



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - FCM  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE MENTAL



**LUCAS ALAN AVEIRO**

**A RUA COMO TERRITÓRIO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL:  
A desigualdade como causador do sofrimento psíquico.**

**Campinas**  
**2021**  
LUCAS ALAN AVEIRO

**A RUA COMO TERRITÓRIO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL:  
A desigualdade como causador do sofrimento psíquico.**

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Coordenadora: Dra. Rosana T. Onocko Campos  
Orientador: Dr. Bruno F. Emerich

Campinas  
2021  
SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
1.2 Conhecendo o consultório na rua.....	3
1.3 A pluralidade dos campos.....	4
<b>2. O Papel da terapia ocupacional no cuidado à pessoa em situação de rua.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Cuidado à crise em cenários de desigualdade e vulnerabilidade.....</b>	<b>10</b>
<b>5. Conclusão.....</b>	<b>16</b>
<b>Referências.....</b>	<b>17</b>

## **1.Introdução:**

Aqui faço um relato de experiência do meu tempo como Terapeuta Ocupacional e residente multiprofissional do Programa de Saúde Mental da UNICAMP, inserido na equipe do Consultório na Rua (CnaR) de Campinas no ano de 2021. Durante esse tempo questões surgiram na minha cabeça, o que já é esperado de um trabalho tão complexo como o que o CnaR se propõe a fazer. Nesse trabalho de conclusão busco compartilhar algumas delas com vocês, não tenho a pretensão de resolvê-las, mas propor pensarmos juntos sobre os desafios que nos são colocados quando o cuidado é feito na calçada, e a complexidade que isso envolve.

A atenção à saúde voltada para pessoas em situação de vulnerabilidade, que habitam ou circulam nas ruas e apresentam sofrimento psíquico e/ou uso de SPA, propõe encarar dificuldades que vão além do uso de substância ou mesmo de um cuidado clínico. É necessário que os aspectos socioeconômicos, de alimentação, territoriais, de moradia, violência, questões subjetivas e relacionais sejam levados em conta. Sendo assim, essa população apresenta desafios que merecem reflexão de nossa parte, deixando claro que o cuidado em saúde ofertado ultrapassa a experiência individual do sujeito e atravessa diversas outras esferas da vida.

Para pessoas em situação de rua a noção de território não estática, é evidente. A noção de território passa a ser construída, cultural e socialmente, de forma dinâmica. Na saúde coletiva as variáveis de um território, não só físico mas também existencial, ou seja, produzido pelos indivíduos e grupos que o ocupam e que buscam sentidos para se viver naquele local, representam um fator relevante para a compreensão do conceito de saúde, porque são levadas em consideração diversas dimensões das condições de vida que essas pessoas vivenciam e seus contextos sociais (LIMA; YASUI, 2014).

Segundo Boff (1999), o cuidado é entendido como um mecanismo sistêmico, nesse mecanismo existe a relação entre os elementos do ser humano e do mundo. Assim, a integralidade no cuidado perpassa pelo ambiente que se vive, a sociedade na qual convive e suas individualidades, como as físicas, espirituais e mentais. Entre essas relações possíveis, de uma esfera a outra, ao longo do cuidado, devemos nos questionar como os serviços oferecidos na área da saúde tem pensado de uma forma na qual a produção de cuidado seja integral.

Aproximar-se do território da rua, onde a dimensão do espaço físico é deixada em segundo plano, para oferecer o cuidado em saúde, é complexo. A população que ocupa esses espaços carrega diversas marcas causadas pela vivência na rua, que vem

acompanhada da violência, repressão, perda de vínculos e referenciais, exclusão e estigmas. Frente a essa complexidade, o cuidado de saúde feito na rua deve reconhecer esse contexto, sua cultura e variantes sociais, para elaborar uma melhor estratégia de vinculação e cuidado.

Essa realidade é acompanhada por um processo de desumanização dessa população. Nesse sentido o território vai se revelando de uma forma que conseguimos compreender a relação dos que podem ou não fazer uso de serviços e recursos que são ofertados na cidade. Esse funcionamento transforma a cidade e seus espaços em um grande palco de injustiças e desigualdades, onde quem tem maior poder aquisitivo tem a oportunidade de utilizar todos os recursos disponíveis na cidade. Enquanto isso, a outra parte da população, desprovida de recursos, encontra dificuldade de acesso e utiliza parcialmente os espaços (MENDES; TORRES, 2011).

Com isso, a relação entre a produção de cuidado e o território no qual este cuidado é exercido é também uma questão central para a Atenção Psicossocial. Esse processo de desumanização vai ao encontro do tema da atenção à crise em saúde mental. A saúde mental é norteadada por referenciais que preconizam a inclusão do usuário na sociedade, porém as pessoas em situação de rua são um grupo social que tem a maioria dos seus direitos negados, por um processo de exclusão social e desumanização.

Com o crescimento da rede de saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica, criando serviços de base comunitária como os CAPS, diminuindo os leitos psiquiátricos e fechando os manicômios, o conceito de atenção à crise deveria tomar outro significado que foge daquele onde crise é considerado apenas situações graves e agudas (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007). Essa nova configuração faz ainda mais sentido para o usuário de substâncias psicoativas e pessoas em situação de rua.

Quando há a tentativa de compreender a crise de um lugar diferente que não se restringe à urgência e emergência e passamos a adotar um olhar para a singularidade do indivíduo através da sua vida e contextos vulneráveis, podemos através dessa experiência que provoca sofrimento, angústia, perda de suporte, rompimento com as condições da realidade, uma oportunidade de transformação, já esse sentimentos podem causar um momento de mudança, desvio, na mesma proporção. Ou seja, a crise pode ser um fator que auxilia o usuário a acessar questões nunca antes abordadas e que podem ser um fator de mudança no seu acompanhamento no cuidado da saúde mental (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Sendo assim, busco através desse trabalho conversar, a partir de referenciais da Terapia Ocupacional, sobre a importância de se considerar o território e contexto de vida

dos nossos usuários quando o assunto é crise, sobre a particularidade de como a crise é entendida por quem vive nas ruas e sobre o papel que os serviços da saúde, como o CnaR, que oferece acolhimento a essa população para garantir o cuidado integral.

## **1.2 Conhecendo o Consultório na Rua.**

O Consultório na Rua (CnaR) é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), lançada em 2011, que compõe a Política Nacional de Atenção Básica e atende a população em situação de rua com abordagem multiprofissional.

O CnaR de Campinas nasce em 2011. Configurado como um serviço itinerante de saúde, oferece assistência à população vulnerabilizada e em situação de rua das regiões centro, norte e leste da cidade de Campinas, além de fazer visitas pontuais a outras regiões da cidade quando solicitado. O trabalho do CnaR é oferecer um cuidado integral à saúde dessas pessoas, desde cuidados clínicos à reabilitação psicossocial.

A equipe é dividida em duas equipes multidisciplinares, que conta com médicos, enfermeiros, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, técnicos de enfermagem e redutores de danos. Os campos de atuação são divididos entre, campos fixos e itinerantes, além de promover ações em locais de circulação e uso intenso de substâncias como os mocós, que são moradias improvisadas, geralmente escondidas, utilizadas para uso de substâncias psicoativas (SPAs) e também para permanecer durante os efeitos.

Nos campos além do cuidado e acompanhamento em saúde mental também é realizado, curativos, anticoncepção, tratamento para afecções agudas, como infecção cutânea, diarreia, infecções respiratórias, priorizando o tratamento injetável. Além disso, também realiza-se o acolhimento em saúde mental, acompanhamento terapêutico e redução de danos. Nestes campos, a primeira abordagem da equipe é feita pelos profissionais de redução de danos. Eles oferecem à população insumos como água gelada, piteiras, preservativos e notinhas para uso de aspiráveis. Algumas vezes, as pessoas agradecem a água e os outros insumos, mas não deixam que ninguém se aproxime. Em outras ocasiões, os usuários nos veem de longe e, antes que cheguemos, já começam a apresentar demandas. Nossos usuários atendidos têm prontuário e preconiza-se o máximo de resolutividade *in loco*. Também ofertam-se outros cuidados para além do atendimento médico, a fim de resgatar a autonomia do sujeito.

A ação da Redução de Danos (RD) é fundamental nestes locais. A RD faz o usuário refletir sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas. A Redução de Danos se tornou ao longo dos anos uma estratégia de produção de saúde, trazendo uma alternativa aos cuidados que tinham como estratégia única ou principal a promoção da abstinência. Em 2003 a Redução de Danos passa a fazer parte da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental do Ministério da Saúde (PASSOS; SOUZA, 2011).

Essa mudança fez com que a Redução de Danos criasse um novo paradigma ético, clínico e político para o cuidado das pessoas que fazem uso de substâncias. Seu papel é criar estratégias para reduzir danos a saúde, como por exemplo informar da importância deles não compartilharem os materiais de uso, alertando sobre os problemas de usar o crack com a palha de aço ou na lata e esclarecendo a necessidade de se protegerem e protegerem seus parceiros durante o sexo. A Redução de Danos tem o potencial de realizar um trabalho singularizado com cada usuário acompanhado, faz parte da construção de Projetos Terapêuticos, trazendo autonomia e corresponsabilidade, além de um aumento no grau de liberdade de escolha, assim estimulando a reflexão sobre a relação que cada um tem com o uso de substâncias.

Entendo a Redução de Danos também como uma política de luta ao acesso universal à saúde, já que pessoas que fazem uso ou estão em uso de substâncias também têm o direito de serem atendidas.

### **1.3 A pluralidade dos campos.**

Neste tópico pretendo comentar sobre a diferença dos campos de atuação do consultório na rua e como isso afeta a atuação da equipe.

Os campos fixos e itinerantes são discutidos e organizados através das reuniões de equipe que acontecem toda semana. Os campos fixos são o Largo do Pará, Mercado Municipal, SAMIM e Praça Castro Mendes. O campo do Largo do Pará acontece todas às terças-feiras de manhã e é o que tem a maior demanda dos campos fixos, por estar desde o começo da história do CnaR no mesmo dia e horário da semana, é muito reconhecido pelos usuários e também é onde acontece o projeto “CECO na Rua”, que tem como objetivo ofertas oficinas de atividades para os usuários. O Campo do Mercado municipal que acontece às quartas-feiras no período da manhã, é um que vem sofrendo mudanças, já que a praça onde a equipe se instalava veio sofrendo mudanças estruturais, e os usuários acabaram se afastando, é um campo interessante porque é nele que é realizado uma

parceria com os CAPS AD de Campinas, onde profissionais dos CAPS acompanham a equipe do CnaR em acolhimentos e ajudam os usuários a se inserirem nos CAPS.

O Setor de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante (SAMIM), é o campo fixo realizado às terças-feiras no período da tarde. A população atendida nesse campo é em sua grande maioria conhecida como “trecheiros”, pessoas que tem como característica a migração e a itinerância. A dificuldade encontrada nesse campo é o acompanhamento longitudinal, já que muitas pessoas saem da cidade depois de algum tempo. E por fim a praça Castro Mendes, que fica próximo ao terminal central e acontece às sextas-feiras no período da manhã. É um campo novo que ainda está sendo descoberto pelos usuários. Esse local foi pensado depois de alguns episódios de violência que aconteceram no campo do Terminal Central, que agora passou a ser itinerante.

Os campos itinerantes são Praça do Borto, Fepasa (campo PSX), Terminal Central (Quebra Osso), Praça da Catedral e Terminal Metropolitano. O campo da praça do Borto tem como característica a grande concentração de usuários de crack e fica próxima a avenida Norte Sul, uma das principais avenidas da cidade de Campinas. No campo do porto a maioria dos acessos feito pelos usuários é através dos insumos de redução de danos, como a água gelada e a piteira.

O Campo Fepasa é um campo que acontece uma vez por mês, ele é realizado na região que ficam as profissionais do sexo (PSX) que trabalham no centro da cidade. Nele, além dos atendimentos ofertados em todos os outros campos, realizamos teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatite, exame preventivo de colo de útero (Papanicolau) e colocação de DIU. Uma característica importante sobre o DIU é que ofertamos o DIU hormonal, já que reduz o fluxo da menstruação, essa escolha foi feita porque muitas mulheres para conseguirem trabalhar durante o período menstrual acabam inserindo materiais impróprios na vagina, como por exemplo o algodão, para conter o ciclo e isso pode trazer sérios riscos à saúde como infecções.

O campo que nomeamos como praça da Catedral, abrange outros espaços além da Catedral, como a Rua 13 de Maio, conhecida por ser a principal rua do comércio da região central, e em frente a uma loja de departamentos, onde encontramos uma concentração importante de usuários do serviço. É um campo onde acontece um intenso tráfico de drogas, que por vezes atrapalha o serviço, fazendo com que encerramos os atendimentos antes do previsto, por entender que a equipe pode estar em risco.

O Terminal Metropolitano, tem como característica pensões que abrigam diversas famílias indígenas Waraos, que são um grupo étnico que migrou do norte da Venezuela para diversas regiões do Brasil depois da grave crise econômica enfrentada pela



Venezuela. A fonte de recursos dos Waraos é através da arte, doações e da colheita, que é a maneira que eles denominam o ato de pedir dinheiro nas ruas da cidade. Além da xenofobia relatada pelos Waraos, eles têm dificuldade de acesso a comida, atendimento à saúde e medicamentos e com sua renda só conseguem se alojar com toda a família nessas pensões que são lugares precários. Os atendimentos são realizados na grande maioria com toda a família e em parceria com o SOS Rua, serviço da assistência social.

Por fim o campo do Terminal Central (Quebra Osso). Ele é um campo extremamente complexo e deixou de ser campo fixo por conta da violência que encontrávamos, colocando a equipe e usuários em risco. O campo do “Quebra Osso” fica na região do Terminal Central. Este é um espaço de grande circulação de pessoas e está na mesma área do Viaduto Cury. Essa região dá acesso a várias regiões de Campinas, gerando um trânsito muito intenso de veículos ao lado do terminal. Embaixo do viaduto, encontram-se também muitas barracas de ambulantes e, em seu entorno, bares e lanchonetes. Essa área, mesmo sendo pequena, concentra diversas atividades formais e informais. Devido à heterogeneidade das pessoas em situação de rua e à forma como elas utilizam espaços públicos, a equipe dividiu esse campo de atuação em quatro subáreas. O objetivo é ajudar nas estratégias de saúde, como será descrito a seguir.

A primeira subárea fica embaixo das passarelas do Viaduto Cury. Nesse local fica a maior concentração de pessoas em situação de rua e em uso de SPAs. Ali também é onde ocorre o tráfico de drogas da região. Muitas vezes são os próprios usuários que traficam para conseguir dinheiro e manter o uso. Na maioria das vezes, a equipe do CnaR se instala perto das passarelas.

A segunda subárea é conhecida como "buracão". Ele fica próximo às passarelas, e faz parte de uma rotatória que integra o Viaduto Cury às avenidas centrais da cidade, como a Avenida Moraes Sales e a Avenida Senador Saraiva. O “buracão” é um local de uso estratégico, pois quem passa de carro ou a pé não consegue ver que abaixo há uma concentração de pessoas em uso. Com menos pessoas que as passarelas, o buracão é utilizado para uso de crack por pessoas em situação de rua e também trabalhadores da região central.

A terceira subárea é a linha do trem. Ela fica bem próxima ao terminal central e é utilizada pelos usuários para montar seus "mocós", moradias improvisadas, geralmente escondidas, que são utilizadas para uso de SPAs e também para permanecerem durante os efeitos.

Por fim, temos a praça Felipe Selhi, conhecida como “Quebra Osso”. Ela é uma pequena praça que fica em frente ao Terminal Central, dando entrada ao comércio que

existe no local. A praça Felipe Selhi é bastante frequentada pelas pessoas em situação de rua e, diferentemente das outras subáreas, os usuários raramente fazem uso de crack enquanto estão ali. Porém, o uso de álcool é comum. A polícia militar e a guarda civil metropolitana geralmente ficam paradas na praça. Segundo os usuários, o nome “Quebra Osso” surgiu por conta das abordagens violentas sofridas por eles pela polícia militar e GCM.

## **2. O Papel da Terapia Ocupacional Social no Cuidado à Pessoa em Situação de Rua.**

Ao longo de sua história a Terapia Ocupacional, tem se orientado através do objetivo de oferecer meios e condições para a implementação e estimulação da participação social de pessoas e grupos sociais, que por diversos motivos, vivem em vulnerabilidade e desfiliação social.

A prática em Terapia Ocupacional vem se desenvolvendo, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que por razões ligadas a problemáticas específicas como, físicas, sensoriais, psicológicas e sociais, apresentam dificuldades de inserção na participação social e econômica de suas vidas. As ações são baseadas no diálogo, planejadas e construídas a partir do envolvimento das pessoas acompanhadas e das suas demandas. Como elemento essencial nos processos de terapia ocupacional, a participação se desenvolve junto às pessoas e grupos sociais, e não se reduz a definir metas à priori ou a buscar resultados sem trabalhar as dinâmicas e os processos. Por participação social, podemos considerar

Atuação, interação e envolvimento efetivo e organizado em ações cuja abrangência envolve a vida em sociedade e seus processos decisórios, podendo ter relação com a vida associativa ou sócio-comunitária(...), ações que refletem a consciência do indivíduo acerca de sua posição em um dado contexto ou sistema social (ALMEIDA et al; 2011, p29).

As atividades humanas, além de compreenderem as atividades que os terapeutas ocupacionais utilizam no momento de suas ações com os indivíduos, também compreendem práticas que necessariamente se desenvolvem por meio de relações, lutas de poder e conflitos entre indivíduos e coletivos que estão inseridos em um modo de pensar social hierarquizados (BRITTO; JOAQUIM, 2013).

A terapia ocupacional teve uma constituição histórica relacionada à contraditórias condições da realidade social, assim é importante compreendermos em que sociedade esta prática social foi concebida, suas conjunturas político-econômicas que dimensionaram e caracterizaram seu papel técnico-político (SILVA; REGINA, 2015).

No contexto da terapia ocupacional social o profissional tem como enfoque realizar uma melhor compreensão da realidade e dos problemas vividos por pessoas em vulnerabilidade, esse enfoque busca criar instrumentos para uma melhor leitura da realidade social e pessoal dessas pessoas. A terapia ocupacional social busca nas suas intervenções reconhecer na população alvo suas necessidades, problemas e também suas características e subjetividade, para que as atividades realizadas estejam contextualizadas, para que assim possam criar um movimento que gera para os indivíduos uma reconhecimento e o fortalecimento de sua participação social no espaço que estão inseridos, com a construção de suas identidades individuais e coletivas, além de buscar abranger demandas individuais dos sujeitos.

É indispensável enfatizar a contribuição que a terapia ocupacional oferece nas ações que têm como eixo articulador o acompanhamento de pessoas e grupos com as quais trabalha, principalmente no que diz respeito às atividades da vida cotidiana, de expressão cultural e econômica, estimulando elementos que proporcionam a criação de processos de constituição ou reconstituição de identidades pessoais e coletivas, que incidem na transformação de percursos e histórias de vida.

Pesquisas realizadas na área têm mostrado a importância dessas atividades para a compreensão e o manejo enquanto operadoras da participação social, posto que as atividades desenvolvidas junto a pessoas ou grupos não representam um fim em si mesmo e são alicerçadas na produção de sentidos e na construção da realidade social considerada em sua diversidade e complexidade. (ALMEIDA et al; 2011)

A produção de subjetividade adquirida através de acesso aos espaços não se faz solitariamente, é importante que haja o encontro com o outro em espaços públicos e privados, remetendo-se a um complexo de problematizações que advém da experiência dos encontros (MATOS, 2010).

Como um elemento que favorece esses encontros podemos utilizar como exemplo as Oficinas de Atividades, ofertadas pelas equipes do Consultório na Rua e os Centros de Convivência (Ceco) Espaço das Vilas e Portal das Artes. Durante o campo que acontece no Largo do Pará, eram oferecidas oficinas de música e experimentação de instrumentos, artes e artesanato, alongamentos e movimento vital expressivo (MVE) que é uma técnica baseada na medicina tradicional Chinesa, mas adaptada para nossos costumes utilizando

dança, música, respiração, meditação e relaxamento). As oficinas eram ofertadas durante o campo do Consultório na Rua, mas era aberta para todas as pessoas e não só para as atendidas pelo CnaR. Essa configuração promoveu encontros entre, trabalhadores, usuários dos cecos, pessoas em situação de rua e moradores da região. Assim, os participantes das oficinas podiam experimentar um espaço que desenvolvia aprendizado, aproximação e troca entre as pessoas, experimentações, saúde mental e reconhecimento daquele território como espaço de vida, cotidiano e também de cuidado.

Essas oficinas utilizam da atividade para possibilitar o aprendizado e o reconhecimento de necessidades do sujeito e estimular que esse seja capaz de identificar e buscar suas próprias soluções para questões subjetivas, cada participante tem um espaço onde ele possa ser ativo no processo de construção de subjetividade (LOPES, et al 2014).

A Terapia Ocupacional social trabalha baseada na compreensão da demanda que é ao mesmo tempo individual e coletiva e toma como base trocas sociais e contextos sócio históricos, para a elaboração de projetos que proporcionem a garantia de direitos que tornam as atividades no cotidiano potentes ao ponto de fortalecer a relação entre as pessoas, ambientes e seus contextos (COSTA, 2012).

Nessa perspectiva, a terapia ocupacional social busca, através de estratégias e ações a promoção de direitos, cria espaços onde grupos sociais específicos, nesse caso pessoas em situação de rua ou vulnerabilizadas, possa ter assegurado um lugar de fala e escuta, implementando assim um diálogo norteado pelo desejo de criar subsídios para a elaboração de políticas públicas e de promover a diminuição da desigualdade, da discriminação e da violência que atinge essa população. (SILVA; LOPES, 2016).

A busca pela promoção de direito parte da perspectiva de que a pessoa em situação de rua é um “sujeito de direitos” ressaltando a proteção legal e a promoção de facilitadores econômicos, políticos e culturais, além da prestação de serviços para necessidades diversas, o que se entrelaça com a moderna concepção de cidadania que abarca, inclusive, a noção de direitos difusos ou de diversos tipos de ser e estar na sociedade (CASTRO; ABRAMOVAY; LEON, 2007)

Assim a terapia ocupacional social busca, através da oferta de Oficinas de Atividade ou espaços de encontros culturais ou políticos, lugares de aprendizagem e experimentação, que concebem a cada participante um processo ativo no desenvolvimento de construção de subjetividade, de ação e reflexão. Durante os encontros são priorizados o uso de atividades para facilitar a aproximação do usuário, além de ser instrumento importante para abordar os direitos à escolha, a se reconhecer como sujeito que faz e pensa, experimenta e deseja. Durante as oficinas são possíveis construções de espaço de trocas e diálogos, que podem

transitar por diversos setores como cultura, arte, esporte, lazer, trabalho e etc. (LOPES et al, 2014). Posto isso, as oficinas buscam inclusão dos nossos usuários em espaços públicos e comunitários, e abrir possibilidades para discussão sobre o papel dessa população nas ações de políticas públicas, que tem como principal objetivo o benefício de si próprio e sua comunidade, além de estimular a participação individual e coletiva dos nossos usuários em ações que contemplam a defesa de seus direitos (SILVA; LOPES, 2016).

### **3. Cuidado à crise em cenários de desigualdade e vulnerabilidade**

Desde o golpe jurídico-político de 2016 que ocorreu no Brasil e o fortalecimento de uma política neoliberal, o cuidado com as populações em sofrimento psíquico e vulnerabilizadas se tornou ainda mais desafiador. Novas formas de institucionalização e segregação têm ocorrido através do setor privado e das Comunidades Terapêuticas, empregando uma verdadeira contra-reforma psiquiátrica. O esvaziamento de entidades representativas da sociedade civil têm ocorrido com o apoio e incentivo do Estado, através das estratégias adotadas pelo governo Bolsonaro como a aprovação do Decreto 9761/2019, onde estratégias de cuidado consolidadas como a Redução de Danos são questionadas e atividades com cunho religioso e coercitivo passam a ser consideradas na atenção à saúde mental de pessoas inseridas nas comunidades terapêuticas. Frente a esse delicado quadro sociopolítico, a pandemia de COVID-19 chega para evidenciar o descaso do governo federal em relação à saúde da população. A experiência de cuidado a populações vulnerabilizadas torna-se então um grande desafio e a falta de diretrizes e de comando evidencia o exercício do poder, negligente e mortificador, do Estado brasileiro.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) Tatiana Dias, a estimativa entre fevereiro e março do ano de 2020, momento de eclosão da pandemia do COVID-19, era de 221 mil pessoas em situação de rua. Porém, tudo indica que esse número aumentou, segundo Veridiana Machado, que representa o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Ciamp-Rua) é perceptível aos olhos o aumento dessa população (GAMEIRO, 2021).

De acordo com uma pesquisa realizada pela prefeitura do Rio de Janeiro, no ano de 2020, o número de pessoas em situação de rua teve um aumento de 31%. Segundo a pesquisa, 64% dessas pessoas que passaram a estar em situação de rua em 2020, ficaram desempregadas neste período, perdendo moradia e renda (GAMEIRO, 2021).

Esses dados podem exemplificar como cada vez mais pessoas estão indo parar na rua por conta da desigualdade e da falta de estratégias do governo para frear a pobreza

extrema da população. Porém, não são capazes de explicar o fenômeno da rua de uma maneira geral. Sendo a maioria das pessoas em situação de rua negros, homens e com baixa escolaridade, o racismo estrutural faz parte do processo de diferenciação de lugar e valor de sujeitos e corpos, que fundamentados na distinção de raça/cor destaca a exclusão socio-racial e assim a saúde do povo negro é afetada negativamente, fazendo com que a pessoa em situação de rua tenha uma cor (CASSAL; FERNANDES, 2020).

A circulação e apropriação de espaços na cidade têm sido consideradas importantes objetos de estudo porque neles acontecem as relações sociais e, a partir deles, as desigualdades entre os cidadãos se tornam evidentes. Explorar o espaço urbano, oferece ao sujeito o encontro com o outro, que são componentes indispensáveis para a produção de subjetividade (MENDES; TORRES, 2011).

Segundo CASSAB; MENDES, (2011) a população pobre e vulnerável tem dificuldade em acessar determinados espaços por não se sentirem parte deles e porque há distinção territorial da cidade gerada pela desigualdade social. A pessoa em situação de rua, não é afetada apenas pela condição de pobreza no sentido de restrições econômicas, mas também pelo seu uso, circulação e apropriação por espaços da cidade, ou seja, a eles são negados os seus direitos de exercer sua cidadania seja ela política ou social. Quando a população vulnerabilizada não acessa os ambientes de participação política e social ela perde um espaço importante para o exercício de interação social, além de não conseguir se colocar na luta por programas que auxiliam no desenvolvimento integral de questões como educação, saúde, segurança e direito a ter direitos. É nesse sentido que a discussão de acesso ao território ganha relevância. (MENDES; TORRES, 2011)

Outro ponto importante que interfere na circulação das pessoas em situação de rua é sua dimensão espacial, sendo ela um dos produtores de estigmas e invisibilidade impostas a essas pessoas. A maneira como a cidade se estrutura possui forte relação com hábitos e rotinas de seus habitantes, por esse motivo a pessoa em vulnerabilidade social acaba tendo sua experiência e acesso a cidade atravessada por distinção espacial de direitos, já que sua mobilidade será reduzida à espaços segregatórios, onde só se aceitam pessoas vulneráveis, limitando o acesso a serviços, empregos e bens culturais e educacionais, além de restringir a possibilidade de convivência, de reconhecimento das diferenças e desigualdades que estão embutidas nas formas urbanas e uso de espaços pela cidade, esse processo acaba contribuindo para a restrição de mobilidade pela cidade e reproduz a desigualdade na medida que limita os acesso a bens materiais e simbólicos existentes pela cidade (CASSAB; MENDES, 2011)

O território é o elemento no qual é revelada as relações de poder, de permanência e em que os homens e as mulheres deixam suas marcas. Isso deixa claro a importância do território que a pessoa está inserida para a produção de subjetividade, e a importância de oferecer oportunidades de circular por territórios da cidade reconhecendo e apropriando dos elementos ali presentes (MATOS, 2010).

A circulação pelos espaços da cidade, tão importante para a experimentação e ampliação das redes de relações e referências, é um direito garantido pelo estado (BRASIL, 2013). A apropriação da cidade, de seus equipamentos e espaços, apresenta-se como um elemento indispensável para o cidadão contemporâneo, porém para a pessoa em situação de rua isso é negado.

Sendo assim, o Consultório na Rua que é um dispositivo que se propõe a estar no território, principalmente nos locais mais precários e vulneráveis, deve pensar em estratégias para produzir espaços de intervenção que potencializam as afirmações de singularidades e de participação social dos nossos usuários. Trabalhar na lógica do território é um desafio, já que o serviço deve estar disposto a compreender as especificidades que pulsa nos locais onde estamos e elaborar planos que nos ajudem a produzir um acolhimento que faça sentido para quem habita locais tão precarizados. Ou seja, é necessário que esteja claro o modo que se organizam, resistem e sobrevivem no seu cotidiano, para assim oferecer um cuidado em saúde que faça sentido (LIMA; YASUI, 2014).

Outro aspecto de grande relevância que faz parte do cotidiano das pessoas em situação de rua é a violência. A violência a que estão submetidos são variadas, desde violência simbólica a homicídios. E são causadas pelo poder público e sociedade civil. É comum ouvir relatos de agressões e torturas sofridas por essas pessoas por parte dos agentes de segurança pública. Além disso, há também casos de violação de direitos, como por exemplo o recolhimento de pertences dessas pessoas, feito por caminhões conhecidos como “cata-treco”, que levam desde remédios a documentos pessoais. Há também relatos de violências causadas pela própria sociedade civil, que agredem verbalmente e fisicamente, e em alguns casos, homicídios e tentativas de homicídios (NONATO; RAIOL, 2018). Durante minha experiência no consultório na rua, já ouvi de diferentes usuários que preferem dormir durante o dia, pois se sentem mais seguros e menos expostos a essas violências físicas.

Outra característica da grande maioria dos usuários acompanhados pelo CnaR é o uso de álcool e outras drogas, muitas vezes em busca de lazer ou de amenizar o sofrimento

que é viver nas ruas, segundo os próprios usuários. Marca que causa preconceitos e o distanciamento dessa população a outros espaços que não seja o da cena de uso.

Campanhas como "Zombie – A Origem", vídeo produzido pela Associação Parceria Contra as Drogas, o qual faz parte de uma campanha para o combate ao uso do crack. Relaciona o usuário de crack a um zumbi, estigmatiza ainda mais o usuário e o desumaniza, fazendo com que a sociedade civil o veja como um monstro, o que acaba legitimando toda violência sofrida por essas pessoas.

Segundo Lobosque (2001), a crise possui alguns traços comuns, como por exemplo a invasão, invasão que chega a ultrapassar o psiquismo e atinge o corpo, invasão que faz com que a privacidade não exista mais e torne o sujeito exposto, à invasão do outro, exposição essa que é imposta a pessoa em sofrimento psíquico. Sendo essa experiência uma causadora de agonia e dor incompreensível (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007). Relaciono esse trecho com a condição de estar em situação de rua, já que nossos usuários são invadidos o tempo todo, pela violência, discriminação, invisibilidade, solidão e desumanização, condições que causam sofrimento psíquico.

Estando na rua durante esse ano fazendo parte do CnaR, pude perceber que esses fatores citados acima aparecem diversas vezes nas falas de nossos usuários e em cenas presenciadas pela equipe.

B. mulher, negra, 27 anos. Com marcas de agressões pelo corpo, veio até nós pedindo remédio para dores. Durante o acolhimento, fomos questionando de onde vieram as lesões, se era natural de Campinas ou se tinha alguma rede de apoio. B. então responde que a mãe morava na cidade mas não tinha bom relacionamento e que as lesões foram causadas pelo companheiro. Questionamos se é recorrente e se existia alguma maneira de ajuda-lá e B. responde que não, apenas com o remédio para dor, já que preferia ficar com esse companheiro e apanhar apenas dele do que estar solteira na rua e apanhar e ser abusada por várias pessoas. Esta cena explícita como a violência de gênero é recorrente, adocedora e causadora de sofrimento psíquico nas mulheres em situação de rua.

Outra cena que presenciei que demonstra a violência causada pelo poder público aconteceu com M. mulher, negra, 39 anos, em acompanhamento para tratamento de tuberculose com o Consultório na Rua. Costuma ficar em situação de rua na região do Terminal Central (Quebra Osso). Comenta que um dia foi acordada por agentes de limpeza com o caminhão conhecido como cata-treco recolhendo seus pertences, inclusive seus documentos e remédios, atrapalhando o tratamento da tuberculose. Essa cena deixa M. bastante mobilizada e deprimida, com dificuldades em aceitar reiniciar o tratamento medicamentoso. Porém, através do vínculo que M. mantinha com o Consultório na Rua,



conseguimos reiniciar o tratamento e inseri-la em um CAPS para acompanhamento da saúde mental e questões com uso de substância.

Um caso acompanhado pelo CnaR que demonstra como a violência vivida pelas pessoas em situação de rua é adoecedora e causadora de sofrimento psíquico aconteceu com J. homem, negro, 45 anos. J. vai até a Van do Consultório na Rua durante um campo itinerário que estávamos fazendo no terminal rodoviário da cidade de Campinas. Aparece com um corte profundo no pé, comentou que estava recolhendo materiais recicláveis e cortou o pé em uma lata. É realizado curativo e combinado com J. de ir até o campo fixo que acontece no Largo do Pará que aconteceria no dia seguinte para limpeza e troca do curativo. Porém J. diz que não circula pelo centro da cidade e que também não fica em um lugar fixo para encontrarmos, quando perguntamos do porquê ele faz esse tipo de circulação J. responde que está sempre fugindo de um agente de segurança. Conta que uma vez estava tomando banho no banheiro do terminal central e um guarda municipal entrou e começou agredi-lo. Diz que um certo momento ele desvia de um tapa e o guarda municipal escorrega e cai. J. nos conta que depois disso, além de apanhar muito no dia, toda vez que o guarda o encontra, ele para o carro e desce para agredir J. Ele comenta que vive com medo, se escondendo e que se pudesse teria mudado de cidade.

Por fim, outra ação da equipe que me marcou foi a de R. mulher, negra, 51 anos. Nós a encontramos deitada em uma das principais avenidas de Campinas. Nos aproximamos e percebemos uma desorganização psíquica, autocuidado prejudicado, discurso místico religioso e bastante sexualizado. Tentamos uma abordagem, porém R. diz que estamos ali para estuprá-la e desce por entre os carros da avenida. Tentamos outra aproximação e ofertamos cigarros (estratégia de troca comumente usada para aproximação na rua), nesse momento R. aceita e se aproxima. R. não consegue lembrar de onde vem, nem seu nome. Conseguimos fazer com que ela nos acompanhasse até próximo a Van. Nesse momento, quando R. vê o resto da equipe, ela fica mais ansiosa e volta a correr entre os carros, nesse momento a equipe passa a se questionar qual conduta tomar. Se realizamos uma contenção mecânica e química, mesmo sem conhecê-la, ou se faria uma nova abordagem. Tentamos uma nova abordagem, com comida e refrigerante, conseguimos que ela saísse do meio dos carros, porém se mantinha bastante desorganizada. Nesse momento, parte da equipe queria fazer a contenção mecânica e química, mas outra parte da equipe queria tentar ofertar medicação sem que fosse necessário a contenção. Nesse momento R. parecia estar se sentindo mais à vontade com a equipe, ficou abraçada com uma das redutoras de danos da equipe, cantando músicas que segundo ela eram da igreja. Aproveitamos esse momento para oferecer medicação, R. nega mas fica por ali diferente

da primeira vez que chegou próxima a van. Nesse momento, perguntamos novamente seu nome e de onde ela vem, R. consegue se lembrar do nome mas não sabe de onde vem, nem indicar se tem familiares. Aproveitamos para tirar uma foto e enviar para serviços de saúde e saúde mental da cidade, mas nenhum deles a reconhece. Depois de um tempo com a gente manejando e ela se acostumando com nossa presença perguntamos se ela gostaria de descansar e dormir em algum lugar, R. nesse momento aceita, a colocamos na van e conseguimos administrar a medicação. Por fim a levamos até o pronto socorro do Hospital das Clínicas da UNICAMP, onde ela é inserida na enfermaria de psiquiatria. Esse caso demonstra a complexidade de realizar o cuidado da crise na rua, sem informações do usuário, com medo constante da pessoa se colocar em risco, se apostamos em uma possível vinculação ou partimos para uma contenção, se administramos medicação sem conhecê-la. Todas essas questões tornam ainda mais complexo o cuidado a pessoas em crise, demonstrando que o cuidado na rua vai muito além da dimensão do espaço físico.

Outro problema recorrente é a fome e a escassez de alimentação, por diversas vezes usuários do Consultório na Rua, desistiram de esperar sua vez para serem atendidos, para irem buscar o vale para retirada da marmita no bom prato. Para muitos é a única refeição diária e isso faz com que acabem desistindo de esperar já que a demanda, principalmente em campos fixos, é muito alta.

Durante os acolhimentos que acontecem nas ruas é comum ouvirmos como queixa, a dificuldade de estar com fome, de dormir na rua, de se sentir sozinho, do medo de morrer. Segundo Foucault (2004) em a história da loucura, o conceito de loucura e crise são culturalmente construídos de acordo com o contexto em que se vive, sendo assim, estar em situação de rua vivendo em condições extremas de fragilidade social, pode ser um desencadear do sofrimento psíquico.

Estar no território oferecendo cuidado a pessoas que estão em situação de rua e em sofrimento psíquico, é levar em consideração toda sua condição de ser humano, além da doença e da crise. É respeitar sua individualidade, singularidade, seu tempo. Ou seja, não é necessário ficar evidenciando sua condição, mas sim ofertar suporte que afirma a realidade do acontecimento da crise, sustentando assim sua força destrutiva e encontrando junto com o usuário maneiras de lidar com o sofrimento, fazendo com que a relação entre o terapeuta e paciente possa criar desvios (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

A crise pode também ser uma potencial causadora de transformação, visto que todo esse sofrimento e angústia pode ser um determinante importante que transporte o usuário a um lugar diferente daquele historicamente dado e assim crie um caráter inédito de relação

com a crise, causando um momento de virada no seu cuidado (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Porém, a insuficiência e a ineficiência das políticas públicas, a fome, discriminação, o racismo, violência física e verbal, viver em condições de fragilidade social extrema, estar privado de tudo ou pelo menos encontrar grande obstáculos para garantir direitos fundamentais e estar invisibilizado aos olhos da sociedade, são características enfrentadas pelas pessoas em situação de rua e causadoras de sofrimento psíquico, que ultrapassa o cuidado em saúde mental e encontra problemas estruturais da sociedade.

## **5. Conclusão**

Uma característica evidente e impactante é que quase todas as cidades brasileiras tem pessoas vulnerabilizadas e em situação de rua. Porém, esse fato não recebe atenção merecida por parte do poder público e ainda hoje usa estratégias para tornar essa situação invisível, como por exemplo, criar abrigos apenas durante as festas de final de ano para ter onde colocar essas pessoas e “limpar” o centro da cidade, ou simplesmente convocar a segurança pública para tirar do seu local de moradia através da violência. Nesse contexto, é necessário que lutemos para que esse fenômeno da população em situação de rua tenha mais visibilidade, criando assim espaços de reflexões e debates sobre as condições enfrentadas por essas pessoas, trazendo para o centro do debate político esse assunto tão complexo e tão negligenciado pelo poder público.

É importante percebermos que o sofrimento psíquico enfrentado por essas pessoas vai além da crise psicótica, é a crise da fome, do medo, da violência, da discriminação, da invisibilidade, da solidão, do racismo e da falta de direitos. Sendo assim, nosso papel é junto com esses usuários, lutar pela criação de espaços que debatam essas questões e pensem em estratégias eficientes e suficientes para lidar com o problema que é estar em situação de rua.

Não dá para estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa em situação de rua se você não escutar a realidade dela a partir dos parâmetros dela. Isso precisa ser trabalhado entre os profissionais para entenderem, ouvirem e criarem uma outra relação com essas pessoas e propor uma terapêutica que construa junto com elas uma maneira de fazer intervenção na saúde delas, fazendo diferente disso é impossível cuidar das pessoas em situação de rua. Isso abre um caminho de discussão da clínica que não é um caminho tão claro em outros ambientes terapêuticos e é um caminho necessário a ser discutido em qualquer tipo de clínica e situação.

Quando o motivo da crise, da ansiedade, do choro ou desespero, é não saber o que vai comer, tomar banho, beber água, se vai conseguir sobreviver a mais uma noite, se vai ser agredida e abusada, se vai perder o pouco de coisa que tem, se vai ser humilhado mais uma vez, não há tratamento terapêutico que consigo lidar com essa crise sozinho. A garantia social dessas pessoas em situação de rua também é cuidado em Saúde Mental.

#### **Referências :**

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. "Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial." *Saúde em Debate* (2014): 593-606.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

MENDES, J. T. N; TORRES, C, C. "Juventudes e seus territórios usados: um estudo em Campos dos Goytacazes". V jornada internacional de políticas públicas. 2011.

FERIGATO, S. H; CAMPOS, R. T. O; Ballarin, MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 2007.

ALMEIDA, M. C; SOARES, C. R; GALVANI, D; BARROS, D. D. *Terapia Ocupacional Social: reflexões acerca das ações na Assistência Social e para o desenvolvimento comunitário*. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS – ABRATO. 2011

BRITTO; JOAQUIM. Edital: Atividades humanas: práticas sociais diferenciadas. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 459-460, 2013

SILVA, C. R; POELLNITZ J. C. V. Atividades na formação do terapeuta ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015 jan./ abr.;26(1):74-82.

MATOS, F. L. "Espaços públicos e qualidade de vida nas cidades - o caso da Cidade Porto". OBSERVATORIUM: Revista Eletrônica de Geografia, v.2, n.4, p.17-33, jul. 2010.

LOPES, R. E; MALFITANO, A. P. S; SILVA, C. R; BORBA, P. L. O. Recursos e tecnologias em Terapia Ocupacional Social: ações com jovens pobres na cidade. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 591-602, 2014.

COSTA, S. L. Terapia Ocupacional Social: dilemas e possibilidades da atuação junto a Povos e Comunidades Tradicionais. Cad. Ter .Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 43-54, 2012

SILVA, C. R; LOPES, R. E. "Políticas para a juventude brasileira: O ProJovem como estratégia e espaço para a terapia ocupacional". Terapia Ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos / organizadoras: Roseli Esquerdo Lopes, Ana Paula Serrata Malfitano. - São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 255 - 274.

CASTRO, M.G; ABRAMOVAY, M; LEON, A. Juventude: tempo presente ou tempo futuro? Dilemas em propostas de políticas de juventudes. São Paulo: GIFE – Grupo de Institutos, Fundações e Empresas, 2007.

MENDES, J. T. N; TORRES, C, C. "Juventudes e seus territórios usados: um estudo em Campos dos Goytacazes". V jornada internacional de políticas públicas. 2011.

CASSAB, C; MENDES, J. T. Z. "Perder-se também é caminho": a dimensão espacial da juventude. v. 11, n. 2: (ago. dez. 2011): Revista Libertas

GAMEIRO, N. "População em situação de rua aumentou durante a pandemia". Fiocruz Brasília. 8 de jun. de 2021. Disponível em: <

<https://www.fiocruzbrasil.org.br/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-a-pandemia/> > Acesso em: 17 de dez. de 2021.

Foucault, M. "História da Loucura". (J. T. C. Neto, trad., 7 a ed.). São Paulo: Perspectiva. 2004.

CASSAL M; FERNANDES, T. "A população negra em situação de rua e a Covid-19: vidas negras importam?". Tessituras, v. 8, s.1. Jan-Jun 2020. Pelotas-RS.

NONATO. D. do N; RAIOL, R. W. G. "Pessoas em situação de rua e violência: entrelaçados em nome da suposta garantia de segurança pública". Revista Direito em Debate, [S.l.], v. 27, n. 49, p. 90-116, 2018.