considerações sobre o processo de coleta de dados	46
4.1.1- Breve histórico sobre o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ)	47
4.1.2- Breve histórico sobre o Centro de Triagem de População de Rua (CTPR)	48
4.1.3- O Projeto de Atenção Psicossocial a População em Situação de Rua	50
4.2- Análise e Interpretação dos dados	52

Considerações

Finais

69

Notas

73

Referências Bibliográficas

75

Anexo

INTRODUÇÃO

Dar visibilidade às dificuldades e as dores de quem mora nas ruas do Rio de Janeiro é um dos objetivos deste trabalho de conclusão de curso. Mas, tornar público o drama vivido por centenas de moradores de rua com distúrbios mentais, que lutam pela sobrevivência nos logradouros públicos da cidade do Rio de Janeiro, constitui um grande desafio frente à escassez de dados nesta área.

Ainda hoje, são poucos os estudos e pesquisas de caráter censitário no Brasil que fazem referências aos moradores de rua; apesar da ocupação das ruas por segmentos pauperizados da população não ser considerada um fenômeno novo. (LOVISI, 2000). Por isso, apresentar os resultados obtidos na pesquisa sobre *a prática do assistente social no atendimento a população de rua com transtornos mentais em instituições do Rio de Janeiro*, assim como apontar *as principais demandas desses usuários* e destacar *as mais freqüentes dificuldades encontradas pelos profissionais no atendimento a esse público* é uma tentativa de chamar à atenção do meio acadêmico para a situação de abandono e desassistência sofrida por esse segmento no Rio de Janeiro.

Para o atual quadro de marginalização e invisibilidade dos moradores de rua com transtornos mentais no Rio de Janeiro, o estudo aponta como hipótese: a ausência de políticas públicas específicas em vigor (municipais e estaduais) que orientem, financiem e fiscalizem as instituições responsáveis pela prestação de serviços a essa população.

Como universo empírico da pesquisa foram escolhidos o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ), o Centro de Triagem de População de Rua (CTPR) da Fundação Leão XIII (Bonsucesso) e o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) por desenvolverem em parceria, o único projeto no Rio de Janeiro (Projeto de Atenção Psicossocial a População em Situação de Rua), que atende a população de rua com transtornos mentais. O contato com as instituições foi feito entre os meses de fevereiro e março de 2007

tendo por finalidade obter dados quantitativos e qualitativos sobre o objeto, via questionários preenchidos pelas assistentes sociais das três instituições.

O interesse pelo tema surgiu ainda no período da graduação, como resultado das experiências adquiridas em âmbito profissional e acadêmico. Como profissional, pude trabalhar por dois anos e meio com a população adulta em situação de rua do Rio de Janeiro, atuando como educadora social da Central de Recepção de Adultos e Famílias, órgão da Secretaria Municipal de Assistência Social. Já como estagiária de serviço social, atuei nas enfermarias (masculina e feminina), no Centro de Atenção Diária (Hospital- dia) e no Projeto Clube da Esquina junto aos portadores de transtornos mentais graves atendidos no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) por um ano e meio, o que me possibilitou definir o tema.

Por fim, este trabalho está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta a população de rua como fenômeno social destacando elementos da questão social no Brasil, a partir da década de 1980 e questões referentes aos moradores de rua no Brasil e no Rio de Janeiro.

O segundo capítulo discute aspectos que caracterizam a população de rua com transtornos mentais, assim como aponta as políticas de Saúde e de Assistência Social como políticas fundamentais para o atendimento emergencial a esse público.

O terceiro capítulo aborda questões referentes a prática do assistente social na área de Saúde e de Assistência Social.

E o quarto e último capítulo apresenta o histórico das instituições pesquisadas e a análise e interpretação dos dados obtidos nos questionários.

CAPÍTULO I

A POPULAÇÃO DE RUA COMO FENÔMENO SOCIAL

1.1- A questão social no contexto brasileiro

A “nova” questão social ou “nova” exclusão social- assim chamada por autores como Castel, Escorel entre outros -surge no cenário brasileiro na década de 1980 como resultado das mudanças operadas na esfera produtiva e nos mecanismos de acumulação capitalista. Segundo esses autores, a “nova” exclusão social é o fenômeno que empurra parcelas significativas da população para uma situação de vulnerabilidade social.

“O desemprego e a precarização das formas de inserção do cidadão no mercado de trabalho são as fontes ‘modernas’ de geração da exclusão, atingindo segmentos sociais antes relativamente preservados do processo, tais como jovens com elevada escolaridade, pessoas com mais de 40 anos, homens não-negros e famílias monoparentais”. (POCHMANN et al., 2004).

No Brasil, o impacto da globalização no processo de produção e acumulação de capital, segundo Escorel (1999a) só foi percebido no início da década de 1980. A crise econômica -sem precedentes tanto em intensidade quanto em duração - apresentou-se nas taxas de crescimento negativo do PIB. A taxa média do PIB do país, entre 1988 e 1992, foi de

1,26% ao ano enquanto na década de 1970 tinha sido de 8,8% ao ano. (SCOREL, apud FIORI & KORNIS, 1994).

A redução no nível de emprego gerou diminuição da força de trabalho com carteira assinada e aumento tanto do assalariamento sem carteira quanto da ocupação por conta própria. (SCOREL, 1999a). A tabela a seguir, esquematiza a análise da autora sobre os anos de recessão econômica, subdividindo-se em triênios econômicos:

TABELA 1: Configuração do mercado de trabalho segundo triênios econômicos. Brasil 1981-1992.

TRIÊNIO	CARACTERÍSTICA	COM CARTEIRA	SEM CARTEIRA	POR CONTA PRÓPRIA
1981-1983	Recessão	Redução	Aumento	Aumento
1984-1986	Recuperação vigorosa	Aumento	Redução	Redução
1987-1989	Pequeno crescimento	Modificações pouco acentuadas	Modificações pouco acentuadas	Modificações pouco acentuadas
1990-1992	Franco declínio	Redução	Aumento	Aumento

Fonte: SCOREL, apud SABÓIA, 1994.

Outros indicadores também podem caracterizar o cenário brasileiro da época.

Segundo Pochmann et al.(2004), entre os anos de 1980 e 2000, a renda *per capita* nacional cresceu somente 0,36% como média, bem abaixo do que se verificou no período entre os anos de 1960 e 1980, quando a renda *per capita* aumentava em média 4,85% anualmente. No que se refere aos indicadores de pobreza, o autor mostra que entre 1980 e 2000, houve uma elevação de 3,7% desse indicador de 52,3% para 56%, sendo o aumento verificado somente no Sudeste. Esse percentual mostra que a pobreza se intensificou nesse período, especialmente nas regiões metropolitanas, como resultado da estagnação econômica e da reestruturação produtiva.

Os índices de violência também são importantes indicadores dos efeitos devastadores da recessão econômica do período. A taxa de homicídio elevou 30% (por 100 mil habitantes) entre 1980 e 2000 nas regiões metropolitanas do país. Tal número reflete a falta de acesso à riqueza social e às formas dignas de inserção no mercado de trabalho.

No século XXI, o Brasil continuou seguindo o *receituário neoliberal* ¹ mantendo elevado os níveis da informalização do mercado de trabalho, do desemprego e da pobreza.

Segundo os dados divulgados pelo IPEA (2005), em relação aos níveis de pobreza, distribuição e desigualdade de renda; nos anos de 2004, 19,5% da população branca situava-se abaixo da linha de pobreza enquanto mais do dobro, 41,7% da população negra, encontrava-se na mesma situação de vulnerabilidade. No caso da indigência a situação se agrava: enquanto 6,4% dos brancos recebem menos de 1/4 de salário mínimo *per capita* por mês esse percentual salta para 16,8% da população negra, quase três vezes mais na comparação com o grupo dos brancos. Para além do recorte de cor/raça e gênero feito pelo IPEA em 2005, os números ilustram, de modo geral, o recrudescimento da pobreza no país.

Em relação ao índice da população coberta pela Previdência Pública Básica, o IPEA (2005) divulgou que em 1993 eram 60,3% passando para 54,9% em 2004. Esses valores expressam o processo de deterioração experimentado pelo mercado de trabalho na década de 1990, tendo como efeito direto o aumento nos níveis de desemprego e informalidade e queda nos rendimentos médios.

Diante dos dados apresentados é inevitável não relacionar o crescimento da população de rua nas grandes metrópoles do país com o modelo político-econômico em vigência nos últimos vinte anos. Personagens do drama social, a população de rua torna-se a expressão mais contundente da degradação da condição de vida urbana na atualidade.

1.2- O atual quadro de invisibilidade da População de Rua no Brasil

A população em situação de rua ainda é pouco conhecida no Brasil. De modo geral, as pesquisas oficiais que têm o domicílio como unidade básica de análise vem excluindo as pessoas que não têm endereço fixo (moradores de rua) por alegarem dificuldades na contabilização; justificativa esta utilizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no ano 2000, para não incluir esta parcela significativa da população no último Censo Demográfico. No entanto, alguns municípios do país, por iniciativa própria, já conseguiram contabilizar seus moradores de rua.

Segundo Ferreira (2005), foi no final da década de 1990 que algumas cidades do país começaram a realizar pesquisas de caráter mais censitário, permitindo o desenvolvimento de conceitos e metodologias que subsidiariam políticas públicas para a população de rua. Mas por terem conceitos e metodologias próprias, ainda hoje, não foi possível a comparabilidade dos resultados obtidos em cada município; no entanto estima-se que entre os anos de 1998 a 2005, somente em 5 capitais, já havia 14.109 pessoas em situação de rua, no Brasil. Abaixo, segue tabela que indica algumas pesquisas realizadas, sua data de referência, as capitais envolvidas e o número total de pessoas em situação de rua.

TABELA 2: Pesquisa Censitária com aplicação de questionários de acordo com município e data da realização.

	BELO HORIZONTE	BELO HORIZONTE	RECIFE	SÃO PAULO	RIO DE JANEIRO	PORTO ALEGRE
Ano de realização	1998	2005	2005	2000	1999	1998-99
Mês de referência	Fevereiro	Outubro	Outubro	Fevereiro	Maio/Junho	2º Semestre
Total de pessoas em situação de rua	1120	1239	1205	8706	985	854

Fonte: FERREIRA, apud OLIVEIRA, 2005.

Somente em 2004 o Governo Federal, por meio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), incluiu em sua agenda a formulação de políticas públicas voltadas especificamente para a população em situação de rua. De acordo com Ferreira (2005), representantes dos municípios de Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Recife além da Igreja Católica e entidades não-governamentais foram chamados para formular uma definição que pudesse abranger as diferentes dimensões e contextos da população em situação de rua. Após vários debates chegou-se a um consenso acerca da definição:

“Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular”. (FERREIRA, apud MDS, 2004: 3).

Dentre os censos realizados e divulgados no país, dois foram escolhidos para ilustrar o perfil da população de rua a nível nacional: os de Belo Horizonte (1998-2005) e o de São Paulo (2000); contudo é preciso não esquecer que estes são, em princípio, dados incomparáveis na medida em que foram extraídos tendo como base conceitos e metodologias distintas.

O 1º censo sobre população de rua de Belo Horizonte foi realizado em 1998. O 2º censo realizado em 2005 utilizou-se dos mesmos conceitos e metodologias para facilitar a comparabilidade dos resultados. Em 2005 foram entrevistadas 1239 pessoas, e em 1998, apenas 1120.

A partir dos dados coletados, destacamos três aspectos que caracterizam (parcialmente) a população de rua de Belo Horizonte: a) distribuição da população por idade e b) o percentual da população de rua segundo tempo que mora na rua.

TABELA: 3- Distribuição da População em situação de rua por grupos de idade. Belo Horizonte 1998-2005.

Grupo etário/ anos	1998	(% 1998)	2005	(% 2005)
Até 01 ano	31	2,77	6	0,48
1 a 5 anos	69	6,16	20	1,61
6 a 9 anos	45	4,02	18	1,45
10 a 13 anos	32	2,86	13	1,05

14 a 17 anos	26	2,32	16	1,29
Sem informação	1	00,9	2	0,16
Subtotal (menores)	204	18,21	75	6,05
18 a 24 anos	180	16,07	130	10,49
25 a 30 anos	171	15,27	154	12,43
31 a 35 anos	133	11,88	147	11,86
36 a 40 anos	137	12,23	133	10,73
41 a 45 anos	96	8,57	125	10,09
46 a 50 anos	49	4,38	117	9,44
51 a 60 anos	67	5,98	111	8,96
61 a 70 anos	17	1,52	42	3,39
71 ou mais anos	1	0,09	10	0,81
Sem informação	65	5,80	195	15,74
Subtotal (adultos)	916	81,79	1164	93,95
Total	1.120	100,00	1.239	100,00

Fonte: FERREIRA, apud CENSOS DE POPULAÇÃO DE RUA, 1998 e 2005.

Quanto à distribuição dos moradores de rua por idade, pudemos constatar uma redução da população menor de 18 anos em 2005 e um aumento significativo da população acima de 40 anos. De acordo com Ferreira (2005), o grupo de menor porcentagem nas ruas de Belo Horizonte (0 a 18 anos) foi beneficiado, nos últimos anos, com a inserção de grande parte das famílias (em risco social) no Programa Bolsa Moradia; ao contrário do que ocorreu com o grupo em proporção maior que no intervalo de 7 (sete) anos (entre o censo de 1998 e o censo de 2005) não recebeu a devida atenção do Poder Público Municipal.

A exemplo do que ocorreu em Belo Horizonte concluímos que, se ainda não é possível resolver definitivamente o problema de grande parte das pessoas que se encontram em situação de rua é, pelo menos, viável sua diminuição via políticas sociais públicas. Como podemos observar, com o respaldo jurídico e financeiro de Leis como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e mais recentemente o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Programa Bolsa Moradia implementado pela Secretaria Municipal de Assistência Social de Belo Horizonte conseguiu diminuir significativamente o percentual de crianças e adolescentes em situação de rua; o que certamente poderia ocorrer com outros segmentos populacionais em situação de rua se também fossem protegidos pelo Estado, via políticas sociais específicas.

Quanto ao tempo de permanência na rua, a tabela abaixo destaca um crescimento considerável das pessoas que estão de 1 a 5 anos e acima de 5 anos em situação de rua em Belo Horizonte. Esses números indicam, que em geral, o tempo acaba por determinar as chances de um indivíduo sair mais rapidamente da rua, ou seja, quanto menor o tempo de rua maior as possibilidades e quanto maior o tempo, menor as chances.

TABELA: 4- Percentual da População segundo tempo que mora na rua.

Tempo de rua	1998	2005
	(%) *	(%) *
Menos de 1 ano	16,65	7,52
De 1 ano a 6 meses	23,97	15,49
De 6 meses a 1 ano	9,33	8,29
De 1 ano a 5 anos	20,54	29,66
Acima de 5 anos	29,52	39,04
Total	100,00	100,00

*Dados relativos ao número total dos que responderam ao questionário.

Fonte: FERREIRA, apud CENSOS DE POPULAÇÃO DE RUA, 1998 e 2005.

O primeiro censo de população em situação de rua da cidade de São Paulo foi realizado em 2000 pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), sendo entrevistadas 8706 pessoas. Destes, 5013 foram encontrados nos logradouros públicos da cidade (praças, ruas etc) e 3693 encontravam-se nos albergues.

Dos dados extraídos na pesquisa, destacamos dois aspectos que traçam o perfil (parcial) dos moradores de rua da cidade de São Paulo: a) distribuição da população de rua por sexo e idade e b) características da área do ponto de recenseamento, ou seja, características dos locais onde foi abordada a população de rua.

Em relação à distribuição da população de rua por sexo e idade, constatamos que o contingente populacional masculino é superior ao feminino tanto em termos de faixa etária quanto de locais pesquisados, conforme tabela abaixo:

TABELA: 5- Distribuição da População em situação de rua por sexo e idade

Idade	Albergues			Logradouros			Total
	Mulheres	Homens	Sem Informação	Mulheres	Homens	Sem Informação	
0 a 3 anos	15	17		19	23	1	75
4 a 6 anos	10	7		7	10		34
7 a 14 anos	25	31	1	42	136		235
15 a 17 anos	7	10	1	49	98		165
26 a 40 anos	120	1.221	4	236	1.285	2	2.868
41 a 55 anos	83	1.143	2	162	1.105	4	2.499

56 ou +	65	463	3	60	344	1	936
Sem Informação	16	78	92	216	726	34	1.162
Total	372	3.218	103	909	4.060	44	8.706

Fonte: FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS (FIPE), 2000.

Quanto às características da área dos pontos de recenseamento, a pesquisa salientou que o local que abriga o maior contingente de população de rua na cidade de São Paulo são as áreas comerciais, seguidas das áreas mistas (comercial e residencial) e residenciais. Esse resultado vem ao encontro dos *estudos 2* que citam os grandes centros urbanos (comerciais) como os locais com maior número de moradores de rua por propiciar melhor e maior acesso à comida e as redes assistenciais de ajuda. Abaixo, segue tabela com os dados:

TABELA: 6- Característica da área do ponto de recenseamento.

Característica	Número de pontos	%
Comercial	1.179	49,4
Residencial	188	7,8
Mista	865	36,2
Outra	102	4,2

Não especificada	50	2,1
Total	2.384	100,00

Fonte: FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS (FIPE), 2000.

Dos censos citados (Belo Horizonte e São Paulo), ambos destinam parte da pesquisa para divulgação das dificuldades encontradas na mensuração dos moradores de rua.

O primeiro ponto comum identificado como dificuldade pelas pesquisas refere-se justamente à característica mais marcante desta população: a falta de endereço fixo. Sem endereço ou qualquer outro ponto de permanência fixo, a coleta de dados exige do pesquisador a abordagem de todas as pessoas que, na área de busca, possam fazer parte desta população. (FIPE, 2000).

A duração do trabalho de campo é outra dificuldade citada pelas pesquisas. A itinerância da população requer que o levantamento das informações seja realizado no menor tempo possível com o objetivo de minimizar a dupla contagem.

O terceiro item comum refere-se à necessidade de realização do trabalho de campo unicamente no período noturno, como decorrência da definição restrita da população. Riscos e temores das equipes de campo, dificuldades de percepção de locais de pernoite de pouca visibilidade podem conduzir a erros na contagem da população.

Diante dos dados apresentados sobre os moradores de rua de Belo Horizonte e São Paulo e das dificuldades elencadas em ambos, constatamos que essa população ainda é pouco conhecida. Essa situação de rua denuncia processos de diversas perdas de referência como: o abandono, a fragilização/desvinculação familiar, a migração, a falta de habitação, o

desemprego entre outras que precisam ser melhores investigadas. Nesse sentido, Escorel (1999b) em seus estudos, traz elementos relevantes para o aprofundamento do tema.

Sobre a rotina de sobrevivência nas ruas, Escorel (1999b) divulga elementos que ela considera como o mínimo necessário para o morador de rua manter-se com vida: a) teto/abrigo, b) alimentação, c) higiene e d) rede assistencial.

O teto, o abrigo é a primeira necessidade básica a ser considerada pela população de rua. Para sua obtenção, alguns fatores são estudados na hora de escolher um local: segurança, facilidade no acesso a rede de assistência e as relações estabelecidas com os transeuntes. Em geral, procuram diminuir a visibilidade da ocupação do espaço para dessa maneira aumentar a proteção.

O item alimentação, Escorel (1999b) cita como sendo o que os moradores de rua têm mais acesso e cuja satisfação os faz comparar favoravelmente a situação de desabrigo frente às condições anteriores. Nos grandes centros urbanos, a oferta de comida é maior, seja por doações dos transeuntes seja por doações de instituições (sopão e outros gêneros alimentícios).

Em relação à higiene, segundo a autora, essa é a necessidade básica com menores possibilidades de provimento, o que vem gerar a sujeira que muitas vezes é considerada como parte da “natureza” dessa população. O cuidado com a aparência e a higiene pessoal após longo tempo na rua passa a importar menos quando se quer, pelo menos, continuar vivo. A busca por comida, por melhores calçadas, praças e marquises para dormir assim como, a fuga contra a violência das autoridades e os maus-tratos dos transeuntes aliada a falta de estrutura física da rua para higiene (banheiros públicos, por exemplo), vão degradando a imagem daqueles que ocupam cotidianamente os logradouros públicos da cidade.

A rede assistencial é parte crucial responsável pela “mágica” da sobrevivência dos moradores de rua, de acordo com a autora. Esta rede é composta por uma maioria de

entidades privadas religiosas trabalhando na distribuição de alimentos, roupas, assistência social, em alguns casos como auxílio na obtenção da documentação civil, mais raramente, assistência médica.

Além das necessidades primárias já citadas, destacamos outro elemento que faz parte da rotina de sobrevivência nas ruas: as atividades realizadas pela população de rua para obtenção de rendimentos.

Inseridos na informalidade, Escorel (1999 a) aponta três grandes grupos de atividades: a) catadores, b) atividades vinculadas a mercantilização do medo ou propriamente à criminalidade e a c) mendicância.

Os catadores de lixo ocupam o último posto na esfera do trabalho informal. São trabalhadores que mesmo não estando mais no mercado formal não deixam de contribuir no processo de produção e acumulação de riqueza. Apesar de não constituírem um grupo homogêneo, suas atividades integram a economia política do lixo. (ESCOREL, apud BURSZTYN & ARAÚJO, 1997).

Quanto a mercantilização do medo, destacamos as atividades dos guardadores de carro. A atividade envolve uma apropriação do espaço público, o que gera disputa entre outros guardadores e o poder público municipal. Esta atividade abrange tanto a insegurança geral da cidade e o medo de que o veículo seja furtado quanto o medo inspirado pelo próprio guardador.

A ambiência da criminalidade é outro aspecto que caracteriza o grupo ligado a mercantilização do medo. Alguns moradores de rua transportam drogas, fazem pequenos roubos e prestam serviços a marginais em troca de dinheiro e drogas.

A mendicância rotineira ou esporádica é outra ocupação típica dos moradores de rua, embora constitua uma categoria à parte, na medida em que define os desocupados. Os mendigos e os pedintes integram este grupo. Os mendigos são as pessoas que perderam certos

vínculos sociais e por isso sobrevivem na rua apresentando-se, em geral, sujos e maltrapilhos. Os pedintes ainda dispõem de vínculos sociais como família, casa, mas por enfrentarem dificuldades para sobreviver recorrem à ajuda de terceiros. (ESCOREL, apud NEVES, 1995).

De acordo com a autora, a mendicância só é legitimada (e, portanto, eficaz) quando aquele que a exerce traz consigo as “marcas do infortúnio”, como a velhice, doença ou deficiência física. Em quaisquer das atividades realizadas nas ruas, os rendimentos obtidos não alteram as condições de vida nem possibilitam a retomada para o mercado de consumo.

1.2.1- A População de Rua no Rio de Janeiro

Roney e a vergonha de estar na rua

“Roney (22 anos) sente-se atualmente muito nervoso, agitado, desesperado por não conseguir trabalho. Está na rua há 1 ano, vindo de Campos, sua cidade natal, para tentar conseguir trabalho no Rio de Janeiro.

Trabalhava em Campos como pedreiro sem carteira assinada. Aprendeu esta profissão na prática. Ficou desempregado e não conseguiu mais trabalho. Aos 16 anos foi para Macaé e ‘não deu certo’, voltando para Campos. Veio para o Rio de Janeiro e conseguiu trabalhar, por pouco tempo, num restaurante em Copacabana. Quer trabalhar como pedreiro. Tem todos os seus documentos guardados na Obra ‘Pequeninos de Jesus’. Não recebe nenhum benefício social.

Roney não quer voltar ‘de mãos vazias’, quer arrumar trabalho para levar dinheiro para família. Não pode voltar ‘para ficar nas costas dos outros, pois já é um homem e tem que cuidar de sua própria vida’. Em Campos não consegue trabalho, por isso não pode voltar. Sente vergonha se a família souber de sua situação atual e por isso nem vai visitá-la.

Roney chorou compulsivamente quando se referiu a família e à sua situação de rua e sem trabalho. Insistia em que não poderia voltar ‘fracassado’ e que ‘queria acertar sua vida primeiro’. Reafirma sua vergonha pelo que está passando.

Roney está preservado fisicamente, com boa aparência, mas doente: contraiu doença venérea e procurou ajuda no Dispensário para o tratamento. Foi encaminhado pelo Serviço Social ao médico voluntário da instituição. É solteiro, não tem filhos nem companhia.

Parou de estudar várias vezes, e aos 16 anos parou definitivamente, só conseguindo cursar até a 3ª série. Entretanto, não sabe escrever (só assina seu nome) e não sabe fazer contas.

Tem pouco tempo de rua, desconhecendo ainda as instituições assistenciais. Não conhece bem o Rio de Janeiro, nem os locais onde possa recorrer para auxílios, o que o torna pouco itinerante. Sempre está com um amigo, também de Campos, que, igualmente, vive na rua. Ele o leva as instituições, e ajudam-se mutuamente. Devido ao pouco tempo de rua encontra-se assustado e amedrontado, desejando trabalhar e seu desejo é estabelecer um domicílio fixo.

Em Campos, morava com a mãe, padrasto e 9 irmãos. Diz que ‘nunca se entendeu’ com o padrasto, que o chamava de vagabundo. Brigavam, sendo que a situação limite se configurou quando Roney ficou desempregado: não foi aceito em casa sem contribuir. Também brigava com o padrasto para defender sua mãe, quando ela ou seu irmão doente mental eram agredidos. Não aceita o casamento de sua mãe, sentindo-se revoltado com ele.

Roney saiu de casa motivado pelos conflitos familiares e principalmente por não poder contribuir financeiramente, uma vez que não conseguiu mais trabalhar.” (RANGEL, 1996: 86-88).

Roney faz parte de um grupo que cotidianamente expõe a miséria nos logradouros públicos da cidade do Rio de Janeiro: população de rua.

A instabilidade no emprego, o ingresso em atividades ocupacionais instáveis, a ausência de proteção social confere aos indivíduos um estado de vulnerabilidade mais permanente. (RANGEL, 1996).

No caso de Roney, a precariedade no trabalho aliada à perda do suporte de proteção familiar e a baixa escolaridade acarretaram a perda da moradia e sua inevitável condição de morador de rua.

No Rio de Janeiro, foi a partir da década de 1990 que o contingente de moradores de rua aumentou. A miséria nos grandes centros urbanos do Brasil alcançou proporções alarmantes com o crescimento em grande escala do número de moradores de rua, substituindo substancialmente o antigo perfil desse público. Antes somente bêbados, mendigos, loucos e migrantes, hoje desempregados vitimados pela flexibilização no mundo do trabalho. (ESCOREL, 2000).

Somente no final da década de 1990, mais especificamente em 1999, que a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Cidade do Rio de Janeiro realizou o 1º censo sobre

população de rua. Outros censos já haviam sido divulgados nesta década como o censo realizado em 1991, pela Fundação Leão XIII; mas este foi o primeiro divulgado pela Prefeitura.

O levantamento preliminar da população em situação de rua adulta no município do Rio de Janeiro teve como recorte populacional, adultos com mais de 19 anos (critério este não divulgado pela pesquisa). A coleta de dados ocorreu em um único dia (13/08/99), de forma simultânea, nas áreas de abrangência das dez coordenadorias regionais, hoje, Centro de Referência de Assistência Social, com objetivo de evitar a dupla contagem. Segue abaixo, tabela com as áreas da coleta de dados.

TABELA: 7- Áreas de coleta de dados. Rio de Janeiro, 1999.

PONTOS DE COLETA	ÁREAS DE ABRANGÊNCIA
Ponto 1	Av. Rio Branco, Castelo, Praça Virgílio de Melo Franco, Praça Cruz vermelha, Edifício Balança Mais Não Cai e Central do Brasil.
Ponto 2	Catete, Flamengo, Largo do Machado, Aterro do Flamengo, Botafogo, Copacabana, Ipanema e Leblon.
Ponto 3	Tijuca, Maracanã, Alto da Boa Vista, Grajaú, Vila Isabel.
Ponto 4	Méier
Ponto 5	Ilha do Governador, Leopoldina, Ramos, Olaria, Penha, Bonsucesso, Vila da Penha.
Ponto 6	Madureira, Marechal Hermes, Cascadura e Bento

	Ribeiro.
Ponto 7	Jacarepaguá, Taquara, Tanque, Freguesia e Barra da Tijuca.
Ponto 8	Bangu, Vila Kennedy e Realengo.
Ponto 9	Campo Grande e Guaratiba

Fonte: SMDS/RJ, 1999.

Na pesquisa, foram encontradas 985 pessoas adultas em situação de rua assim distribuídas - 22% (214) no ponto 2; 18% (174) no ponto 1; 17% (166) no ponto 5 e 13% (131) no ponto 3. Os 30% restantes estavam espalhados pelas demais localidades.

Das pessoas identificadas, 79% (754) das pessoas são do sexo masculino e 21% (203) do feminino. Somente 3% (28) do total não foi possível identificar.

A faixa etária de maior número na rua é aquela em idade produtiva 26 a 59 anos, 70% (678), em seguida, os jovens entre 19 e 25 anos, 16% (157) e em menor número os idosos, 10% (99). Somente 1% das pessoas (14) não teve a faixa etária identificada.

Um número significativo de pessoas deixou de responder à questão referente à moradia, 33% (326) pessoas. Das 659 pessoas que responderam, 42% (274) disseram ter casa e 58% (385) não a tinham.

Diante da pergunta – se tinha família - 26% (252) não responderam, mas a grande maioria, 78% (570) disse ter e 12% (163) não ter.

No que se refere a motivos de estar na rua, 26% (261) não explicitou as razões.

Dos 754 que responderam, destacamos as seguintes razões apresentadas: 30% (220) desemprego; 25% (182) conflitos familiares; 16% (118) por falta de moradia; 7% (52)

problemas de saúde-principalmente bebida; 5% (33) problemas na comunidade (tráfico), sendo 17% distribuídos por outros fatores.

No levantamento mais recente realizado pela Prefeitura do Rio de Janeiro sobre a população de rua (2006), foram extraídos dados que traçam o perfil desse *grupo 3*, totalizando assim (censo de 1999 e censo de 2006), 2667 pessoas em situação de rua. Para a realização do censo, a cidade do Rio de Janeiro foi subdividida em 13 áreas:

TABELA: 8- Áreas de coleta de dados. Rio de Janeiro, 2006.

PONTOS DE COLETA	ÁREAS DE ABRANGÊNCIA
Ponto 1	Avenida Presidente Vargas
Ponto 2	Copacabana
Ponto 3	Central do Brasil, Campo de Santana, Praça Mauá, Avenida Rio Branco, Largo do Machado, Largo da Carioca, Praça XV, Lapa, Praça da Cruz Vermelha
Ponto 4	Ipanema, Leblon, Lagoa, Humaitá, Jardim Botânico, Gávea
Ponto 5	Tijuca, Vila Isabel, Praça da Bandeira, Maracanã, Grajaú, Andaraí.
Ponto 6	Botafogo, Flamengo, Catete, Largo do Machado, Glória.
Ponto 7	Zona Portuária

Ponto 8	Méier, Del Castilho, Pilares.
Ponto 9	Penha, Bonsucesso, Braz de Pina.
Ponto 10	Campo Grande
Ponto 11	Madureira, Bento Ribeiro, Rocha Miranda, Pavuna, Irajá, Vista Alegre, Cascadura
Ponto 12	Parque do Flamengo
Ponto 13	Santa Cruz

Fonte: IPP / RJ (2006).

No período de maio a outubro de 2006 foram identificadas 1682 pessoas em situação de rua. A maior concentração, 40% (673) das pessoas, foram encontradas nas áreas 1 e 3(tabela), seguida pela Zona Sul (áreas 4 e 6) com 29% (488) e o restante do percentual nos bairros do Méier, Tijuca, Campo Grande e Madureira.

Quanto ao gênero, o universo masculino continua predominante - 80% (1346) são homens e 20% (336) são mulheres. A grande maioria, 63,5% (1068) é de adultos; 3,5% (59) de crianças; 10,8% (182) de *adolescentes* 4; 10,7% (179) de jovens e 3,6% (60) de idosos. Apenas 8% dos pesquisados não informaram a faixa etária.

Em relação ao tempo de permanência na rua, 46% (774) do universo pesquisado não informaram. Nos demais casos, cerca de 19% (319) da população está há mais de 5 anos em

situação de rua (mais da metade há mais de 10 anos), 12% (202) está há menos de 6 meses e aqueles com mais de 6 meses e menos de 5 anos ultrapassam 23% (387) das pessoas.

Dos fatores que motivaram a ida para as ruas, 30% (505) informaram desemprego, 24% (404) conflito familiar e 9% (151) uso de drogas. Os 37% (622) restantes não declararam. De acordo com a pesquisa, o alcoolismo é um fator motivador menos significativo do que era há 10 anos.

Diante aos dados da pesquisa (2006), a Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro (SMAS) destacou as seguintes conclusões: a) A população de rua é bastante heterogênea; b) A coleta de material reciclável é uma das principais atividades desenvolvidas pela população de rua atualmente; c) Foram identificadas pessoas egressas de manicômios em situação de rua. Segundo a SMAS, “a luta anti-manicomial é importante, mas a família pobre, mais numerosa e com menos recursos, não tem a quem recorrer em casos de emergência e surtos psicóticos. Enquanto a classe média recorre a clínicas particulares em fases críticas, os pobres não têm equipamento público para internação (os manicômios públicos fecharam) e acabam expulsando os doentes mentais para as ruas”; d) Para população de rua não existe uma rede estatal de proteção especial fora do Município do Rio de Janeiro, o que sobrecarrega a capital com a atração de moradores do entorno, onde não há ação pública. O quadro é agravado pela suspensão, em novembro/2006, da atuação do Governo do Estado, que não coordena as ações entre os municípios; e) Não há política nacional ou financiamento para a população de rua; f) As crianças que estão na rua também estão nas escolas (de acordo com a SMAS, a Prefeitura universalizou a educação, mas não está conseguindo universalizar a proteção) e g) Embora a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei Federal Nº 8742/93) preveja a garantia de mínimos sociais, os órgãos públicos não se reúnem para discutir que mínimos são esses.

Embora os dados apresentados (censos de 1999 e 2006) sejam referentes população de rua, estes não podem ser comparados devido a conceitos e metodologias diferenciadas, tal

como nos casos de Belo Horizonte e São Paulo. Todavia, destacaremos algumas tendências que possibilitam traçar um perfil aproximado dos moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro.

Tanto em 1999 quanto em 2006, o local de maior concentração da população de rua no Rio de Janeiro vêm sendo as áreas do Centro e da Zona Sul. Tendência registrada por Escorel (1999 b), quando afirma que os moradores de rua se instalam onde a oferta de alimentação e de rendimentos é maior.

O contingente masculino continua sendo superior ao feminino nas ruas da Cidade. A faixa etária produtiva (26 a 59 anos) em situação de rua também vem aumentando.

Dos fatores que motivaram a ida para as ruas, o desemprego é o fator de maior percentual tanto em 1999 quanto em 2006, seguido de conflitos familiares e problemas com drogas.

De uma maneira geral, o perfil extraído nos censos sobre população de rua no Rio de Janeiro vem ao encontro da descrição feita por Escorel, Castel, Burzstyn entre outros, acerca desse público (sobretudo, pessoas desempregadas e com vínculos familiar e comunitário precário ou inexistente).

Nas pesquisas, foram identificados homens, mulheres e famílias inteiras em situação de rua vitimadas, em grande parte, pelo desemprego e pela fragilização dos vínculos familiares e comunitários. Pessoas essas, que nem sequer podem recorrer a proteções sociais - seguro desemprego entre outros - por já não estarem mais inseridos no mercado formal de trabalho.

Os indivíduos em idade produtiva e com baixa escolaridade constituem, inegavelmente, a fração que encontra mais dificuldades em arranjar emprego, portanto, a parcela em maior número em situação de rua.

Uma outra questão relevante, porém implícita nas pesquisas, mostra que as políticas sociais públicas destinadas aos moradores de rua continuam inoperantes, visto que os índices da miséria urbana no Rio de Janeiro se elevam a cada década.

CAPÍTULO II

A POPULAÇÃO DE RUA COM TRANSTORNOS MENTAIS

Como visto no capítulo anterior, não existe uma causa única que determine a busca da rua como estratégia de vida e sobrevivência.

Fatores de ordem econômica, social e psicológica podem contribuir conjunta ou isoladamente para o processo de degradação física e mental dos moradores de rua na atualidade.

Segundo o Núcleo de Pesquisas sobre População de Rua (NESPRua,1999), a não-inserção no mundo do trabalho, tratada na maioria das vezes como questão individual, acarreta sentimentos de fracasso, menos valia, baixa auto-estima, revolta ou conformismo e apatia nos moradores de rua. Por consequência, a auto-imagem e a perspectiva pessoal desses indivíduos são prejudicadas, conforme descrito no depoimento abaixo:

“A vida de rua é assim, andar jogado que nem um cachorro... é nada, é miséria maldita... não presta, não tem sentido, não se tem paz... é estragar a vida, é andar sujo, é não ter lugar... é nojo, é lixo... e sem direitos, tu não é mais gente é bicho... é passar trabalho, é ser visto como mendigo, vagabundo e sem moral ... é andar a toa, é fome, é frio, ... é horrível, não é vida, é vegetar...”. (NESPRUA, 1999: 19).

Além do trabalho, a família é uma categoria social presente nos relatos dos moradores de rua sobre suas histórias de vida. De acordo com o NESPRua (1999), a carência de cuidados básicos especialmente durante os primeiros anos de vida ou as vivências marcadas por perdas, abandono e violência por parte da família trazem consequências desastrosas aos indivíduos, desde traumas significativos que podem comprometer sua vida adulta até sua ida para as ruas.

“A sobrevivência muitas vezes em condições subumanas fragiliza sujeitos e vínculos, expressando-se através de comportamentos agressivos, do uso freqüente de álcool e drogas, da opressão e violência contra a mulher e a criança, da quebra de relações, do abandono”. (NESPRUA, apud REIS et al., 1996:04).

Sem trabalho e sem família, a população de rua não tem como desenvolver sentimentos de pertencimento a grupos e a classes sociais. Logo, a solidão, o isolamento, o medo, a angústia tornam-se companheiros desses indivíduos na medida em que, toda a possibilidade de sucesso, acesso, desenvolvimento, poder, possibilidade de consumo, tão presentes no imaginário social quando nos referimos a *trabalho e família* são descartadas.

Vivendo num ambiente totalmente insalubre, com alimentação inadequada e em que o consumo de álcool e outras drogas são freqüentes, a população de rua tende a ficar mais vulnerável à prevalência de distúrbios mentais do que outro segmento pauperizado da sociedade, como mostrou pesquisa realizada nos Estados Unidos.

Com objetivo de diagnosticar a incidência dos distúrbios mentais entre os moradores de rua e os moradores de áreas pobres, foi realizada uma pesquisa com 464 pessoas de Los Angeles (EUA), nos anos de 1990. Do total, 214 eram moradores de rua e 250 moradores de áreas pobres. Embora os dois grupos apresentassem uma grande prevalência de problemas mentais, o grupo dos moradores de rua era, significativamente, mais propício a apresentar internações psiquiátricas; segundo Lovisi (2000) em resposta a acontecimentos dolorosos como perdas do lar, da família, entre outras.

No Brasil, Lovisi (2000) afirma existirem poucas pesquisas realizadas e divulgadas acerca desses segmentos. Segundo o autor, apenas dois estudos foram realizados com a população de áreas pobres (Salvador e Rio de Janeiro) e *um* sendo feito por ele, com moradores de rua de albergues de Niterói e do Rio de Janeiro.

Em Salvador, mais especificamente no bairro do Ó, Santana (1982) fez a identificação dos moradores com mais de 15 anos, a partir da aplicação do Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adulto (QMPA), seguido de entrevistas psiquiátricas. A taxa de prevalência dos distúrbios mentais encontrados foi de 20,2%, com predomínio entre as mulheres. Dos distúrbios diagnosticados, foram encontrados em maior número o alcoolismo e as psicoses.

No Rio de Janeiro, Reichenhein e Harplan (1991), realizaram um estudo com objetivo de analisar os problemas mentais das mães solteiras da comunidade da Rocinha. Das 480 mães solteiras selecionadas aleatoriamente, 36% da amostra apresentaram algum tipo de transtorno mental, o que é um número significativo quando consideramos uma única comunidade.

Das duas pesquisas apresentadas, o que nos chama mais atenção é a situação de vulnerabilidade das mulheres das áreas mais pobres. Além das péssimas condições sanitárias de suas moradias, da violência doméstica sofrida, das dificuldades em se inserir no mercado de trabalho com salário justo e da dupla jornada, estas são as mais atingidas pelos distúrbios mentais em nosso país.

Na pesquisa realizada por Lovisi (2000), foram entrevistados 322 moradores de albergues, sendo 157 residentes da Fundação Leão XIII e 165 provenientes da Fazenda Modelo. Tanto os albergues administrados pela *Fundação Leão XIII* 6 - Centro de Recuperação Social do Fonseca, de Campo Grande, de Itaipu e a Central de Triagem de População de Rua de Bonsucesso - quanto a *Fazenda Modelo* 7, tiveram como recorte populacional, pessoas solteiras (homens e mulheres) a partir de 15 anos de idade.

Os resultados obtidos foram divididos em três categorias: a) características sociodemográficas, b) distúrbios mentais e c) limitações do *comportamento social* 8, sendo as duas primeiras seções escolhidas para serem analisadas neste capítulo.

Das características sociodemográficas de toda amostra, a maioria era composta por *homens* (75,8%), na faixa etária de *30 a 49 anos*, *solteiros*, com *primeiro grau incompleto*, *oriundos especialmente, da cidade e do estado do Rio de Janeiro* e que *viviam nas instituições há, pelo menos, cinco anos*.

Quanto à *ocupação*, a grande maioria era de *desempregados* (79,2%). No entanto, a situação era inversa antes dessas pessoas irem morar nos albergues, dos quais 50% tinham *emprego regular* e 37,3% eram *trabalhadores informais*.

Um outro dado interessante extraído da pesquisa aponta que 51,9% do universo da amostra relatou ter *parentes de primeiro grau* dos quais, 82,6% teriam condições de abrigá-los em suas casas. Apesar do estudo não apresentar elementos para discutir esta constatação, é possível supor que, o tratamento de indivíduos com distúrbios mentais torne-se um fardo para seus familiares, ainda mais quando o uso/abuso de álcool e outras drogas são freqüentes.

Quanto aos motivos que levaram os indivíduos às ruas, a grande maioria relatou causas *sócio-econômicas* (67,4%) como desemprego, falta de dinheiro para pagar aluguel; 24,5% citaram *problemas familiares* como brigas e separações e 8,1% alegaram outras razões como o *alcoolismo*.

No último item das características sociodemográficas foi perguntado sobre as *hospitalizações psiquiátricas* anteriores. Aproximadamente 23,9% do universo da amostra já tinham sido *internados em hospitais de psiquiatria*. Apesar desse dado não mencionar aspectos importantes da hospitalização psiquiátrica como o tempo de internação, a sua análise indica a porcentagem de indivíduos que já necessitaram de internação e que no momento da entrevista estavam em locais não apropriados para o tratamento. Por fim, outras doenças foram relatadas como tuberculose, pneumonias e traumatismos de membros e crânios.

Quanto à prevalência de distúrbios mentais entre os moradores de albergues, o *abuso/dependência de álcool* foi encontrado com maior freqüência em toda amostra, sendo

este proporcionalmente maior nos homens mais idosos. Embora a prevalência do alcoolismo tenha sido maior no sexo masculino, a sua presença foi significativa, também, no sexo feminino (15,8%).

Em relação ao abuso/dependência de droga, a porcentagem foi de apenas 7,5%, sendo maior entre os homens mais novos. Segundo Lovisi (2000), o pequeno percentual encontrado deve-se a dois fatores: a) local de coleta de dados e b) restrição ao uso de maconha e cocaína. Ao coletar os dados nos próprios albergues, o autor identificou que muitos que alegaram não fazer uso de entorpecentes, só o negaram, por temerem complicações com a polícia. Quanto à restrição, esta limitou, certamente, o quantitativo de substâncias psicoativas que poderiam ser encontradas, uma vez que o consumo de drogas entre alguns moradores de rua é variado.

A taxa de Esquizofrenia ficou em torno de 10,7% de toda a amostra, sendo significativamente maior entre as mulheres. Um dado importante acerca desse distúrbio mostrou que, grande parte dos entrevistados com esquizofrenia era oriunda de hospitais psiquiátricos. Devido à ausência de dados não foi possível identificar como ocorreu a entrada desses indivíduos nos albergues - recolhimento nas ruas, transferência institucional ou voluntária - o que nos impede de mensurar o impacto da Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro. Assim entende-se por esquizofrenia, “o transtorno mental caracterizado por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotamento. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes encontrados incluem eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, difusão do pensamento, percepção delirante e delírio de controle, vozes alucinatórias, alterações do curso do pensamento, catatonia ou sintomas negativos”. (BERTOLOTE, 1997).

Dos distúrbios de humor diagnosticados, três foram analisados na pesquisa: a) distúrbio bipolar, b) depressão maior (único episódio ou recorrente) e c) distímia.

O *distúrbio bipolar* só foi identificado em um indivíduo da amostra, sendo um distúrbio muito difícil de ser encontrado nos moradores de rua, segundo Lovisi (2000). Vale

ressaltar que, este transtorno “é caracterizado por dois ou mais episódios nos quais os níveis de humor e da atividade do paciente estão significativamente perturbados. Esta perturbação consiste, em algumas ocasiões, de uma exaltação do humor e de um aumento da energia e atividade, e, em outras, de uma diminuição do humor ou de um enfraquecimento da energia e da atividade”. (BERTOLOTE, 1997).

A *depressão maior* atingiu 12,9% da amostra, sendo em maior proporção nas mulheres. Os distúrbios unipolares depressivos foram encontrados em 21 pessoas (6,8% de toda amostra), enquanto a depressão recorrente em apenas, 11 pessoas (3,4%). Cabe registrar que, entende-se por depressão “o estado mental dominado por uma diminuição do humor que freqüentemente vem acompanhado por um conjunto de sintomas variados, particularmente ansiedade, agitação, sentimentos de desvalia, idéias suicidas, hipobulia, lentificação psicomotora e vários sintomas somáticos, disfunções fisiológicas (p.ex., insônia) e queixas diversas”. (BERTOLOTE, 1997).

A taxa de *distímia* encontrada na pesquisa foi de 5,3% atingindo em maior proporção às mulheres. Por *distímia* entende-se o “transtorno caracterizado por depressão crônica do humor, que dura pelo menos vários anos, e que não é suficientemente grave nem tem episódios de duração suficiente para caracterizar um transtorno depressivo recorrente. Em psicopatologia, o termo é usado também para designar um grupo de sintomas afetivos e obsessivos em indivíduos com alto grau de neuroticismo e introversão”. (BERTOLOTE, 1997).

Nesta pesquisa, além dos dados apresentados (características sociodemográficas e divulgação dos distúrbios mentais), apontamos uma outra questão se mostra crucial quando se investiga sobre a população de rua com transtornos mentais: os distúrbios mentais surgem como consequência da condição de se morar na rua ou os distúrbios seriam a causa primordial que levaria os indivíduos a essa situação?

Dos dados coletados, só foi possível fazer uma verificação indireta de quando os *distúrbios mentais maiores* 9 apareceram nos moradores de albergues pesquisados. O cálculo foi feito com base em duas variáveis: a) o tempo de permanência no albergue e b) o aparecimento do primeiro episódio de transtorno mental. Como resultado, Lovisi (2000)

identificou que 22,3% (72) moradores de albergues desenvolveram o distúrbio antes da institucionalização no albergue, enquanto 21% (68) pessoas em situação inversa.

Quanto ao fato dos distúrbios mentais maiores se apresentarem antes da condição de rua não significa dizer que, estes fossem responsáveis pela ida da população para as ruas. De acordo com Lovisi (2000) é preciso ter cautela ao fazer uma afirmação dessa, pois a própria pesquisa mostrou outros fatores como causadores da condição de morador de rua.

Além dos dados apresentados no estudo de Lovisi (2000), o NESPRua (1999) aponta outros elementos pertinentes ao trabalho com a população de rua acometida por distúrbios mentais, dentre eles: a) capacitação dos profissionais, b) maior articulação entre as políticas de saúde e assistência social, c) ampliação de vagas em locais específicos para esse público e d) incentivos a processos de investigação sobre essa população com objetivo de qualificar o atendimento.

A capacitação de trabalhadores das áreas de assistência social e de saúde (organizações governamentais e não-governamentais de caráter público), mostra-se essencial para qualificar o atendimento e minimizar a discriminação a essa população, focando tanto aqueles trabalhadores que atuam na ponta (execução) quanto àqueles responsáveis pelo planejamento e avaliação das ações.

A articulação entre as políticas públicas de saúde e assistência social é outro elemento fundamental no trabalho com a população de rua com transtornos mentais. Com a articulação, torna-se possível a implantação de equipamentos que integrem o atendimento clínico e o apoio social a partir de formas alternativas de abrigagem e serviços em meio aberto para atendimento a esses usuários.

O terceiro elemento citado pelo NESPRua (1999) refere-se a *ampliação de vagas em pensões protegidas e serviços de residência terapêutica* de maneira que venha priorizar o

atendimento ao morador de rua com distúrbio mental e apresentar-se como alternativa viável para a diminuição dessa população nos logradouros públicos do país.

Por último, é primordial *incentivar as parcerias entre unidades de ensino, serviços públicos e organização de usuários*, pois estas iniciativas podem subsidiar as ações de atenção a este segmento populacional.

2.1- A População de Rua com Transtornos Mentais e as Políticas Sociais

Hélio, o andarilho solitário.

“Hélio é alto, negro, muito magro, tem os pés muitos feridos por andar diariamente descalço, de 5 horas da manhã até a noite. Tem 42 anos, mas aparenta muito mais idade. Apresenta-se muito degradado físico e mentalmente. Muito sujo e maltrapilho, tipifica a clássica figura do mendigo.

Nasceu em Bangu, Rio de Janeiro. É solteiro, não tem filhos, nem companheira, dizendo que não os quer porque ‘já chega a sua cruz para carregar’.

Estudou até a 3ª série do 1º grau, dos 8 aos 14 anos, com várias interrupções.

Trabalhou como faxineiro dos 19 aos 21 anos, com carteira assinada em firma de limpeza. Parou de trabalhar durante 4 anos porque teve o 1º surto psicótico apesar de já apresentar distúrbios mentais desde 19 anos. Teve várias internações em hospitais psiquiátricos. Conseguiu trabalhar posteriormente, dos 25 aos 27 anos, como faxineiro e mensageiro, ainda com carteira assinada. Nunca exerceu atividades informais e não recebe nenhum benefício social. Parou definitivamente de trabalhar aos 27 anos quando foi para a rua. Aqui nunca exerceu qualquer ocupação, vivendo exclusivamente do circuito institucional de doações e esmolas. Chegou a morar durante 10 anos na fazenda Modelo, sendo que nos últimos anos encontra-se novamente na rua.

Sua família de origem era muito pobre. Morava com os pais e irmãos. Seu pai faleceu quando tinha 8 anos e a partir daí sua família ‘se desfez’. Queixou-se de que não havia união na família, que esta não quis ficar com ele depois de doente e sem trabalho. A família nunca o ajudou, razão pela qual não gosta e não sente saudades de nenhum deles. Quando surtou (‘crise de nervos’), a irmã o internou sendo que, após a alta, o retorno a casa foi cercado de vários desentendimentos. Saiu definitivamente para a rua. Acha

que a mãe ainda é viva, mas não tem certeza. Não a vê há muito tempo, o que se estende a toda a família há 10 anos. Não quer revê-los, porque sabe que não vão ajudá-lo.

Não tem amigos e anda sempre sozinho, dizendo que ‘prefere evitar confusão’. Seu percurso diário se limita à procura de ajuda nas instituições assistenciais que fornecem remédios, roupas e alimentação. Além disso, pede esmolas na rua.

As instituições assistenciais são a sua referência, e delas depende para sobreviver. Já passou por várias instituições públicas: Centro de Triage - Casa Amarela, na Cidade Nova; Hospitais Psiquiátricos Pinel e CPPII; Hospital Geral - Clínica Santa Maria (teve tuberculose); todos os albergues da Fundação Leão XIII; Fazenda Modelo da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS).

Tornou-se totalmente dependente das instituições desde que se deu a articulação entre a perda do trabalho, a doença mental, o rompimento com a família, a perda da moradia. Desde então se instalou numa itinerância ininterrupta.

Anda por todos os bairros da cidade, preferencialmente no Centro, onde dorme, e tem acesso fácil para todos os lugares. Além disso, pode contar com ‘quentinhas dos espíritos distribuídas no Centro’. Frequenta Botafogo, onde comparece ao Dispensário Irmã Zoe e à Obra Social Pequenino de Jesus; em Bonsucesso, Av. Brasil, o convento das irmãs Madre Tereza de Calcutá; em Marechal Hermes, a obra assistencial por ele denominada ‘Margarida’”. (RANGEL, 1996: 93-95).

A história de vida de Hélio vem confirmar as estatísticas a respeito da população de rua acometida por transtornos mentais no Rio de Janeiro.

De origem pobre - Hélio, o andarilho solitário - já não convive com a família há mais de 10 anos. Com 42 anos de idade e gravemente comprometido pela doença mental é hoje dependente integralmente das instituições assistenciais e de saúde (em períodos de surtos) para continuar vivendo. Apesar de já ter trabalhado de carteira assinada (dos 19 aos 21 anos e dos 25 aos 27 anos), esta condição não foi suficiente para lhe garantir algum tipo de proteção social, o que lhe impediria talvez, de estar em situação de rua. Solteiro e sem filhos, prefere o centro do Rio por ter facilidade em conseguir alimento, apesar de fazer da itinerância seu hábito diário. As feridas nos pés são marcas visíveis da luta pela sobrevivência, enquanto a solidão, o abandono dos entes queridos e o descaso das autoridades públicas produzem

enormes chagas na alma. Para Hélió e outros em situação similar, a rua é normalmente um caminho sem volta.

Pioneiro no Rio de Janeiro, o estudo de Lovisi (2000) sobre as condições sociais dos moradores de albergues, apresentado anteriormente, é um importante referencial ao se investigar esse segmento. A tabela a seguir, apresenta alguns elementos que confirmam as estatísticas, a partir dos dados destacados por Lovisi e o depoimento extraído do estudo (Hélió) de Rangel.

TABELA 9: Dados convergentes sobre população de rua com transtorno mental.

CATEGORIAS	ESTUDO DE LOVISI	ESTUDO DE RANGEL
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Sexo em maior proporção em situação de rua	Masculino (75,8%)	Masculino (Hélió)
Faixa Etária em maior proporção em situação de rua	30 a 49 anos	42 anos
Fatores que motivaram a ida para rua	Desemprego (64,4%), Conflito familiar (24,5%) e drogas 8,1%	Desemprego + Conflito familiar + Doença mental
Moradores de rua que possuem família	51,9%	SIM
Ocupação profissional atual	Desempregados (79,2%)	Desempregado
Ocupação profissional antes da condição de morador de rua	Emprego regular (50%),	Emprego regular [19 aos 21 anos] e [25 aos 27 anos]

	Trabalho Informal (37,3%)	
Tempo de permanência na rua	A maioria há mais de 5 anos	Hélio há mais de 15 anos

Fonte: LOVISI (2000) e RANGEL (1996:93-95)

Os dados apresentados na tabela não deixam dúvidas sobre a importância do *trabalho* e da *família* para o equilíbrio e estabilidade no contexto da vida em sociedade, visto que as maiores e as mais significativas perdas vivenciadas pela maioria dos moradores de rua investigados passaram, necessariamente, por estas duas categorias sociais.

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, reafirma a importância do *trabalho* e da *família* ao fazer referências a essas categorias sociais no Título VIII, art. 193 e art. 226, respectivamente. O art. 193 diz que “A ordem social tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais”. Adiante, no Capítulo VII, o art. 226 afirma que “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”.

Tendo a Constituição Federal de 1988, atribuído ao trabalho, a base da ordem social e a família, a base da sociedade, como promover o bem-estar e a justiça sociais no Brasil se o Estado não protege integralmente suas famílias e deixa desprovida do trabalho grande parcela da população? É na ausência ou ineficiência das políticas sociais que a desordem social é instaurada.

Dentre as políticas sociais destinadas ao atendimento *emergencial* da população de rua com transtornos mentais, a política de saúde e a política de assistência social são as que *articuladas* podem assegurar garantias mínimas de dignidade da pessoa humana, conforme descrito no art. 1º, § 3º da Constituição de 1988.

A Política Social de Saúde no Brasil tem no Sistema Único de Saúde (SUS) os princípios e as diretrizes que visam “promover, proteger e recuperar” a saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado (Art. 196 CF/ 88). As Leis nº 8080/90 e nº 8142/90

que regulamentam o SUS, organiza o sistema considerando as seguintes características:

“universalidade, gratuidade, integralidade, organização descentralizada com direção única em cada esfera do governo, prioridade das atividades preventivas sem prejuízo das atividades de assistência, participação da comunidade, financiamento público das três esferas de governo e participação da comunidade, financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa privada de modo complementar (preferencialmente entidades filantrópicas)”.

(CAVALCANTI & ZUCCO, 2006).

Diante do severo quadro de comprometimento mental de alguns moradores de rua, a política de saúde, mais especificamente a de saúde mental, mostra-se a mais qualificada.

A Lei nº 10.261/01, responsável por regulamentar a Política Nacional de Saúde Mental, dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Esta prioriza o atendimento da pessoa portadora de transtorno mental a partir de *serviços comunitários de tratamento* visando humanizar o serviço, a partir da “reinserção social do paciente ao meio”.

A política de Assistência Social foi à última, entre as três, que constituem o Sistema de Seguridade Social no Brasil, a ser regulamentada. A Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (LOAS), regulamentou a Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

Segundo o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2004), constitui o público usuário da política de Assistência Social, sobretudo, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como:

“Famílias e indivíduos com perdas ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos ético, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou inserção no mercado de trabalho

formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social”.

Criado em 2004, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) incorporou o conteúdo da Política Nacional de Assistência Social ao “estabelecer dois padrões para os serviços assistenciais - a proteção social básica e a proteção social especial (sendo esta dividida em média e alta complexidade)”. (SOUZA, 2006).

Dentre os eixos de serviços de proteção do SUAS, o eixo de Proteção Social Especial de Alta Complexidade é o que visa garantir “proteção integral” à aqueles que já perderam referência familiar e comunitária, como é o caso dos moradores de rua e dos adolescentes que cumprem medida sócio-educativa de semi-liberdade e de internação. (MDS, 2004).

Sendo público-alvo tanto da política de Saúde quanto da política de Assistência Social, o morador de rua com transtorno mental, ao procurar ajuda do Estado para sair da condição de rua, certamente, encontrará ações fragmentadas que visarão, ou só o atendimento clínico, ou só o apoio social. Quanto o ideal seriam ações que articuladas e de caráter contínuo entre essas políticas pudessem, efetivamente, trabalhar as causas do problema.

O NESPRua (1999), além de ter sugerido, anteriormente, a articulação entre as políticas de Saúde e de Assistência Social como necessárias para minimização do problema, apontou também como iniciativa emergencial à ampliação de pensões protegidas e residências terapêuticas que pudessem atender e proteger essa população sofrida.

Dentre as principais dificuldades encontradas pelas instâncias governamentais brasileiras em articular as políticas sociais, Souza (2006) destaca: a) as divergências político-partidárias e b) a falta de entendimento teórico e metodológico por parte de gestores públicos.

As divergências político-partidárias que tanto prejudicam o diálogo (articulação) entre as autoridades públicas das três esferas governamentais impedem também, que ações que

garanta os direitos dos cidadãos sejam realizadas. Na maioria das vezes, os interesses individuais ganham primazia em detrimento dos interesses coletivos.

A falta de entendimento teórico e metodológico da política social por parte de alguns gestores públicos também pode configurar um problema quando se pretende planejar, executar e avaliar ações que envolvam um ou mais políticas. De forma geral, são oferecidos serviços de pouca qualidade e baixa resolutividade para a população.

CAPÍTULO III

A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1- Breves considerações sobre a prática do assistente social na área da saúde.

Como citado no capítulo anterior, a política de saúde aliada a de assistência social desempenha um papel importante no atendimento aos moradores de rua com comprometimento mental. No Brasil, dentre as áreas de atuação das políticas sociais, a de saúde é que mais emprega assistentes sociais. Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos de 1990, a oferta e a inserção destes profissionais aumentou ainda mais.

Para Cavalcanti e Zucco (2006:77): “A atuação do assistente social na área de saúde pressupõe o domínio da discussão no campo das políticas públicas, particularmente do SUS, e de como o acesso a este sistema é garantido aos cidadãos”. Segundo as autoras, “isso implica um conjunto de saberes que envolvem o processo saúde-doença, a trajetória da política de saúde brasileira, a reforma sanitária e as mudanças advindas da Constituição de 1988”.

Dentre o conjunto de saberes citados por Cavalcanti e Zucco (2006), o conhecimento sobre o processo saúde-doença é de suma importância quando se pretende planejar, executar e avaliar ações que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, pois este é “produto das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural”. (NOGUEIRA & MIOTO, 2006:229). Cabe ressaltar que, o conhecimento sobre esse processo e sobre a trajetória da política brasileira é fundamental para atuar nas frentes de trabalho da área de saúde.

Nas instituições de saúde, independentemente de suas características, o plantão é o local que concentra o maior número de assistente sociais no atendimento às demandas (internas e externas) dos usuários. Vale registrar que mesmo sendo caracterizado como porta de entrada das demandas institucionais, o plantão tem seu funcionamento, normalmente, em instalações precárias quanto ao tamanho e a localização.

Em grande medida, a prática dos assistentes sociais no plantão limita-se ao preenchimento mecânico de formulários e/ou entrevistas e na priorização de respostas às demandas por informações e orientações sobre benefícios e serviços da instituição. Para Vasconcelos (2006), o assistente social ao reduzir sua atuação a uma “prática burocrática”, negligencia, ao mesmo tempo, às demandas que extrapolam essa condição, como é o caso da educação e prevenção em saúde e da participação e organização do controle social dos serviços prestados.

No Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) e no Centro de Psiquiatria do Rio de Janeiro (CPRJ), em face de um conjunto de fatores, a atuação dos assistentes sociais apresenta-se de maneira semelhante à comentada por Vasconcelos

(2006). Encaminhamentos internos e externos, atendimentos individuais e as famílias (normalmente a mãe) e orientações quanto a benefícios, programas e serviços dentro e fora da unidade hospitalar constituem a rotina desses profissionais nos plantões. Nos ambulatórios, nos centros de atenção diária também denominados de hospitais-dia, e nas enfermarias, quando há profissionais designados para o trabalho em tais setores, as práticas têm o mesmo foco. Essa exacerbação das “práticas burocráticas” citada por Vasconcelos (2006), comum não só ao serviço social do IPUB e do CPRJ, mas também, a outras instituições públicas e privadas, tem como principal justificativa a falta de compreensão teórica e metodológica de alguns profissionais sobre sua função na instituição.

Freqüentemente, os assistentes sociais em seu exercício profissional, encontram dificuldades em garantir os direitos aos usuários que procuram os serviços de saúde. Foi pensando nessas dificuldades que Cavalcanti e Zucco (2006) esquematizaram algumas estratégias: a) estudos sobre o cotidiano da população e sua relação com os serviços de saúde; b) o desenvolvimento de práticas educativas e ênfase na abordagem grupal, c) a produção e a divulgação de material informativo e d) a formação e capacitação dos profissionais.

O estudo sobre o cotidiano da população e na relação com os serviços de saúde objetiva traçar um perfil dos usuários e suas demandas, tendo em vista o planejamento, avaliação e a reordenação das ações em prol das melhorias no atendimento ao cidadão. Para as autoras, “é também esperado do assistente social o domínio de dados epidemiológicos locais, regionais e nacionais referentes à subárea na qual ele está inserido, ou seja, o conhecimento do quadro sanitário e, mais, de aspectos clínicos presentes na sua atuação cotidiana”.

O desenvolvimento de práticas educativas com ênfase na abordagem grupal, apontado pelas autoras, proporciona maior compreensão das relações sociais vividas e o aumento da participação dos usuários na avaliação e elaboração das atividades institucionais.

A produção e a divulgação de material informativo dentro das unidades hospitalares é outra estratégia citada por Cavalcanti e Zucco (2006). Segundo as autoras, este é um importante instrumento quando se deseja democratizar as informações relativas à saúde e aos direitos dos cidadãos, no entanto, esta iniciativa só terá êxito se considerada a realidade do público-alvo.

Por último, a formação e a capacitação na área de políticas públicas possibilitará o assistente social ser “um profissional culto e atento às possibilidades descortinadas pelo mundo contemporâneo capaz de formular, avaliar e recriar propostas ao nível das políticas sociais e da organização das forças da sociedade civil”, conforme cita Iamamoto (2001:144).

Contudo, a atuação do assistente social na área da saúde não se limita somente aos plantões (porta de entrada, ambulatório, enfermarias e hospital-dia). A prática em projetos de cunho preventivo (presentes nos centros de saúde, postos de saúde e atendimento familiar) e nos Conselhos de Saúde constitui outras frentes de inserção desse profissional. Segundo Cavalcanti e Zucco (2006:77), os conselhos de saúde, em especial, vêm representando espaços públicos e políticos “com condições imprescindíveis à ampliação e garantia de direitos, sob um prisma democrático necessário ao planejamento ascendente”. Atualmente, esses espaços configuram-se em mecanismos importantes e “inovadores” de controle social podendo ser acessado por instituições governamentais, representantes da sociedade civil organizada e usuários dos serviços de saúde.

3.2- Breves considerações sobre a prática do assistente social na área da Assistência Social.

Diante do quadro de recrudescimento da pobreza e das desigualdades sociais no Brasil, a população de rua com transtornos mentais, vem demandando o aumento de proteção social.

Apesar de ter adquirido *status* de Políticas Públicas, em 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e mais recentemente, em 2004, ter avançado na operacionalização descentralizada de ações e serviços com a criação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), o Estado vem implementando a política de Assistência Social de forma fragmentada e focalizada ao invés de ações universalizantes, conforme previsto no art. 4º da Lei Orgânica da Assistência Social:

“A Assistência Social rege-se pelos seguintes princípios:

- I- supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- II- universalização dos direitos sociais, afim de tornar destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- III- respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- IV- igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- V- divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e de critérios para sua concessão”.

Dentre os benefícios e serviços na LOAS destinadas a população de rua com transtornos mentais, destacamos: a) o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e b) os abrigos.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto no art. 20 da LOAS “é a garantia de 1 (um) salário-mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e aos idosos com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família”. A princípio, o morador de rua com transtorno mental estaria dentro dos critérios de elegibilidade exigidos para a concessão do benefício, apesar da doença mental não ser considerada uma deficiência. Ou seja, em muitos casos, a pessoa possui suas funções neurológicas (orgânicas) em perfeito estado, o que não caracterizaria deficiência. Diferente das pessoas com Síndrome de Dow que ao possuírem uma disfunção orgânica (nos cromossomos) são consideradas pessoas com deficiência. Entretanto, pela ausência de uma definição mais clara e específica da lei que dispõe sobre o benefício, algumas pessoas com comprometimento mental são contempladas.

O §6º do art. 20 da LOAS diz que: “a concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)”, contudo a avaliação para a liberação do benefício leva em consideração dois fatores: a) o diagnóstico positivo para o transtorno mental e b) a impossibilidade para o trabalho.

Não basta que a pessoa tenha um diagnóstico positivo para algum distúrbio mental é preciso que além desse fator a pessoa esteja impossibilitada para o trabalho, ou seja, apresente problemas físicos, visuais, motores e mentais muito graves; o que reduz, e muito, o acesso de alguns moradores de rua com transtornos mentais ao benefício, principalmente, se tiverem menos de 70 anos e não trouxerem no corpo as marcas visíveis dos problemas.

Os abrigos destinados exclusivamente ao acolhimento dos moradores de rua com transtorno mental são poucos no município do Rio de Janeiro. A própria política de Assistência Social, apesar de citar os serviços de abrigamento para população de rua não especifica quanto ao atendimento daqueles com transtornos mentais. Mesmo com a lacuna na legislação da LOAS e do SUAS, atualmente existem dois abrigos para o atendimento a esse público no Rio de Janeiro, um pertencente a Prefeitura (Cemasi Dom Hélder Câmara com capacidade, aproximadamente, para 20 pessoas) e outro ao Estado (Centro de Triage de População de Rua/ Fundação Leão XIII com capacidade para 30 pessoas). Ambos possuem vagas limitadas se comparada à demanda e profissionais pouco qualificados para o atendimento aos usuários (são profissionais que normalmente não recebem capacitação em Saúde Mental, como é o caso dos educadores sociais e dos assistentes sociais).

Contudo, a atual Política Nacional de Assistência Social no marco da regulamentação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), também apresenta avanços. Carvalho (2006) aponta os principais: a) matricialidade da família, b) descentralização dos serviços e c) criação do CRAS e CREAS.

Ao eleger a família como unidade prioritária de intervenção, o SUAS objetiva “romper com as tradicionais segmentações de seu público-alvo (crianças, adolescentes, mulheres, idosos etc.), garantindo a todos o acesso aos direitos de cidadania”.

A descentralização nas três esferas governamentais tem por meta “organizar, ordenar e regular” os serviços de proteção social. Nesta perspectiva, cabe principalmente ao município à atribuição de planejar, executar e avaliar ações definidas no SUAS, como as de proteção social básica e as de *proteção social especial de média e alta complexidade* 11.

Segundo Souza (2006), mesmo a execução dos programas e serviços ficando a cargo das prefeituras após o SUAS, esta condição não impede que, hoje, instituições estaduais que por longo tempo prestaram serviços na área da assistência social, continuem executando tal função. Como exemplo, destacamos a Fundação Leão XIII que pertencendo a Secretaria de Estado, Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro (SEASDH), prossegue no atendimento à população de rua.

Por fim, segundo Carvalho (2006), a criação do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ao centralizar nas comunidades as ações de proteção social básica e a proteção social especial de alta complexidade, tem por objetivo a ampliação e consolidação do acesso ao público-alvo aos serviços prestados.

Assim como a área de saúde, a área de assistência social constitui um importante campo de atuação dos assistentes sociais. Apesar da atuação nesse campo não se configurar

privilegio dos assistentes sociais estes, certamente, são os que apresentam as condições teóricas e metodológicas mais refinada para trabalhar, tendo em vista o acúmulo adquirido nessa área ao longo da trajetória de luta até esta obter *status* de política pública.

Segundo Souza (2006), os assistentes sociais além de atuarem na ponta (execução) da política de Assistência Social - responsáveis pela distribuição de benefícios e triagem das demandas dos usuários nas instituições - são designados, atualmente, na assessoria aos Conselhos de Direitos e na gestão de políticas públicas.

No trabalho de assessoria aos Conselhos de Direitos, o assistente social tem como principal responsabilidade “provocar debates, viabilizar o acesso às informações e potencializar a participação dos diversos segmentos nos Conselhos de Assistência Social”. (SOUZA, 2006).

Quanto ao trabalho de elaborar e gerir as políticas sociais, estes profissionais vêm se destacando por possuir maior conhecimento sobre os usuários e suas demandas no âmbito da Assistência, vindo assim ao encontro de uma nova forma de conceber a administração pública. Nesta perspectiva, a “visão unilateral dos governantes” e sua gestão “centralizada e burocrática” vêm perdendo espaço para a gestão pensada de forma mais “estratégica e participativa”. (SOUZA, 2006).

Diante das várias frentes de trabalho no âmbito da Assistência Social- citadas neste capítulo- e de suas mais recentes conquistas (LOAS entre outras), os assistentes sociais têm a importante tarefa a realizar: consolidar e ampliar o SUAS. Dar materialidade aos princípios e artigos do SUAS é possibilitar, à quem da Assistência precisar, dignidade e esperança em um mundo melhor.

CAPÍTULO IV

AS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS E A ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.1- Considerações sobre o processo de coleta de dados

O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ), o Centro de Triagem de População de Rua (CTPR) da Fundação Leão XIII (Bonsucesso) e o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) foram escolhidos como universo empírico da pesquisa por desenvolverem, em parceria, o único *Projeto 12* no Rio de Janeiro que, articulando a política de Saúde e Assistência Social, atende a população de rua com transtornos mentais.

O contato com as instituições foi feito entre os meses de fevereiro e março/2007, tendo por objetivo sensibilizar, pelo menos, 50% dos assistentes sociais de cada instituição a responder o questionário. Das dez assistentes sociais do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ), cinco responderam tendo um representante de cada setor da instituição: a) emergência, b) enfermaria, c) ambulatório, d) hospital-dia e e) Projeto de Atenção Psicossocial a População em Situação de Rua.

No Centro de Triagem de População de Rua (CTPR) da Fundação Leão XIII, das quatro profissionais, somente uma assistente social dispôs-se a responder o questionário. Nesta ocasião, a chefe do Serviço Social alegou que a instituição estava passando por um período muito conturbado devido à demissão de três assistentes sociais que trabalhavam por contrato temporário.

Já no IPUB local de meu estágio curricular, das sete assistentes sociais solicitei que três respondessem. Ao entregarem os questionários, depois de muita insistência, duas no final de abril e a última no final de maio/ 2007, verifiquei que estavam incompletos. As duas primeiras responderam apenas o campo com os dados pessoais alegando que as questões referentes à instituição, ao trabalho do Serviço Social na instituição e sobre o atendimento a população de rua com transtorno mental ficaria a cargo da terceira assistente social. Quanto ao último questionário, identifiquei que as questões sobre a instituição e o Serviço Social continuaram em branco e que as perguntas referentes à população de rua com transtornos mentais haviam sido respondidas pela médica psiquiatra responsável pelo Projeto de Atenção Psicossocial a População em Situação de Rua no IPUB. Para tal procedimento, a assistente social justificou que não preencheu os campos sobre a instituição e sobre o trabalho do Serviço Social porque eu encontraria facilmente as respostas no *site* do IPUB e no Projeto de intervenção do Serviço Social da instituição e que em relação à médica, esta só respondeu às questões porque não havia, no momento, assistente social nesse Projeto.

Assim, diante desse cenário (três questionários incompletos e sem ter respostas considerando o olhar do Serviço Social) decidi descartar o IPUB como universo empírico de minha pesquisa, restando para análise o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) e o Centro de Triagem de População de Rua (CTPR) da Fundação Leão XIII.

4.1.1- Breve Histórico sobre o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ)

O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro é uma instituição pública vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, localizada na Praça Coronel Assunção, bairro da Saúde, no município do Rio de Janeiro.

Criado em 1998, o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) tem por objetivo atender a população adulta acometida por transtornos mentais das *áreas programáticas 1.0 e 3.1* 13, tendo como referência os níveis de atenção em saúde mental: emergência, enfermaria, ambulatório e hospital-dia.

Organizado sob o novo paradigma que orienta a política pública de Saúde Mental- a *desinstitucionalização* 14- o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro atende a população por meio de uma equipe composta por assistentes sociais, médicos psiquiatras e clínicos gerais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e administrativos.

O Serviço Social no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ)

O Serviço Social no CPRJ atua em todos os níveis de atenção em saúde mental: a) emergência, b) enfermaria, c) ambulatório, d) hospital-dia, além de atuar no Projeto de Atenção Psicossocial à População em Situação de Rua, com uma carga horária de 24 horas semanais.

Atualmente, a equipe do Serviço Social é composta por 10 (dez) assistentes sociais que no período de 8h às 19h, inclusive finais de semana e feriados, atendem em média 1600 pessoas por mês.

Dentre as atividades realizadas pelo Serviço Social citamos: a) atendimento individual e grupal, incluindo aos familiares dos usuários atendidos; b) encaminhamentos a outros serviços de saúde (ambulatórios, instituições para dependentes químicos, CAPS); c) a abrigos e albergues públicos do município do Rio de Janeiro; d) a agências de empregos; e) orientações quanto ao direitos sociais, programas assistenciais e aos benefícios previdenciários; f) supervisão de estagiários de Serviço Social (UFRJ, UERJ, Universidade Estácio de Sá, PUC e Unisum); g) visitas domiciliares e institucionais e h) reuniões mensais de planejamento e avaliação dos serviços. As atividades listadas foram extraídas do Projeto de Intervenção de Serviço Social da instituição.

4.1.2- Breve Histórico sobre o Centro de Triagem de População de Rua (CTPR) da Fundação Leão XIII.

Com 60 anos de existência, a Fundação Leão XIII criada em 1947 por iniciativa da Igreja Católica, passou a “integrar a estrutura governamental, como principal órgão executor da Política Social do Estado”, após a promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social em 1993. (LOUREIRO & SANTOS, 1999).

De acordo com Loureiro e Santos (1999), das 92 unidades de atuação da Fundação Leão XIII, 88 são unidades abertas com atendimento nas comunidades e 4 são unidades asilares responsáveis pelo atendimento à população de rua.

Subordinadas à Diretoria de Assistência Especializada (DAE) da Secretaria de Estado, Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH/ RJ), as quatro unidades asilares são: a) Centro de Recuperação Social de Campo Grande (Bairro de Campo Grande/ RJ), b) Centro de Recuperação Social do Fonseca (Bairro do Fonseca/ Niterói), c) Centro de Recuperação Social de Itaipu (Bairro de Itaipu/ Niterói) e d) Centro de Triagem de População de Rua (Bairro de Bonsucesso/ RJ).

Localizado na Avenida dos Democráticos, 1298 –Bonsucesso, na cidade do Rio de Janeiro, o Centro de Triagem de População de Rua (CTPR) funciona 24 horas por dia atendendo à população de rua adulta (maior de 18 anos) que chega por encaminhamento de outras instituições, abordagem na rua (funcionários do CTPR) e procura espontânea.

Composta por uma equipe formada por assistentes sociais, médicos psiquiatras, dentista, nutricionista, assistente jurídico, agentes administrativos, auxiliares de serviços gerais e vigilantes, o CTPR tem capacidade para abrigar até 200 usuários, mas no momento abriga no máximo 50 por falta de recursos materiais, financeiros e humanos, dando preferência aos moradores de rua com transtornos mentais.

O Serviço Social no Centro de Triagem de População de Rua (CTPR)

Atualmente com quatro assistentes sociais, o setor de Serviço Social do CTPR atua em duas frentes: a) na recepção dos usuários (triagem das demandas) e b) no Projeto de Atenção a População em Situação de Rua.

Com uma carga horária de 30 horas semanais, as assistentes sociais atendem tanto aos usuários que estão abrigados no CTPR quanto àqueles que chegam por encaminhamentos institucionais ou procura espontânea.

Dentre as atividades realizadas pelo Serviço Social destacamos: a) atendimento individual; b) encaminhamentos para instituições de saúde (Saúde Geral, Saúde Mental e Dependência Química), instituições asilares (outras unidades da Fundação Leão XIII), agências ou centrais de emprego (CAT) e c) reinserção familiar e estatísticas diárias (número de vagas existentes na unidade). Vale ressaltar que estas atividades listadas foram extraídas do projeto de intervenção do Serviço Social cedido pela instituição.

4.1.3- O Projeto de Atenção Psicossocial a População em Situação de Rua

O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) e o Centro de Triagem de População de Rua (CTPR) da Fundação Leão XIII, criaram o Projeto de Atenção Psicossocial de População em Situação de Rua no ano 2000, a pedido do professor Gabriel Godinho Delgado, na época assessor de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro.

“Criado para o atendimento da população de rua adulta acometida por transtornos mentais graves (que coloca em risco sua integridade e a de terceiros)”, o Projeto tem como objetivo a reabilitação psicossocial desses usuários através do tratamento terapêutico. (PAPPR, 2000).

Neste projeto cada uma destas instituições parceiras tem sua atribuição definida. Cabe ao Centro de Triagem de População de Rua (CTPR), a recepção e a avaliação médica da população de rua acolhida na instituição. Após o diagnóstico positivo para o distúrbio mental dado pelo psiquiatra da instituição, o morador de rua é encaminhado para avaliação sobre seu possível ingresso no Projeto que funciona no CPRJ. Vale ressaltar que, a instituição disponibiliza 20 vagas para o abrigamento de usuários já inseridos no Projeto por um período de 3 meses.

O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) oferece as instalações do hospital-dia, do ambulatório e das enfermarias (caso precise) e seus profissionais (assistente social, psicólogo e os professores que ministram as oficinas terapêuticas) para o atendimento desse público do Projeto. Dentre as atividades realizadas no hospital-dia destacamos: a) Oficinas Terapêuticas (Teatro, Psicomotricidade, Musicoterapia, Arteterapia e Espaço da Notícia); b) Oficinas Produtivas (Pintura, Marcenaria, Bazar, Jornal “a Mente” e Bijuterias); c) atendimentos psicossocial e psicofármacos e d) acompanhamento psicoterápico em grupo e individual. Cabe registrar que o CPRJ além de avaliar o ingresso dos usuários encaminhados pelo CTPR insere, eventualmente, usuários que são atendidos em seus setores por encaminhamento de outras instituições e por procura espontânea.

Por fim, cabe ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) disponibilizar os psiquiatras residentes para o atendimento dos usuários e a oferta de vagas em suas enfermarias, caso necessitem.

Em relação à atribuição do Serviço Social destas instituições quanto ao Projeto de Atenção Psicossocial a População em Situação de Rua, cabe ao Serviço Social do CTPR, o encaminhamento dos usuários acolhidos na instituição para o CPRJ e ao Serviço Social do CPRJ, o atendimento individual (entrevistas), à requisição de benefícios e de documentos e a busca pela família desses usuários. Quanto ao IPUB, como mencionado anteriormente, não há nenhum assistente social, no momento.

Os instrumentos de avaliação desse Projeto de Atenção Psicossocial são: a) Supervisão institucional com consultor externo e b) reuniões periódicas com as equipes das três instituições.

4.2- Análise e interpretação dos dados

Para análise e interpretação dos dados foram utilizados seis questionários (cinco questionários do CPRJ e um do CTPR), tendo por objetivo apresentar elementos que retratem o cotidiano da prática profissional dos assistentes sociais no atendimento ao morador de rua com transtorno mental.

Esta análise será apresentada de acordo com a ordem estabelecida pelo questionário (em anexo), ou seja, o questionário foi organizado em quatro partes: I) Identificação do informante; II) Dados institucionais; III) Dados sobre o serviço social da instituição e IV) Dados referentes ao público-alvo da pesquisa: população de rua com transtornos mentais; sendo esta sequência seguida na análise.

Iª PARTE:

A Iª parte do questionário composta de nove perguntas, tinha por objetivo traçar o perfil desses profissionais, conforme descrito a seguir: 1) Nome da instituição; 2) Nome do (a) assistente social; 3) Idade e sexo; 4) Estado civil; 5) Quanto tempo de formado (a)?; 6) Há quanto tempo trabalha na instituição?; 7) Possui outra (s) experiência (is) profissional (is)?; 8) Ao ser inserido (a) na instituição, você participou de algum curso de capacitação na área de saúde mental? e 9) Atualmente, existe na instituição alguma política de aperfeiçoamento ou reciclagem dos profissionais?

Dos dados coletados, 100% (6) dos assistentes sociais que responderam ao questionário são do sexo feminino. Dessas, 67% (4) têm entre 47 e 53 anos de idade e 83% (5) são solteiras. Quanto ao tempo de formação, 50% (3) têm entre 20 e 23 anos, quanto 33% (2) de 3 a 7 anos e 17% (1) mais de 32 anos.

Em relação ao tempo que trabalha na instituição, a maioria 67% (4) trabalha de 2 a 3 anos e 33% (2) trabalha mais de 8 anos.

No que se refere às experiências profissionais, 100% (6) das assistentes sociais alegaram ter experiências profissionais anteriores. Das seis, três assistentes sociais detalharam quais foram às experiências sendo que deste total, 100% (3) já haviam atuado em um ou mais postos de trabalho na área de assistência social do que quaisquer outras áreas das políticas sociais como, por exemplo, saúde mental e saúde geral.

Em relação à participação em curso na área de saúde mental ao ser inserido na instituição, 50% (3) afirmaram ter participado e 50% (3) negaram. Contudo, 100% (6) informaram não existir atualmente na instituição que trabalha uma política de aperfeiçoamento ou reciclagem dos profissionais afim de qualificar a prestação de serviços.

A partir dos dados apresentados nesta primeira parte do questionário, já é possível extrair um perfil dos profissionais que, hoje, atendem a população de rua com transtornos mentais no Rio de Janeiro.

A maioria (67%) tem entre 47 e 53 anos de idade e metade têm mais de 20 anos de formada; o que nos indica que grande parte se formou ainda na década de 1980, período este de intensas mudanças na vida política do país (transição para o regime democrático, efervescência dos movimentos sociais e a promulgação da Constituição de 1988) e de novos rumos na profissão (Projeto profissional de Ruptura) influenciando os profissionais da época desejosos por conquistas no plano dos direitos, comprometidos com a classe trabalhadora e atentos a formação e qualificação profissional.

Da amostra, 100% (6) tiveram outras experiências profissionais antes de trabalharem nas instituições pesquisadas, tendo a maioria atuado mais na área de assistência social do que quaisquer outras áreas; o que nos leva a uma questão: se das seis assistentes sociais que preencheram o questionário, cinco eram do CPRJ (Saúde Mental) e uma do CTPR (Assistência Social), isso significa dizer que, talvez, grande parte destas assistentes sociais não tenham tido experiência na área de saúde mental; o que não impediu que, metade destas entrassem nas instituições sem capacitação prévia e que 100% continuassem sem encontrar no próprio ambiente de trabalho, meios para qualificação profissional.

IIª PARTE:

A IIª parte do questionário, composta por cinco perguntas, visava extrair dados sobre as instituições pesquisadas. Dessas, as quatro primeiras foram contempladas nos itens 4.1.1 e 4.1.2 desse capítulo (histórico do CPRJ e do CTPR) e a última respondida afirmativamente por 100% (6) das assistentes sociais. A seguir, as perguntas: 1) Qual o objetivo desta instituição?; 2) Quantos anos têm a instituição?; 3) esta instituição atende a que público-alvo?; 4) Quanto e quais são os profissionais que fazem parte desta instituição?; 5) Como está organizada a instituição? e 6) Existem nesta instituição reuniões e/ou encontros periódicos de planejamento e avaliação com o objetivo de aperfeiçoar o atendimento ao público?

IIIª PARTE:

A IIIª parte do questionário interrogava sobre os dados referentes ao trabalho do Serviço Social nas instituições. Das cinco perguntas feitas, somente a 2ª pôde ser respondida objetivamente, ou seja, por sim ou não. As outras por terem respostas discursivas foram apresentadas na íntegra e separadas por números (AS.1, AS.2 e assim por diante).

1ª pergunta: Qual a função do Serviço Social nesta instituição?

A.S.1 (CPRJ)- “Servir de elo entre usuários e a instituição, ao tratamento, a família e outros recursos que venha melhorar sua inserção social”.

A.S.2 (CPRJ)- “O Serviço Social é o elo de integração entre os diversos setores do CPRJ e com a rede extra-hospitalar”.

A.S.3 (CPRJ)- “Inserir tanto o paciente quanto os familiares na importância do tratamento de prevenção (ambulatório, uso de medicação)”.

A.S.4 (CPRJ)- “Encaminhar os pacientes que não são da área a outras instituições; orientar quanto à retirada de documentos; orientar quanto aos benefícios assistenciais (passe-livre, INSS); atender às famílias; orientar quanto às questões jurídicas entre outras”.

A.S. 5 (CPRJ)- “Viabilizar direitos sociais aos usuários”.

A.S.6 (CTPR)- “Desinstitucionalização através da reinserção social e econômica”.

Das seis respostas obtidas, destacamos as respostas da A.S 1 e A.S 3 como aquelas que mais próximas estão da reflexão feita por Rezende (2006) sobre a função do Serviço Social. Ao responderem que o Serviço Social tem como função ser “o elo entre os usuários e a instituição” ou ainda, como responsável pela inserção “do paciente e sua família (usuários) na importância do tratamento de prevenção (serviços prestados pela instituição)”, subentende-se que estas assistentes sociais compartilham com a visão de Rezende (2006) quando esta afirma ser o Serviço Social uma “prática profissional interventiva” que deve atuar na realização do nexo existente entre a instituição (que devem prestar serviços) e o usuário (com necessidades e demandas na busca pelo acesso a tais serviços), responsável por garantir os direitos de cidadania: civil, político e social. Vale destacar que para a autora, “é a realização desse nexo que circunscreve situações sociais de necessidades sociais concretas e que define a especificidade do serviço social como profissão prática-interventiva”.

Já a resposta da assistente social nº 2 causou dúvidas. Apesar da profissional citar que o serviço social tem a *função de elo* como apontaram as assistentes sociais 1 e 3, esta acrescentou a palavra integração à função e não mencionou o atendimento aos usuários como sendo atribuição também da profissão, o que dificultou, sobremaneira à análise, possibilitando-nos ter até duas interpretações distintas sobre esta resposta.

A primeira interpretação traz a idéia de que a função principal do Serviço Social é a de atuar como agente responsável por integrar os diversos setores da instituição que trabalha e desta com outras instituições da rede de serviços; o que à princípio, não teria nenhuma diferença da função de diretor ou de presidente de uma instituição, por exemplo.

A segunda interpretação traz a idéia de que o Serviço Social além de trabalhar na garantia dos direitos de cidadania atuando na realização do nexo existente entre a instituição e o usuário, também pode, atuar como elo de integração entre os setores da instituição que trabalha e desta instituição com outras da rede de serviços na qual esteja inserido.

2ª pergunta: O Serviço Social possui um projeto de intervenção?

A.S. 1 (CPRJ)- “Sim”.

A.S. 2 (CPRJ)- “Sim”.

A.S. 3 (CPRJ)- “Sim”.

A.S. 4 (CPRJ)- “Sim”.

A.S. 5 (CPRJ)- “Sim”.

A.S. 6 (CTPR)- “Sim”.

Como pode ser observado a pergunta nº2 foi respondida afirmativamente por 100% (6) das assistentes sociais, sem no entanto apontarem questões ou elementos que facilitariam a reflexão sobre o trabalho do serviço social nas instituições pesquisadas (CPRJ e CTPR).

3ª pergunta: Qual o perfil do usuário deste setor?

A.S.1 (CPRJ)- “Atendemos a todos os usuários que chegam no plantão”.

A.S.2 (CPRJ)- “O projeto de perfil encontra-se em construção”.

A.S.3 (CPRJ)- “Pacientes com distúrbios mentais, drogaditos, entre outros”.

A.S.4(CPRJ)- “Pacientes e/ou familiares com questões ligadas à doença, tratamento, questões sociais etc”.

A.S.5 (CPRJ)- “Em sua maioria, psicóticos em situação bastante empobrecida (moradores de favela), moradores de rua e que, normalmente, trazem questões familiares que necessitam de intervenção”.

A.S.6 (CTPR)- “Pessoas com laços de família rompidos, sem qualificação profissional com carência de oportunidade no mercado de trabalho e pessoas com estado de saúde debilitado em face da perambulação nas vias públicas”.

A decisão de incluir esta 3ª pergunta no questionário das assistentes sociais não foi aleatória, pois segundo Cavalcanti e Zucco (2006:79), os “estudos sobre o cotidiano da população e sua relação com os serviços (...) possibilita ao profissional conhecer o perfil da demanda e avaliar programas e projetos e, conseqüentemente, reordenar serviços (...)”. Ou seja, não se trata de uma condição opcional conhecer o perfil dos usuários da instituição em que se trabalha, mas sim, de um dever de todo assistente social que tem “o compromisso com a garantia e a ampliação dos direitos conquistados constitucionalmente; com a construção de uma nova relação entre os serviços públicos e a população; com a melhoria na qualidade dos serviços prestados e com o respeito aos direitos dos usuários” (CAVALCANTI & ZUCCO, 2006:79).

Vale ressaltar também que, em muitos casos não se trata de irresponsabilidade do profissional ou falta de comprometimento com a população usuária, em grande medida, a dificuldade que os profissionais têm em definir o perfil dos usuários e suas demandas deve-se a falta de domínio teórico e metodológico de sua prática profissional, ou seja, de domínio técnico-interventivo para a realizar as tarefas que competem à sua função. Talvez tenha sido por este motivo que encontramos assistente social (A. S 1) que não quis ou não soube definir o perfil dos usuários e outras, que restringiram parte dos usuários do perfil atendido pela instituição- como foi o caso das assistentes sociais 3 e 4 que não mencionaram os moradores de rua com transtornos mentais- mesmo sabendo que o CPRJ e o CTPR juntamente com o IPUB são as instituições que desenvolvem o único Projeto que atende a esse público no Rio de Janeiro. Já as assistentes sociais 5 e 6, apesar de fazerem uma breve reflexão sobre o perfil foram as mais específicas incluindo também os moradores de rua com distúrbios mentais como parte do perfil da população atendida na instituição. A primeira (A.S 5) citou explicitamente e a segunda (6), implicitamente, como descrito a seguir: “ (...) e pessoas com estado de saúde debilitado em face da perambulação nas vias públicas”. Já a A.S 2 foi a única profissional que apontou em sua resposta à preocupação em se ter um perfil do usuário na instituição, ao responder que: “ O projeto do perfil encontra-se em construção”.

4ª pergunta: Quais são as principais demandas deste setor?

A.S.1 (CPRJ)- “Demandas por passe-livre e benefícios previdenciários”.

A.S.2 (CPRJ)- “Problemas psiquiátricos”.

A.S.3 (CPRJ)- “Encaminhamentos a outras instituições de saúde (principalmente mental); agências do INSS para requerimento de benefícios do INSS para requerimento de benefícios, à programas assistenciais etc”

A.S.4 (CPRJ)- “Busca por tratamento na rede pública, encaminhamentos e orientação sobre programas sociais, INSS etc”.

A.S.5 (CPRJ)- “Orientações sobre tratamento em saúde mental e dependência química; programas e serviços assistenciais; benefícios previdenciários e encaminhamentos para albergues, agências do INSS, tiragem de documentação, agências de empregos etc”.

A.S.6 (CTPR)- “Reinserção familiar, encaminhamentos para documentação; encaminhamentos para instituições para dependentes químicos e encaminhamentos para mercado de trabalho”.

Das seis respostas obtidas sobre as principais demandas do setor, cinco vêm confirmar a função do Serviço Social nas instituições. Com exceção da A.S 2, as outras responderam de modo geral, que cabe ao assistente social orientar, encaminhar e garantir os direitos de cidadania conquistados constitucionalmente (benefícios previdenciários e assistenciais; tratamento na rede pública de saúde; encaminhamento para abrigos e albergues, entre outros). Quando se faz um encaminhamento para instituições de saúde geral e saúde mental; para instituições que atendem a dependentes químicos e para instituições de abrigo, por exemplo, muitas vezes o que se está reivindicando para o usuário é o direito de continuar vivo. Assim como o direito civil, outros direitos (político e social) são demandados aos assistentes sociais cotidianamente em seu exercício profissional nas instituições.

Uma outra questão que cabe destacar das respostas da pergunta nº 4, refere-se à origem das demandas apresentadas. Ou seja, foi identificado em quatro das seis respostas (assistentes sociais 3,4,5 e 6) que independente da política social em que a instituição esteja vinculada é possível que para o atendimento das demandas o assistente social precise acessar e, portanto conhecer, uma ou mais políticas públicas, como o exemplo a seguir: (AS 4/ pergunta nº 4) “busca por tratamento na rede pública , encaminhamentos e orientação sobre programas sociais, INSS etc”. Nesta resposta, a profissional do CPRJ (Saúde) está afirmando que os usuários vêm demandando atendimento na área de saúde (busca por tratamento na rede pública), portanto no setor da política social em que sua instituição está inserida, assim como vêm demandado também orientações e encaminhamentos para requerer benefícios de INSS e em programas sociais; serviços estes característicos da política social de assistência social. Logo, é de fundamental importância não só conhecer, mas também articular as políticas sociais públicas para uma prestação de serviços de qualidade aos usuários; conforme mostrou o capítulo 2 quando fez referência à necessidade de se articular as políticas de saúde e de assistência social para o atendimento emergencial aos moradores de rua com distúrbios mentais.

5ª pergunta: Quais seriam as dificuldades mais frequentes no atendimento às demandas acima?

A.S.1 (CPRJ)- “Falta de recursos na rede”.

A.S.2 (CPRJ)- “Falta de ambulatórios nos postos de saúde que atendam as demandas de cada área programática. Com esta falta, tudo acaba vindo para emergência”.

A.S.3 (CPRJ)- “Insuficiência de vagas para tratamento nas instituições públicas; falta de uma lei que ampare, além do deficiente, o portador de transtorno mental e que garanta o recebimento de algum benefício”.

A.S.4 (CPRJ)- “ Pacientes a aceitar a doença e fazer o tratamento”.

A.S.5 (CPRJ)- “ Os usuários reclamam da baixa resposta quando tentam acessar tais direitos”.

A.S.6 (CTPR)- “Locomoção, devido carência na área de transporte”.

Dentre as principais dificuldades citadas, a falta de serviços e vagas em instituições de saúde e a escassez de aparato legal específico que garanta ao usuário com transtorno mental o acesso a direitos foram as questões apontadas por quatro das seis assistentes sociais que responderam ao questionário. De modo geral, os problemas apresentados remetem ao descaso do Poder Público (municipal e estadual), via políticas de saúde e de assistência social, no atendimento a população pauperizada do Rio de Janeiro. Apesar da pesquisa não priorizar a investigação quanto à situação sócio-econômica dos usuários, em algumas respostas ficou claro que o público atendido, hoje, nas instituições públicas (CPRJ e CTPR) é oriundo das camadas populares, como mostra os trechos a seguir: quanto ao perfil: (AS 5/ pergunta nº 3) “Em sua maioria, psicóticos em situação bastante empobrecida (moradores de favela),

moradores de rua e que, normalmente, trazem questões familiares que necessitam de intervenção”, ou ainda (AS 6/ pergunta nº 3), “Pessoas com laços de família rompidos, sem qualificação profissional com carência de oportunidade no mercado de trabalho e pessoas com estado de saúde debilitado em face da perambulação nas vias públicas”; pois as pessoas com mais recursos financeiros e com vínculos familiares e comunitários fortalecidos recorrem as instituições privadas para tratamento.

IVª PARTE:

A IVª e última parte do questionário, composta por cinco perguntas, tinha por objetivo levantar dados sobre o atendimento à população de rua com transtornos mentais nas instituições pesquisadas.

1ª pergunta: Este setor atende a população de rua com transtornos mentais?

Esta primeira pergunta foi respondida afirmativamente por 100% (6) da amostra, ao contrário do que aconteceu quando foi pedido na IIIª Parte (pergunta nº 3) para que as assistentes sociais definissem o perfil dos usuários, e apenas duas, das seis profissionais citaram também a população de rua com transtornos mentais como perfil da população atendida na instituição. A não- inclusão da população de rua com transtornos mentais por todas as assistentes sociais deve-se ao fato de existir, tanto no CPRJ quanto no CTPR, profissionais exclusivos (assistente social, psicólogo, psiquiatra) para o atendimento a esse público, levando os profissionais que não trabalham diretamente com esses usuários a esquecerem de mencioná-los. Esta informação pode ser confirmada comparando as respostas da assistente social que trabalha no hospital-dia (CPRJ)- local que recebe a população de rua com transtornos mentais inserida no Projeto de Atenção Psicossocial - e outra que na trabalha na enfermaria da mesma instituição, por exemplo:

PERFIL DO USUÁRIO/ HOSPITAL-DIA: (AS 5/ pergunta nº 3/ IIIª Parte)

“Em sua maioria, psicóticos que vivem em situação bastante empobrecida (moradores de favela), alguns moradores de rua que, normalmente, trazem questões familiares que necessitam de intervenção”.

PERFIL DO USUÁRIO/ ENFERMARIA: (AS 3/ pergunta nº 3/ IIIª Parte)

“Pacientes com distúrbios mentais, drogaditos, entre outros”.

2ª pergunta: Em sua opinião, o atendimento a população de rua com transtornos mentais, nesta instituição, aumentou ou diminuiu nos últimos meses?

A.S.1 (CPRJ)- “Aumentou”.

A.S.2 (CPRJ)- “Aumentou”.

A.S.3 (CPRJ)- “Aumentou (pelo menos, empiricamente), apesar de não termos números exatos ainda”.

A.S.4 (CPRJ)- “Aumentou”.

A.S.5 (CPRJ)- “ Não tenho informações a respeito”.

A.S.6 (CPTPR)- “Diminuiu, devido aos recursos insuficientes para atender a demanda, principalmente, por falta de profissionais especializados”.

Das seis assistentes sociais, quatro (67%) afirmaram ter aumentado o número de moradores de rua com transtornos mentais atendidos na instituição, apesar de não especificarem os motivos. Esse percentual confirma o que já foi divulgado nas estatísticas (Censo 1999-RJ/ nº total: 985 e Censo 2006-RJ/ nº total: 1682, ambos no capítulo 1): a

população de rua com ou sem transtornos mentais, a cada década, vem crescendo no Rio de Janeiro. O que não podemos falar dos investimentos e serviços destinados a esse público, conforme mostrou a resposta nº 6 ao informar que o atendimento ao público diminuiu, nos últimos meses, por falta de recursos e profissionais especializados, apesar da demanda.

3ª pergunta: Quais são as demandas mais freqüentes trazidas pela população de rua com transtornos mentais?

A.S.1 (CPRJ)- “Albergamento, alimentação, dinheiro para passagem etc”.

A.S.2 (CPRJ)- “Busca por abrigos, de retirada de documentação, de benefícios assistenciais e procura pelas suas famílias”.

A.S.3 (CPRJ)- “Busca por albergamento”.

A.S.4 (CPRJ)- “Sua situação sócio-econômica- familiar”.

A.S.5 (CPRJ)- “Rejeição familiar, falta de recursos financeiros”.

A.S.6 (CTPR)- “Inserção em programas de trabalho e renda, retorno à terra natal e contato com a família”.

Como pudemos observar das respostas obtidas, grande parte das solicitações (demandas) feitas pelos moradores de rua com transtornos mentais remetem aos direitos de cidadania. Abrigamento (moradia), alimentação, benefícios (meios para a manutenção da vida de forma digna) e a família (direito à socialização) são direitos previstos e protegidos (família) pela Constituição Federal de 1988; que não são respeitados ou garantidos pelo Estado. Com pouca ou nenhuma condição de vida digna, os usuários com transtornos mentais têm seu quadro clínico agravado com a permanência nas ruas, colocando conseqüentemente, sua integridade física e a integridade dos outros em risco.

Outra questão relevante que podemos destacar nesta pergunta nº 5 refere-se as demandas trazidas pelos moradores de rua com distúrbios mentais que, de acordo com as respostas das 6 assistentes sociais, indicam necessidades ligadas, somente, ao campo da política de assistência. Diante desse quadro podemos concluir que, ou as assistentes sociais esqueceram de mencionar a necessidade que esse público tem do acompanhamento clínico, ou ultimamente os moradores de rua com transtornos mentais que vêm procurando estas instituições (CPRJ e CTPR) estão conseguindo acessar satisfatoriamente os serviços de saúde (ambulatório, enfermaria, emergência e hospital-dia); ao contrário do que mostrou a resposta da AS 3 na pergunta nº 5 da IIIª Parte: “Insuficiência de vagas para tratamento nas instituições públicas; (...)”. Logo questionamos : e a população de rua com distúrbios mentais que não consegue ou não procura (mas precisa) os serviços de saúde e da assistência social, quais são suas principais demandas (além das mencionadas)? Neste sentido cabe indagar também: e qual é o papel do Poder Público (municipal e estadual) do Rio de Janeiro no atendimento a esse público que não consegue ou não procura (mas precisa) as instituições para acessar serviços? Será que se é possível ficar parado até que as coisas se resolvam sozinhas ou ir à campo para desempenhar sua função de prestador de serviços a sociedade e criar leis específicas para o atendimento a esses público, conforme apontou a hipótese deste trabalho? A segunda opção é, certamente, a mais adequada.

4ª pergunta: Quais são as principais dificuldades encontradas no atendimento à população de rua com transtornos mentais?

A.S.1 (CPRJ)- -“Falta de vagas nos albergues e pessoal capacitado para atender os doentes mentais nos albergues”.

A.S.2 (CPRJ)- “Poucas instituições para abrigar estas pessoas; atendimento especializado para os doentes mentais nesta situação; equipes especiais, enfim melhoria dos programas já existentes, mas ainda falhos”.

- A.S.3 (CPRJ)- “Sua adesão ao tratamento, por falta de moradia e de seu suporte familiar”.**
- A.S.4 (CPRJ)- “Falta de medicamentos nos postos de atendimentos”.**
- A.S.5 (CPRJ)- “No momento da retirada de documentação, principalmente quando os usuários vêm de outros estados ou quando se apresentam com nomes diferentes (incorretos); insuficiência de vagas em abrigos; falta de uma lei que garanta o recebimento de algum benefício, entre outros”.**
- A.S.6 (CTPR)- “Vínculos familiares precários ou inexistentes; programas assistenciais com baixa resolutividade”**

Quanto às dificuldades em atender este público, duas assistentes sociais destacaram, de modo especial, o fato de não existirem abrigos e instituições públicas que ofereçam, ao mesmo tempo, moradia e atendimento especializado (A.S 1 e A.S 2). Vale ressaltar que essa necessidade em ampliar espaços que ofereçam atendimento adequado a população de rua com transtornos mentais, apontada por essas profissionais, já havia sido sugerido pelo NESPRua (1999) no final do capítulo 2 quando destacou que: a) “a articulação entre as políticas públicas de saúde e assistência social é fundamental para a implantação de equipamentos que integrem o atendimento clínico e o apoio social a partir de formas alternativas de abrigagem e serviços em meio aberto para atendimento do morador de rua, em especial os que são portadores de sofrimento psíquico” e b) “a ampliação de vagas em pensões protegidas e serviços de residência terapêutica torna-se necessária à medida que, prioriza o atendimento ao morador de rua com distúrbio mental para a diminuição dessa população nos logradouros públicos do país”. Nesta oportunidade, cabe registrar também que o único Projeto do Rio de Janeiro (Projeto de Atenção Psicossocial a População em Situação de Rua) que articula a política de saúde e de assistência social destinado ao morador de rua com distúrbios mentais, só oferece 20 vagas de abrigamento no CTPR (Centro de Triagem de População de Rua/ Fundação Leão XIII) por um período de 3 meses, o que talvez seja um prazo curto quando se objetiva à reabilitação psicossocial dos indivíduos.

5ª pergunta: Se pudesse apontar as causas da marginalização da população de rua com transtornos mentais, quais seriam as principais?

- A.S.1 (CPRJ) “O doente mental já é, pela doença, marginalizado, embora isto venha melhorando nos últimos tempos. Quando em situação de rua então, o problema se agrava, uma vez que ele fica sem nenhum suporte familiar, sem tratamento, higiene precária, sem chance de inserção social”.**
- A.S.2 (CPRJ) “ Sua situação sócio-econômica”.**
- A.S.3 (CPRJ) “Não existe política pública voltada para esta parcela da população. Nosso Projeto de Atenção Psicossocial a pessoa em situação de rua com transtorno mental maior (CPRJ) é o único do Rio de Janeiro”.**
- A.S.4 (CPRJ) “Muitos desses pacientes, quando surtam, acreditam que ficando em casa acontecerá alguma coisa ruim com eles mesmos ou com suas famílias; outros são expulsos de casa pela família quando esta não suporta conviver com eles e outros, por sua vez, diante da falta de políticas voltadas a este público, quando adoece, não tendo mais condições de trabalhar nem preenchendo os pré-requisitos necessários à aquisição de benefícios, acabam morando nas ruas, vivendo em situação de miséria”.**
- A.S.5 (CPRJ) “Políticas públicas de atenção ao usuário em situação de rua de baixa resolutividade”.**
- A.S.6 (CTPR) “Discriminação, rejeição”.**

Por fim, destacamos as respostas das seis assistentes sociais a respeito das causas de marginalização da população de rua com transtornos mentais. Das seis assistentes sociais, uma profissional (A.S 1) não citou as causas. Duas assistentes sociais (A.S 2 e A.S 6)

destacaram as causas, mas não justificaram e as outras três (A.S 3, A.S 4 e A.S 5), apontaram a ausência de políticas públicas como uma das causas para a marginalização; informação esta que encontra apoio na hipótese levantada neste trabalho (vide introdução) e no Censo realizado em 2006 no Rio de Janeiro (Cap: 2) que afirma : “ Não há política nacional ou financiamento para a população em situação de rua “. Não existe também, segundo o Censo 2006- RJ (capítulo 1), “uma rede estatal de proteção especial fora do município, o que sobrecarrega a capital com a atração dos moradores de entorno, onde não há ação pública”; dificultando a situação dos moradores de rua e agravando ainda mais, o quadro de marginalização daqueles que possuem distúrbios mentais.

Aliado à falta de políticas públicas, apontamos outros fatores neste capítulo que marginalizam a população de rua com distúrbios mentais: Desemprego e conflitos familiares. Durante a análise dos dados, principalmente das respostas 4 e 5 (III^a Parte) e 3,4 e 5 (IV^a Parte), encontramos demandas por encaminhamentos para agências e centrais de emprego; inserção em programas de trabalho e renda e requerimento de benefícios (previdenciários e assistenciais) que denunciam à situação de desemprego dos usuários. Nestas mesmas respostas, identificamos também trechos como: “*solicitação por contato com a família*”; “*falta de suporte familiar*”; “*usuários que possuem vínculos familiares precários ou inexistentes*”, “*rejeição da família*” entre outros, que indicam a presença freqüente dos conflitos familiares vivenciadas por esta população. Apesar desses dados não terem sido contabilizados (dados quantitativos), pode-se fazer um paralelo com as informações divulgadas nos capítulos 1 e 2 sobre os fatores que motivam a ida das pessoas para as ruas. Em média, 30% dos moradores de rua (com transtornos mentais ou não), citaram o desemprego como grande motivador e 24% dos usuários entrevistados informaram que os conflitos familiares foram os causadores.

Em face dos dados apresentados neste e nos outros capítulos ressaltamos que, à marginalização dos moradores de rua com distúrbios mentais não diz respeito, apenas, à condição de desassistência (suporte clínico e social) sofrida por eles, mas sobretudo, à situação de invisibilidade vivenciada por esse público, cotidianamente, no Rio de Janeiro. No dia-a-dia, essa invisibilidade se apresenta na escassez de dados (pesquisas de caráter censitário à nível nacional e regional); nos poucos serviços oferecidos e na ausência de políticas públicas específicas para o acolhimento, atendimento e proteção desse público. E é em meio a essa situação extrema de abandono e violência à vida, que os moradores de rua com transtornos mentais vêm pouco a pouco sendo destituídos da condição humana, conforme aponta o trecho abaixo extraído do capítulo 2:

“A vida de rua é assim, andar jogado que nem um cachorro... é nada, é miséria maldita... não presta, não tem sentido, não se tem paz... é estragar a vida, é andar sujo, é não ter lugar... é nojo, é lixo... e sem direitos, tu não é mais gente é bicho... é passar trabalho, é ser visto como mendigo, vagabundo e sem moral ... é andar a toa, é fome, é frio, ... é horrível, não é vida, é vegetar...”. (NESPRUA, 1999: 19).

NOTAS:

1” Em síntese esse o novo modelo de acumulação que os direitos sociais perdem a identidade e a concepção de cidadania se restringe; aprofunda-se à separação público-privado e a reprodução é inteiramente devolvida para este último âmbito; a legislação trabalhista evolui para uma nova mercantilização (e, portanto, desproteção) da força de trabalho; a legitimação (do estado se reduz à ampliação do assistencialismo”. (COSTA, apud TAVARES, 2002: 13).

2 Estudos sobre população de rua, realizado por SARAH ESCOREL no livro: **Vidas ao leu:** trajetória da exclusão social (1999).

3 Pesquisa realizada pelo Instituto Pereira Passos (IPP), encomendada pela Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro em dezembro de 2006.

4 Não foi especificado no Censo (2006) do IPP, as faixas etárias correspondentes a adolescência e a juventude

5 Lovisi em seus estudos sobre Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e Niterói (2000), não cita o Censo realizado em novembro de 1999 sobre as condições sociais e de saúde mental dos moradores de rua de Porto Alegre, elaborado pelo NESPRUA (1999).

6 Instituição administrada pela Secretaria de Estado, Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH) do Rio de Janeiro.

7 Instituição administrada pela Secretaria Municipal de Habitação da Cidade do Rio de Janeiro.

8 Por apresentar termos muito específicos à medicina psiquiátrica, esta categoria não pôde ser analisada neste trabalho.

9 Segundo Lovisi (2000), distúrbios mentais maiores são aqueles citados ao longo do capítulo como, por exemplo, esquizofrenia, depressão, distímia, etc.

10 A Lei nº 10.216/01, que regulamentou a Política Nacional de Saúde Mental tendo como foco a Reforma Psiquiátrica, prioriza o atendimento da pessoa portadora de transtorno mental

através de serviços de tratamento alternativos nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS's), nos Hospitais-dia e no atendimento Ambulatorial visando a “reinserção do paciente na família, no trabalho, na comunidade”, ao invés das internações psiquiátricas.

11 O SUAS reorganiza os serviços, programas, projetos e benefícios em dois eixos: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade. Os serviços de Proteção Social Básica têm por objetivo “contribuir para a prevenção de situações de risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários”. Os serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade são “aqueles que oferecem atendimento às famílias, seus membros e aos indivíduos com direitos violados, mas cujo os vínculos familiares e comunitários não foram rompidos”. Já os serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade garantem proteção integral: moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido àqueles que tiveram os laços familiares e comunitários rompidos. (MJDS, 2004).

12 O Projeto de Atenção Psicossocial a população em situação de rua será discutido mais adiante.

13 Áreas Programáticas do CPRJ- relação de bairros e localidades das áreas 1.0 e 3.1: **A.P 1.0:** Bairro de Fátima, Benfica, Catumbi, Caju, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Lapa, Mangueira, Paqueta, Praça Mauá, Praça Onze, Praça Tiradentes, Rio Comprido, Santa Tereza, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama. **A.P 3.1:** Bancários, Bonsucesso, Brás de Pina, Cacuia, Cocotá, Complexo do Alemão, Cordovil, Freguesia, Galeão, Ilha do Governador, Jardim América, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Manguinhos, Maré, Moneró, Parada de Lucas, Olaria, Penha, Penha Circular, Pitangueira, Portuguesa, Praça da Bandeira, Tauá, Vigário Geral e Zumbi.

14 A desinstitucionalização é o novo paradigma que orienta atual Política Nacional de Saúde Mental. Com a Lei Nº 10.216/01, iniciou-se no Brasil o processo de reforma na assistência psiquiátrica que tem por objetivo a diminuição gradativa dos leitos nos hospitais psiquiátricos em função do aumento dos serviços de assistência psiquiátrica nas comunidades. Cabe registrar que a desinstitucionalização é diferente de desospitalização. A desospitalização refere-se apenas ao processo de redução gradual dos leitos psiquiátricos sem a preocupação em substituí-los por tratamentos alternativos nas comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTOLETE, J. M. **Glossário de Termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus Derivados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL, LOAS. **Lei Orgânica da Assistência Social** - Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

BRASIL, PNAS. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.

BRASIL, SUS. **Sistema Único de Saúde** – Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

CARVALHO, M.C.B. Assistência social- reflexões e sua regulação. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XXVII; nº 87, São Paulo: Cortez, 2006.

CAVALCANTI, L. F. e ZUCCO, L P. Política de Saúde e Serviço Social. In: REZENDE, I e CAVALCANTI, L. F. **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

COSTA, A. C. O. **Exclusão Social e ideologia**: uma contribuição ao debate brasileiro. 2005. 120f. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social)- Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ESCOREL, S. Rua e movimento: vivendo em público na eternidade do transitório. In: **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999 (b).

ESCOREL, S. Trabalho e rendimentos: supérfluos e desnecessários, os inúteis ao mundo. In: **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999 (a).

ESCOREL, S. Vivendo de Teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. In: BURZTYN, M. (org). **No meio da rua**- nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

FERREIRA, F. P. M. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998- 2005**. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br>. Acesso em: 31 mai 2007.

FUNDAÇÃO INSTITUTO de PESQUISAS ECONÔMICAS (FIPE). **Primeiro Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo**: procedimentos metodológicos e resultados. São Paulo, 2000.

IAMAMOTO, M.V. Trabalho e Serviço Social: o redimensionamento da profissão ante as transformações societárias recentes. In: **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 5ª edição. São Paulo: Cortez, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das Desigualdades**/ UNIFEM. 2ª edição, 2005.

INSTITUTO PEREIRA SALES. **Levantamento sobre a população de rua no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: [http:// www.ipp.gov.rj.br](http://www.ipp.gov.rj.br). Acesso em: 2 jun. 2007.

LOUREIRO, A. P. e SANTOS, S. F. **População de rua**: da exclusão social à intervenção do poder público. 1999. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) UFRJ.

LOVISI, G. M. Avaliação de distúrbios mentais em moradores de Albergues Públicos das cidades do Rio de Janeiro e Niterói. 2000. 345 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). FIOCRUZ.

NOGUEIRA, V.M. R e MIOTO, R. C.T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as Exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. [et al.] (orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NÚCLEO DE PESQUISA SOBRE POPULAÇÃO DE RUA (NESPRUA). **Pesquisa sobre as condições sociais e de saúde mental de moradores de rua em Porto Alegre**. Porto Alegre, 1999.

POCHMANN, M. (org). **Atlas da exclusão no Brasil**. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2004.

RANGEL, R. F. **Vidas à Deriva**: população de rua no Rio de Janeiro. 1996.115 f. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social)- Universidade Federal do Rio de Janeiro.

REZENDE, I. Serviço Social e sua especificidade como profissão prática-interventiva. In: REZENDE, I e CAVANCANTI, L F. **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL (SMDS). **Política Intersetorial para população de rua**: levantamento da população de rua adulta no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, set. 1999.

SOUZA, F. V. A Política de Assistência Social: começando o debate. In: REZENDE, I e CAVALCANTI, L. F. **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.

SOUZA, R. B e AZEREDO, V. G. O assistente social : a dinâmica cotidiana. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XXVII; nº 87, São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. [et al.] (orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

ANEXO

QUESTIONÁRIO

I- Identificação:

Nome da instituição:

Nome:

Idade: Sexo: F () M ()

Estado Civil:

Quanto tempo tem de formado?

Há tempo trabalha na instituição?

Possui outra (s) experiência (s) profissional (ais)?

Ao ser inserido (a) na instituição, você participou de algum curso na área de saúde mental?

Atualmente existe na instituição alguma política de aperfeiçoamento ou reciclagem dos profissionais?

II- Dados institucionais:

2.1- Qual o objetivo desta instituição?

2.1- Quantos anos têm a instituição?

2.3- Esta instituição atende a que público?

2.4- Quantos e quais são os profissionais que fazem parte desta instituição?

2.5- Como está organizada a instituição?

2.6- Existem nesta instituição reuniões e/ou encontros periódicos de planejamento e avaliação com o objetivo de aperfeiçoar o atendimento ao público?

III- Serviço Social:

3.1- Qual a função do serviço social nesta instituição?

3.2- O serviço social possui um projeto de intervenção?

3.3- Qual o perfil do usuário deste setor?

3.4- Quais são as principais demandas deste setor?

3.5- Quais seriam as dificuldades mais frequentes no atendimento às demandas acima?

VI- Público-alvo:

4.1- Este setor atende a população de rua com transtornos mentais?

4.2- Em sua opinião, o atendimento a população de rua com transtornos mentais, nesta instituição, aumentou ou diminuiu nos últimos meses?

4.3- Quais são as demandas mais freqüentes trazidas pela população de rua com transtornos mentais?

4.4 Quais as principais dificuldades encontradas no atendimento à população de rua com transtornos mentais?

4.5- Se pudesse apontar as causas da marginalização da população de rua com transtornos mentais quais seriam as principais?