



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO SERVIÇO SOCIAL

CÍLJA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

**VIDAS QUE PEDEM SOCORRO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE CAJAZEIRAS-PB**

SOUSA – PB
2018

CÍLIJA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

**VIDAS QUE PEDEM SOCORRO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE CAJAZEIRAS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Helmara Giccelli Formiga
Wanderley Junqueira

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

N244v

Nascimento, Cilija Oliveira do.

Vidas que pedem socorro: políticas públicas de saúde mental e população em situação de rua na cidade de Cajazeiras - PB. / Cilija Oliveira do Nascimento. - Sousa: [s.n], 2018.

60 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2018.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helmara Gicelli Formiga Wanderley Junqueira.

1. População em situação de rua. 2. Loucura. 3. Reforma Psiquiátrica. I. Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 36:616.89

CÍLJA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

**VIDAS QUE PEDEM SOCORRO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE CAJAZEIRAS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 02/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Prof.^a Dra. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a Ma. Juliana e Silva de Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande

Esp. Consuelo Barreto Martins de Melo
Universidade Federal de Campina Grande

SOUSA-PB
2018

À minha mãe, que sempre me apoio com meus sonhos e nunca me deixo só, essa vitória não é só minha é nossa mãe. Amo você imensamente.

AGRADECIMENTOS

Começo antes de tudo agradecendo a Deus, por ter me permitido chegar até aqui. Sem ele eu não teria alcançado nada disso.

Agradeço a minha mãe, que foi uma peça valiosa em todas as minhas conquistas. Minha mãe foi aquela mulher que estava comigo em todos os momentos que precisei. Ela esteve comigo me dando todo apoio quando precisava durante todo o processo de minha formação. Agradeço principalmente a confiança depositada em mim.

Ao meu amado esposo Otacílio Júnior, obrigada pelo seu carinho, paciência, apoio, e principalmente agradeço por ser esse companheiro tão leal. Você foi o meu guia, foi aquele que me mostrou como andar quando eu já não conseguia, me proporcionou uma esperança no fim do túnel quando eu já não enxergava mais luz.

Agradeço a minha família (irmãos e cunhadas) por todo o apoio que sempre me deram.

Em especial quero agradecer as minhas cunhadas (Tamires e Maria) que estavam sempre prontas para me escutar nos meus momentos de desânimos que não foram poucos, estavam atentas para me escutar e me aconselhar.

Agradeço a minha querida orientadora, Helmara Giccelli que me abraçou nesse Projeto, pelo esforço e paciência que teve comigo, sempre pronta para tirar minhas dúvidas, mesmo diante de tantos obstáculos estava à disposição para esclarecer, que eram várias. Não posso deixar de mencionar a capacidade analítica e crítica apresentado por ela, proporcionando embasamentos sólidos reflexões aqui apresentadas. Sem você nada disso teria conseguido seu desempenho e sua agarrá foram a motivação do enriquecimento de conhecimento da minha pesquisa

Aos meus colegas de curso Natália, Amanda e Lualla Gaddary com quem dividi muitas dores, angústias, preocupações e também muitas alegrias.

A minha amiga Sayonara, que sempre me ajudou e sempre me compreendeu, nunca me deixou sozinha durante meu tempo acadêmico.

A minha amiga Joseane, você foi um presente que Deus me deu na hora certa e no momento certo, sabe aquela pessoa que nunca será esquecida, pois é essa é você na minha vida obrigada amiga por sempre confiar e acreditar em mim e por ter me ajudado em momentos tão difíceis e doloridos que passei, mas você sempre estava lá para me ajudar.

Agradeço imensamente a Luana por ter me ajudado em tudo, sempre pronta você teve uma importante contribuição para essa conquista.

À minha banca, pela contribuição para finalização desse trabalho.

A todos que de alguma forma fizeram parte desse grande sonho, pois a ajuda de vocês foi fundamental para encarar todos os obstáculos que surgiam durante o meu percurso acadêmico.

RESUMO

O trabalho tem como escopo analisar o alcance das políticas públicas de saúde mental, propaladas a partir da Reforma psiquiátrica de 2001, em relação a população em situação de rua de rua na cidade de Cajazeiras-PB. Neste sentido, faz-se reflexões teóricas e práticas acerca do novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil. Considerando as questões que envolve a população em situação de rua, busca-se compreender as condições de vida desses sujeitos, o que implica diretamente em analisar os limites e as possibilidades da Reforma Psiquiátrica brasileira no atendimento à saúde mental dessa população flutuante. A pesquisa é do tipo aporte teórico e metodológico, exploratória de campo usando uma abordagem qualitativa sendo realizada por meio de entrevistas, teve como participantes pessoas em situação de rua, usuários do CAPSad ou não, profissionais da área de saúde mental que atuam no CAPSad e membros da pastoral. O local da entrevista será na cidade de Cajazeiras-PB, assim tentaremos nos aproximar do método crítico dialético de Marx. Notadamente, visando uma melhor compreensão da vida real dessas pessoas que se encontra em situação de rua, buscaremos uma compreensão da vida real, trazendo relatos desses sujeitos, sua história de vida, quais ações do Estado e como a sociedade enxerga essa população.

Palavras – chave: População em situação de rua. Loucura. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The work has scope of scope of public policies of mental health, proposed by the psychiatric Reform of 2001, in relation to the population in situation of street in the city of Cajazeiras-PB. This sense, makes-the reflex theories and précéidic about the new model of attention to health metal in Brazil. The questions that involve a population in a street situation, seek to understand how the necessities of life of these people, which is subject to the analysis of the limits and possibilities of the Brazilian Psychiatric Reform, the health care of this floating population. The research is of the theoretical and theoretical type, the field research was a qualitative approach having been carried out through interviews, had as participants in a street situation, CAPSad users or not, mental health professionals who work in the CAPSad and members of the pastoral. The interview site will be in the city of Cajazeiras-PB, thus bringing us closer to Marx's critical method. Notably, having a better information of life, the real people are situation, in the situation of life of the real life, bringing the users relative, their history of life, which actions of the state and such a new age.

Keywords: Street population. Madness. Psychiatric Reform.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSad – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

CZN – CAJAZEIRAS NOTICIAS

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

MTSM – MOVIMENTOS DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	13
1.2 Moradores de Rua.....	13
1.3 Loucos de Rua	17
1.4 A Era dos manicômios.....	23
2. REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	29
3. REFORMA PSIQUIÁTRICA, SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO DE RUA EM CAJAZEIRAS.....	37
3.1 Da pesquisa	39
3.2 Limites e possibilidades da Reforma Psiquiátrica: ações de atenção à saúde mental dos moradores de Rua em Cajazeiras-PB	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICES	53

INTRODUÇÃO

Uma pesquisa feita pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome nos anos 2007 e 2008 detectaram que 71 cidades brasileiras com porte de 300 mil tiveram destaque que 31.922 pessoas estão em situação de rua. Essa pesquisa foi feita em cidades pequenas excluindo as cidades com números de habitantes bem maior, alarmando ainda mais o que é claro e mostrando como as políticas públicas ainda são falhas pois não procuram solucionar todos esses problemas que estão crescendo cada dia mais. O desinteresse do Estado acerca do assunto é bem nítido, é preciso efetivar e melhorar as políticas públicas existente atuando em benefício da população que a cada dia clama por melhorias, que são de direitos. (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010)

A referida pesquisa revela que a maioria das pessoas que vivem nas ruas possuem um lar, não são necessariamente mendigos, pois muitos trabalham. Logo seria um equívoco atribuir uma característica singular a um grupo de pessoas bastante diversificado.

A saúde mental vem a cada dia ganhando mais espaço na nossa sociedade, e a população em situação de rua está diretamente relacionada com ela. É devido a problemas mentais e sociais que muitas pessoas estão fazendo morada ou trabalhando nas ruas.

O presente trabalho que está intitulado “*Vidas que pedem socorro: políticas públicas de saúde mental e população em situação de rua na cidade de Cajazeiras-PB*”, tem como objetivo analisar o alcance das políticas públicas de saúde mental, apregoadas a partir da lei 10.216/2001, ou lei da Reforma Psiquiátrica, em relação a população em situação de rua de rua na cidade de Cajazeiras-PB.

A escolha do tema surgiu do interesse dessa pesquisadora em conhecer a realidade das pessoas que vivem ou moram nas ruas, notadamente, aquelas que sofrem de transtornos mentais. Desejou-se torná-los visíveis e revelar o que se passa na vida destes seres humanos, apontando algumas das dificuldades enfrentados por tais sujeitos para sobreviver nas passagens. Com este objetivo, abordaremos o contexto histórico e a vida dos moradores de rua no Brasil, quem são, como passaram a este estado, quais motivos os levaram a estar nas ruas, como eram/são vistos e tratados pela sociedade, quais problemas enfrentaram/enfrentam por se encontrarem em situação de rua. Pretende-se contribuir com as discussões sobre os desafios da

Política de saúde mental e conhecer as estratégias da equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) para atender esses sujeitos.

A problemática da pesquisa consiste em conhecer os limites e as possibilidades da Reforma Psiquiátrica para atender os doentes mentais em situação de rua numa cidade do interior da Paraíba. Assim, entre as questões que moveram este estudo destacam-se: “porque existem tantos moradores de rua na cidade de Cajazeiras-PB? Há políticas públicas de atendimento à saúde mental dos moradores em situação de rua na cidade de Cajazeiras-PB? A população de Cajazeiras contribuiu para a inclusão social dos doentes mentais em situação de rua?”

A pesquisa está estruturada em três capítulos.

No primeiro capítulo trata-se da população de rua e loucura, buscando definir numa digressão pela história, quem são os sujeitos moradores de ruas. Seguindo-se a isso, busca-se conhecer também, a partir de uma perspectiva histórica, quem eram/são os homens e mulheres nomeados pelo senso comum como loucos[as] de rua ou doentes mentais e como se deu o processo de enclausuramento dos doentes mentais em instituições manicomiais.

No segundo capítulo trata-se da Reforma Psiquiátrica de caráter antimanicomial, fazendo uma digressão pela história dos movimentos que impulsionaram as políticas atuais de saúde mental no Brasil. Nesse capítulo também se faz uma abordagem histórica acerca da construção do Hospital Psiquiátrico na Paraíba, em 1928.

No terceiro capítulo trata-se da Reforma psiquiátrica na Cidade de Cajazeiras-PB e seus impactos sobre a população de rua, buscando compreender o alcance das políticas de saúde mental para garantir o direito da inclusão social desses sujeitos.

1. PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

De acordo com o Decreto Nº 7.053 de dezembro de 2009 diz que:

[...] considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Assim a rua se transforma em uma espécie de refúgio, procurando todos os tipos de lugares diversos, o que os une em um só mundo é que são pessoas que vivem em condições extremamente precárias e em estado de vulnerabilidade.

1.2 MORADORES DE RUA

Os mendigos dormindo nas ruas, em pleno dia, e as pessoas que vão às compras ou ao trabalho passando por cima deles ou evitando-os, é uma imagem emblemática. Os prostrados no solo não vistos como semelhantes, mas como bichos, espécies distintas. Estão sujos, cheiram mal e são feios. Não são homens ou mulheres, embora um dia talvez o tenham sido. Pedacos perdidos da Humanidade. Invadem as calçadas, incomodam. Os que vão às compras ou ao trabalho sentem-se indiferentes ou incomodados. Procuram não ver, escondem a irritação o desagrado. Reclamam a si mesmos, no máximo, “desta polícia que não faz nada” ou, os da esquerda, “desta sociedade injusta”. Falam entre si como se no chão, ao lado, não existisse ninguém. Não são homens ou mulheres efetivamente, pois não assim representados pelos que vão às compras ou ao trabalho.

Elimar Pinheiro Nascimento. No meio da rua – nômades, excluídos e viradores, 2003.

Cada dia que passa o mundo fica mais moderno. Os avanços, em todos os ramos, estão cada vez mais rápidos. Isto é um fator muito importante e relevante para a sociedade. Porém, nos últimos tempos, também tem aumentado as desigualdades sociais, a pobreza da população, e conseqüentemente a exclusão de muitos cidadãos.

A pobreza, a desigualdade e a exclusão social são os grandes desafios da sociedade atual. Com o aumento destes fatores, aumentou-se também o número de pessoas que vivem nas ruas. Estes sujeitos em situação de risco, compreende uma parcela da sociedade que vive em condição de extrema pobreza. Inclusive, para MOLLA

O pobre é aquele que, de modo permanente ou temporário, encontra-se em situação de debilidade, dependência e humilhação, caracterizada pela privação dos meios, variáveis segundo as épocas e as sociedades, que garantem força e consideração social: dinheiro, relações, influência, poder, ciências, qualificação técnica, honorabilidade de nascimento, vigor física, capacidade intelectual, liberdade e dignidade pessoais. Vivendo no dia-a-dia, não tem qualquer possibilidade de revelar-se sem a ajuda de outrem (MOLLAT, 1989, p. 5).

A representação sobre a imagem da pessoa que se encontra em situação de rua sempre foi baseada em valores morais, atreladas a julgamentos e práticas discriminatórias, e isso nos deparamos todos os dias se observarmos bem, notaremos termos depreciativos como: vagabundos, mendigos, sujos, deficientes físicos, leprosos, doentes, cegos e loucos.

A existência de pessoas em situação de rua não é um fenômeno novo, pelo contrário, há registros dessas pessoas desde a época Antiga da história da humanidade. A bíblia já revelava em seus escritos a existência de mendigos, cegos, aleijados e doentes mentais, vivendo nas ruas das cidades, vilas e estradas. No livro de Lucas, versículo 18:35, diz “ E aconteceu que, chegando ele perto de Jericó, estava um cego assentado junto do caminho, mendigando” (BÍBLIA SAGRADA, ANO 2010, p 1025.). Num outro trecho, também no livro de Lucas, 16:20, pode-se ler:

Havia também certo mendigo, chamado Lázaro, que jazia cheio de chagas à porta daqueles. E aconteceu que, chegando ele perto de Jericó, estava um cego assentado junto do caminho mendigando (BÍBLIA SAGRADA, 2010 p. 1022).

No livro dos Atos dos Apóstolos, 3:1-8, pode-se ler a história do milagre do coxo da porta do templo da Formosa: “e era trazido um varão que desde o ventre de sua mãe era coxo, o qual todos os dias punham à porta do templo [...] para pedir esmola aos que entravam”. Tais passagens revelam que é de longa data a existência de pessoas em situação rua ou mendicância, entretanto, o que chama a atenção é o aumento assustador dessa população desassistida pelo Estado e sem moradia, nos últimos tempos, o que é ocasionado por diversos fatores que serão analisados ao longo desse estudo.

É importante observar que as pessoas que estão em situação de rua além de viverem em um cenário de exclusão e desigualdades socioeconômica, ainda sofrem diversos tipos de discriminações. Geralmente são, injustamente, intitulados de vagabundos, sem teto, drogados,

ladrões, loucos, entre outros termos depreciativos que lhes são atribuídos pelo senso comum. Enfim, são sujeitos (in) visíveis para a maior parte da população e para o Estado, que só os percebe enquanto alvo de ações policiais e vigilância, tratados de forma desrespeitosa.

Diante desta situação torna-se necessário analisar o que observa o artigo 5º da Constituição Federal de 1998. A magna carta assegura a todos os cidadãos uma vida digna, vejamos:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1998).

Ainda nesse diapasão deve-se lembrar da Política Nacional para a População em Situação de Rua, Decreto nº7053 de 23 de dezembro de 2009:

Art 5º. São princípios da Política Nacional para a população em situação de Rua, além da igualdade e equidade:
 I - respeito à dignidade da pessoa humana;
 II - direito a convivência familiar e comunitária;
 III - valorização e respeito à vida e à cidadania;
 IV - atendimento humanizado e universalidade;
 V - respeito as condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial as pessoas com deficiência (BRASIL, 2009).

Deste dispositivo legal, observamos que as pessoas que vivem nas ruas, têm os mesmos direitos que qualquer outro cidadão. Não podendo sofrer qualquer tipo de exclusão ou diferenciação. Tais homens e mulheres, já que estão em situações de desigualdades, deveriam ser melhores assistidos pelo Estado, que deveria buscar meios de efetivar e/ou implantar políticas que visem o melhoramento de suas condições de vida.

Esses direitos, garantidos por lei, são cotidianamente violados, o que fere frontalmente o princípio da dignidade da pessoa humana. A Política Nacional para inclusão Social da População em Situação de Rua, diz que a sua finalidade é:

Estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re) integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua. Para tanto, vale-se do protagonismo de movimentos sociais formados por pessoas em situação de rua, entre outras ações que contribuam para a efetivação deste processo (BRASIL, 2008, p.4).

As pessoas que habitam as ruas estão nessa vida por diversos fatores, tais como: o grande desenvolvimento tecnológico, onde os trabalhadores braçais foram substituídos pelas

máquinas, que produzem com maior eficácia em menor tempo, gerando desemprego e, em consequência a falta de alimentos, de abrigos, também podendo citar as doenças mentais, alcoolismo, o uso de drogas ilícitas, entre outros tantos motivos (PECHMAN apud. BRESCHIANI, 1994, pp. 29-34).

Existem também aquelas pessoas que por fugirem aos padrões socialmente estabelecidos são expulsas de casa ou abandonados pela família. Ou também podem viver nessas condições por desastres naturais. Enfim, não se trata de uma população homogênea, pois possuem singularidades entre si. Singularidades que podem ter origens, interesses, motivos pessoais, onde a semelhança que se vê é, geralmente, a condição de pobreza.

É muito difícil ter uma definição para a população em situação de rua, pois existem os mais variados tipos de pessoas. Existem mendigos, prostitutas, desabrigados, catadores de lixo, camelôs, migrantes, usuários de drogas, “doidos”, dentre tantos outros. Alguns destes sujeitos habitam na rua, e não tem mesmo nenhum teto ou família, outros apenas passam o dia na rua, voltando no final do dia para o seu lar. Enfim, são muitos casos diferentes e individuais, cada um com sua particularidade.

Cumprir notar, que embora não seja regra, a população em situação de rua é quase sempre proveniente das camadas mais pobres da sociedade, geralmente são pessoas de baixa escolaridade e pouca ou nenhuma qualificação profissional, cujos vínculos estabelecidos com o mundo do trabalho já eram frágeis mesmo antes de se encontrarem nas ruas.

Esta população, geralmente está mais situada nos centros urbanos, pois nessas áreas existem mais chances de conseguirem algum trabalho para a subsistência. Costumam se concentrar mais nos centros das cidades, onde o fluxo de pessoas é maior, por haver maior chance de se conseguir doações de alimentos, roupas etc., ou obter algum dinheiro realizando trabalhos informais.

Mesmo com a verificação de alguns programas sociais, poucas políticas públicas são desenvolvidas para solucionar esse problema. As Organizações não Governamentais (ONGs) e as Instituições Religiosas se evidenciam nos serviços de suporte a essas pessoas, atuando na distribuição de alimentos, roupas e cobertores. Outro trabalho de assistência são os abrigos temporários que, de um modo geral, são considerados insuficientes para suprir a demanda dessa população.

A falta de interesse do Estado influencia diretamente no comportamento da sociedade, haja vista que os moradores de rua são tratados, ora com compaixão, ora com preconceito, indiferença e violência. Nesse sentido, devem ser desenvolvidas políticas que

intervenham na causa do problema, não somente em serviços de distribuição de alimentos e outros objetos, mas garantindo dignidade para todos os cidadãos.

1.3 Loucos de rua

Cada bairro, cada rua tem o „seu“ louco. Hà, entre eles os artistas que pintam os quadros e chegam a vendê-los para os passantes; hà os profetas, que como tal se vestem e se comportam; hà os escritores, que se entregam à preparação de longos tratados; [...] há ainda os que falam sozinhos, discursam, gritam a até mesmo ameaçam quem lhes voltar a olhar curioso. Muitas vezes, elegem algum canto onde se estabelecem (uma ponte, um viaduto, uma casa abandonada, o abrigo de alguma marquise, uma árvore, em jardim, etc.), passando a viver de esmolas, comidas, roupas e objetos que ganham da população vizinha.

Flávio Carvalho Ferraz. Andarilhos da Imaginação, 2000.

O louco é visto como aquele que foge dos padrões da sociedade, ou seja, o louco é aquele que não consegue controlar a sua razão, assim o mesmo é visto como o indiferente, de acordo com FOUCAULT “Sob o olhar da razão: a loucura é individualidade singular cujas características próprias, a conduta, a linguagem, os gestos, distinguem-se uma a uma daquilo que se pode encontrar no não louco; em sua particularidade ela se desdobra para uma razão que não é o termo de referência mas o princípio de julgamento; reforçando ainda mais seu pensamento”, o autor complementa seu pensamento dizendo que “ O louco é o outro em relação aos outros: o outro no sentido da exceção – entre os outros – no sentido do universal” (FOUCAULT, 2009, pp. 183-184).

Falar sobre o louco de rua é pensar automaticamente em uma pessoa que está extremamente vulnerável sem vínculo afetivo com seus familiares vivendo em condição de extrema pobreza, trazendo consigo miséria, medo, frustração, desamparo dos seus familiares e principalmente o preconceito visível da sociedade.

O rompimento com os seus familiares é um dos principais motivos para pessoas passarem a viver em situação de rua e ainda começar a desencadear problemas mentais, passando a romper com os laços familiares e assim muitas vezes sendo abandonados por eles passando a viver nas ruas.

De acordo com Bulla, et al. a perda dos vínculos familiares, resultante de desemprego, perda de algum ente querido, perda da autoestima, violência, envolvimento com

álcool, drogas, entre outros fatores é o principal motivo que leva as pessoas a morarem nas ruas. Enfim, são histórias de rupturas sucessivas (BULLA et al., 2004, pp. 113-114),

Para falar do louco de rua precisamos primeiro entender que essa pessoa precisa estar nas ruas e ser louco. De acordo com José Paulo Paes “para ser classificado como „louco de rua” faz-se necessário, naturalmente que o indivíduo preencha dois requisitos: ser louco e ser „de rua”. ” (PAES, 1992).

O louco de rua é aquele que faz das ruas seu palco, onde ele encontra seu mundo de fantasia, onde tudo é possível. Ele utiliza todos os seus talentos nas ruas cantando, dançando, brincando, ou desfilando suas esquisitices. Não é incomum escutamos ou falar desses sujeitos tragicômicos, representações que fazem rir ou até chorar.

O mesmo fica conhecido por todos como uma figura pública passando a conviver com as mais diferentes pessoas possíveis, passando a despertar uma grande variedade de sentimentos, tais como: o cuidado, a compaixão, o medo, o preconceito, a violência física e emocional. É, entretanto, o louco pobre, que está abandonado, que precisa de alguém para assisti-lo.

É antiga a atribuição de loucos às pessoas que vivem nas ruas, na condição de andarilhos. Com surgimento da psiquiatria, houve uma mudança, estes sujeitos passaram a condição de alienados ou doentes mentais, adquiriram uma forma de pertencimento, tornaram-se de pacientes psiquiátricos, o que já foi uma evolução, visto que antes eram considerados como incuráveis, indesejados, onerosos aos cofres públicos e ao patrimônio familiar o que levava a tentativa de torná-los invisíveis (JUNQUEIRA, 2016).

O “louco” apontado pela comunidade onde está inserido é visto sobre vários olhares preconceituosos, o que o torna “[in]capaz de organizar em seu interior o que pode e o que não pode, o que é normal e o que não é. Sobre isso Paulo Amarante reforça em seu livro que “Existia um médico que considerava que “normal” era alguém que não foi devidamente examinado... Mais que um jogo de palavras, estamos de frente a um problema científico muito sério e grave”. (AMARANTE, 2007, p.19). É preciso entender que se está diante de uma realidade muito séria e que essas pessoas precisam de socorro, além de estarem em situação de rua, ainda sofrem de transtornos mentais, os mesmos estão em uma relação constante com a sociedade, estando sempre expostos aos olhos desta, provocando variadas reações. Segundo Flávio Carvalho Ferraz (2000), tais reações vão desde considerá-lo como importante figura, acolhê-lo, se divertir ou até mesmo repugná-lo e afastá-lo.

Há também aquelas pessoas que tem uma atitude mais humana em relação a essas pessoas, buscando amenizar seus sofrimentos. Enfim, os moradores de rua estão mergulhados em relacionamentos ora preconceituosos, ora humanizados e respeitosos. Assim Ferraz diz que:

Várias modalidades do relacionamento entre o louco de rua e a cidade vão se estabelecendo, sempre impregnados de uma carga emocional com diversos setores: encantamento, repugnância, curiosidade, pna, medo, condenação, diversão, enfim, uma enorme gama de afetos. Trata-se de um contato quase nunca neutro, do ponto de vista da mobilização dos afetos. É um contato significativo para a experiência das pessoas, posto que as mobiliza pelo fascínio e marca sua memória de modo especial (FERRAZ, 2000. p. 226).

O processo histórico que marca a vida dessas pessoas que estão em situação de rua e com problemas mentais é baseado em uma certa invisibilidade, pois há ainda equipamentos sociais que não os enxergam como deveriam, tais como os programas de saúde mental e as políticas de educação, moradia etc. Também é negado aos mesmos o direito de exercerem sua cidadania, o que é, segundo a constituição Federal (1988), um direito de todos. Entende-se, portanto, que essa suposta invisibilidade implica na negação de reinserção social das pessoas que estão em sofrimento mental.

É preciso observar que, se por um lado os moradores de rua são invisíveis, por outro, notadamente naquilo que incomoda a população não flutuante¹, tais sujeitos são demasiadamente visíveis e dizíveis, uma vez que geralmente as pessoas em situação de rua, encontram-se com seus trajes sujos, calçados desgastados, ou mesmo sem calçados, banho para essas pessoas é quase impossível. Some-se a isso, o fato de que muitos moradores de rua ou são usuários de drogas ou convivem com pessoas que fazem usos de tais substâncias, o que os coloca na mira da polícia por motivos como: ameaçar a salubridade e ordenamento das cidades ou por representar perigo para a população, uma vez que são atribuídos aos mesmos a prática de crimes de furto, roubo e mortes, sob a alegação do vício, demonstrando uma triste realidade da moradia na rua. Enfim, são vidas que seguem por caminhos tortos e doloridos.

Esse mundo dos moradores de rua, nem sempre é o caminho escolhido por estes, na maioria das vezes os mesmos caem nessa vida por motivos alheios a suas vontades, condições que fogem ao seu controle.

Vieira et al. identificam três situações em relação à permanência na rua:

¹ A expressão população flutuante foi utilizada aqui para diferenciar população de rua daquela que não vive nas passagens da cidade.

Primeiro, as pessoas que ficam na rua - refletem a precariedade da vida, pelo desemprego ou por se deslocarem de sua cidade natal para outras regiões em busca de emprego, de tratamento de saúde ou situações respectivas. Nesses casos, costumam passar a noite em rodoviárias, albergues, ou locais públicos que possuem movimento, afim de não correrem “perigo”. Segundo, as pessoas que estão na rua - são aqueles indivíduos que não acham as ruas ameaçadoras, em razão disso, passam a estabelecer relações com as pessoas que vivem na ou da rua, criando estratégia de sobrevivência, realizando tarefas com algum lucro. Exemplos dessas pessoas são os “flanelinhas” conhecidos como guardadores de carro, catadores de papéis ou latinhas. Terceiro, as pessoas que são da rua - esses indivíduos se encontram instalados nas ruas a um período de tempo considerável e, em função disso, foram sofrendo um processo de debilitação física e mental, especialmente pelo uso do álcool, das drogas e violência. (VIEIRA et al., 1994, p. 93-95)

Se considerar o gênero, observa-se que os “loucos das ruas” são em sua grande maioria das vezes são do sexo masculino dados esses observados dentro da cidade de Cajazeiras - PB. Não que as mulheres também não façam parte deste grupo social, mas o índice daqueles é maior que o destas, e isso é perceptível quando olhamos mais pausadamente as pessoas que vivem nas ruas. De toda forma não há uma pesquisa que retrate fielmente o perfil e as características dessa população fugidia, pois é um grupo que não possui muita visibilidade para os órgãos oficiais de contagem populacional, devido não terem endereços fixos, empregos formais, o que dificulta as pesquisas. Some-se a isso a falta de interesse do Estado e seus respectivos órgãos em analisarem e assistirem essa população carente em suas demandas.

Em nosso país a falta de assistência do Poder Público é evidente. Nos deparamos diariamente com a absurda desigualdade social, onde uma minoria populacional detém grande parte da riqueza do país, “são cerca de 5% da população rica, enquanto 95% habitantes vivem em condições de pobreza”, ao ponto de muitos não terem nem a alimentação básica e a moradia e o que dizer da saúde². Situações como essa sempre foram motivos de muitas revoltas em todo o mundo, obrigando a sociedade a clamar por justiça³. Devido as lutas

²EL PAÍS, BRASIL. Seis brasileiros concentram a mesma riqueza que a metade da população mais pobre. Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2017/09/22/politica/1506096531_079176.html. Acesso em 20/01/2018.

³O SUS foi uma grande conquista. A saúde é definida no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Continuando sobre o SUS sendo definido pelo artigo 198 como: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Foi através de muitos movimentos, muita luta e muita mobilização organizada que esse direito foi conquistado

sociais algumas melhorias foram alcançadas, entretanto, no que diz respeito ao Brasil, as conquistas normativas e políticas públicas criadas pelo governo não corresponderam a diminuição nos níveis de desigualdades sociais.

A história da loucura foi marcada por grandes transformações, tanto no Brasil como no mundo, momentos que nos leva a entender como a loucura e os sujeitos nomeados pelo senso comum como loucos eram vistos e quais as formas de apreensões acerca desse assunto. Se pararmos para analisar iremos entender como muitas práticas de atenção para aqueles que são doentes mentais não fogem muito as práticas dos dias atuais na sua forma de exclusão e preconceito.

Na Grécia antiga, acreditava-se que as pessoas delirantes tinham um poder sobrenatural, de se comunicar com as divindades, com um mundo que não existia, o louco era considerado um sujeito sagrado, portanto, protegido. Nessa época ainda não se tinha um pensamento de exclusão.

Na Idade Média a loucura era vista como um grande mal, um castigo. A igreja católica tinha bastante influência, e a mesma pregava que o louco era alguém que estava possuído por demônios, sendo o mesmo eram isolados e excluídos do convívio social. Não existia ainda um tratamento específico para eles. Não se tinha uma apreensão humanizada sobre eles. Aos poucos os mesmos iam perdendo seus direitos, passando a se sujeitar a rituais tenebrosos, tendo a igreja católica como espelho nas suas práticas de exorcismo com essas pessoas. O louco era visto como um pecador, o mesmo não poderia jamais fazer parte do céu, pois era uma pessoa carregada de pecado. Desse modo a loucura era associada ao demonismo, ou seja, os loucos eram pessoas que tiveram suas almas e corpos possuídos pelo demônio (Silva & Zanello, 2010).

Notadamente na Idade Clássica, internam-se todos os tipos de problemas desde portadores de doenças venéreas, libertinos, blasfemadores, suicidas etc. Desse modo a loucura se mistura com outras experiências que se assemelha ou tem em comum com a desrazão, o louco.

Esse desatino se vê ligado a todo um reajustamento ético onde o que está em jogo é o sentido da sexualidade, a divisão do amor, a profanação e os limites

do sagrado, da pertinência da verdade à moral. Todas essas experiências, de horizontes tão diversos, compõem em sua profundidade o gesto bastante simples do internamento (Foucault, 2008, p.106)

Com o passar do tempo houve uma pequena mudança sobre a forma de compressão acerca da loucura, eles achavam que aquele que não produz algo ou não trabalha deveria ser excluído da sociedade, pois era considerado um vagabundo, assim afastando-os dos centros e sendo jogados a mercê. Para tira-los do seio da sociedade nessa época foram criadas prisões, com muros enormes sem qualquer tipo de assistência, sem contar que a igreja católica tinha um papel importante acerca das prisões, pois suas influências contribuíram bastante e fazia com que todos temessem a presença deles por perto. Essas prisões não sequestravam só o louco, mas todo aquele que fosse indesejável socialmente.

Outra instituição com função de sequestração social era o hospital. O mesmo tinha como finalidade a caridade, uma instituição que abrigava aqueles que não tinha onde comer ou onde morar, como afirma Amarante:

Foi criado[...] como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação, e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. E não seria de estranhar que um pobre miserável mendigo não fosse também um doente! (AMARANTE., 2007, p. 22).

Por volta do século XVII foi criado um hospital com uma roupagem nova, não com a mesma finalidade de acolher os pobres e inválidos apenas, mas com uma função política ligada a gestão, cuja função era abrigar os pobres válidos ou inválidos, cumprindo uma função social importante para a indústria nascente. O Hospital Geral, criado no ano de 1656, teve grande importância na gestão urbano-industrial, pois o mesmo tinha como objetivo a prisão, o afastamento, a exclusão daquilo que fugia da suposta “normalidade”. Enfim, seu papel era semijurídico buscando a ordem social (Foucault, 1978, P. 34).

A criação de vários hospitais foi se alastrando pela Europa. De um modo geral, todos os hospitais tinham a mesma função, qual seja: o “enclausuramento” dos tipos indesejáveis. Heidrich observa que:

Tal prática designou uma nova relação com a miséria e despojou-se de sua positividade mística através de um duplo movimento de pensamento (no protestantismo a miséria é castigo; b) no catolicismo a miséria refere-se à moral. Seja como for, a miséria precisa ser banida de alguma forma. Para ser enfrentada o internamento é o caminho (HEIDRICH 2007, p.31).

Com o tempo a exclusão e os maus-tratos contra os sujeitos nomeados como loucos e outros tipos destoantes dentro do espaço hospitalar passaram a serem vistos como algo normal, passando aí a ocorrer todo tipo de atrocidade, O hospital não tinha nenhuma função terapêutica, limitando-se a afastar da sociedade os sujeitos indesejados, como uma demanda moral, limpando e protegendo a “sociedade magnífica”. Mas, que sociedade é essa que precisa ser protegida? Convidamos o leitor a refletir sobre isso.

Finalmente, o hospital passa a ser um espaço de cura e atenção a saúde a partir do século VIII, quando os médicos passam a atuar tanto na gestão quanto na terapêutica. Apesar disso o espaço hospitalar não perde, naquele contexto, sua função de sequestro social. O hospital passa a ter uma característica diferente porque agora os cuidados seriam regulares, segundo Paulo Amarante os médicos que prestavam atendimento iriam “agrupar as doenças e, assim, observá-las de uma forma diferente, no dia a dia, em seu curso e evolução” (AMARANTE, 2007, P.25), inclusive no que diz respeito aos hospitais psiquiátricos.

Feitas estas considerações, resta dizer que no Brasil a história da loucura não foi nada diferente do mundo, sempre relacionando os sujeitos considerados loucos[as] com criminosos, inúteis, sem razão, amorais, ora escorraçando-os das cidades, caminhos e passagens, ora aprisionando-os em cadeias, prisões, casas familiares, até, finalmente, seu enclausuramento em instituições manicômias. Dito isto, observa-se que para além dos muros dos hospitais e prisões, onde habita a loucura que ocupa as instituições, a loucura reclusa, há uma loucura que ocupa os espaços públicos, a loucura de rua. É a loucura de rua que interessa a esse estudo.

1.4 A Era dos manicômios

De acordo com Paulo Amarante o grande marco da Psiquiatria está na Grande Internação do século XVII, que tinha caráter de isolamento e segregação social, que de acordo com artigo XI do Decreto de fundação do Hospital Geral da França, criado em 1656, “destinava-se aos pobres de todos os sexos, lugares e idade, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” (FOUCAULT apud. AMARANTE, 2007, p. 23). Tal hospital tinha a função de ordenamento social, retirando de circulação os tipos humanos considerados indesejáveis. Como se observará adiante, levou muito tempo para que esse paradigma fosse

quebrado e que essas pessoas que sofriam de transtorno mental tivessem um tratamento de caráter médico.

Para Amarante, a Revolução Francesa, ocorrida entre os anos de 1789 e 1799, foi responsável por grandes progressos para o mundo. O autor afirma que foi a partir desse movimento que a história da loucura começou a ter novos caminhos.

A Revolução Francesa foi um momento histórico ímpar; palco de várias transformações econômicas, sociais e políticas que tem muita importância para área da medicina e o campo da saúde e, em nosso interesse particular, para a história da psiquiatria e da loucura (AMARANTE, 2007, p.22).

Uma das grandes mudanças que se observou naquele contexto foi no âmbito do hospital, instituição de caridade, fundada na Idade Média, que funcionava como abrigo, lugar de alimentação e assistência religiosa para todos aqueles que estavam em situação de rua, abandonados, doentes e demais excluídos sociais, enfim, o mesmo não tinha a mesma característica dos hospitais atuais, como diz o Paulo Amarante: naquele contexto, o hospital tinha o caráter de “hospedagem, hospedaria, hospitalidade” (AMARANTE, 2007, p. 22).

Assim outras instituições começaram a se espalhar pelo mundo com o mesmo objetivo. Naquele contexto, os loucos[as] eram vistos como possuídos por espíritos malignos, pessoas tragicômicas, como diz Magali Engel os loucos[as] vivem num espetáculo tragicômico, ou seja, eles[as] eram “discriminados, ridicularizados e agredidos” ora visíveis por sua tragédia pessoal, ora visíveis por suas esquisitices que provocava risos nos espectadores das ruas, caminhos por onde passavam tais sujeitos. (ENGEL apud JUNQUEIRA, 2016, p.184).

Seguindo o lema pregado na Revolução Francesa “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” muitos hospitais foram quebrando paradigmas e foram traçando caminhos diferentes,

A intervenção médica no espaço hospitalar, que anteriormente era eventual e paroxística, passaria a ser regular e constante: o saber sobre o hospital permitiria ao médico agrupar as doenças e, assim, observá-las de uma forma diferente, no dia a dia, em seu curso e evolução. Desta forma, produziu-se um saber sobre as doenças que, informado pelo modelo epistemológico das ciências naturais, ainda não havia sido possível construir (AMARANTE, 2007, p.25).

Seguindo esse pensamento sobre a evolução no saber na psiquiatria JUNQUEIRA afirma que:

Por medicalização entende-se o processo por meio do qual a vida dos homens e mulheres é apropriada pela medicina, o que interfere em suas experiências cotidianas, criando códigos de higiene, posturas, interferindo

nas habitações, alterando hábitos alimentares, sexuais etc., enfim a medicalização implica na interferência do saber médico científico sobre a sociedade” (JUNQUEIRA, 2016 P244).

A medicalização dos hospitais e, da loucura, em especial, marca o início da psiquiatria como saber médico capaz de tratar o louco e, transforma o louco em doente mental, portanto, passível de ser tratado e curado ou melhorado. Naquele contexto, a psiquiatria surge para dar resposta ao fenômeno da loucura, ainda desconhecido pela ciência médica.

Como observado no capítulo anterior, com o passar do tempo os hospitais começaram a sofrer várias transformações, tornando-se um espaço de atuação médica. O marco da medicalização da loucura, no entanto, teve no médico Philippe Pinel, seu pioneiro. Conhecido como o fundador da psiquiatria, Pinel assumiu como chefe médico psiquiátrico um hospital em Bicêtre, na França, causando uma ruptura com as práticas da instituição. O psiquiatra francês ficou famoso por ter mandado soltar todos os pacientes que estavam amarrados com camisas de força. Pinel dizia que só através do isolamento, em espaço hospitalar exclusivo, era possível observar, diagnosticar e tratar os alienados mentais. Ele não falava em doença mental e sim “alienação mental, ou seja, alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade” (AMARANTE, 2007, P. 30).

Durante muito tempo o modelo Psiquiátrico idealizado por Pinel, tinha como principal objetivo o isolamento do doente mental, com fins de observar o quadro clínico e promover a recuperação moral, o que estava em consonância com a medicina da época.

Com essas mudanças os loucos foram separados dos demais doentes. Pinel mostrou que o portador de transtorno mental jamais poderia ter cura junto com prostitutas, mendigos, entre outros tipos destoantes. Enfim, para Pinel era através do isolamento do mundo que começava os tratamentos. Com a criação do asilo, iniciava-se a terapia.

O manicômio começou a ser lugar específico para o doente mental, afastando-os de qualquer da vida social, inclusive, em quase todos os lugares onde foram construídos manicômios, os mesmos foram erguidos nas periferias das cidades ou mesmo em sítios, mantendo os sujeitos loucos sempre longe da sociedade, o que sugere que os mesmos continuavam a ter a função de não permitir qualquer tipo de desordem.

Basaglia explica que⁴:

⁴ Franco Basaglia foi o médico psiquiatria que iniciou o processo de reforma na psiquiatria na Itália e que influenciou todo o movimento de reformas no Brasil e no mundo.

Foram construídos locais de tratamento, onde se pode isolar o doente mental, tendo sido delegada ao psiquiatra a tarefa de tutelá-lo em seu isolamento, de modo a proteger e defender a sociedade do medo que continua a lhe provocar[...] O manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas, até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são. Dentro dos muros, que o psiquiatra faça o que puder (2005, p. 48 e 49).

O primeiro hospital psiquiátrico do Brasil foi criado no Rio de Janeiro, o Hospício de Pedro II, sendo inaugurado em 05 de dezembro de 1852. Esse nome foi dado em homenagem ao então imperador do Brasil. Depois foram sendo criadas outras casas de apoio psiquiátrico. Essa necessidade de criar novos lugares, já surgiu de outros problemas, pois a casa de apoio que havia, a Santa Casa da Misericórdia, já estava lotada, e o número de pessoas na situação de “loucura” era cada vez maior, então, houve a imprescindibilidade de criar novos lugares que comportassem esses necessitados.

Na verdade, a intenção precípua, de construir novo local, era para afastar “os loucos” do meio urbano e social, quer fosse pelo distanciamento ou pela reclusão. O objetivo mesmo era mantê-los afastados da sociedade considerada “normal”, é tanto que o local onde se construiria o Hospício de Pedro II era um lugar afastado da cidade, ficando evidenciada a discriminação que a loucura era tratada, era verdadeiramente uma exclusão social.

Com a chegada da República, em 1890, o Hospício de Pedro II passou a se chamar "Hospício Nacional de Alienados". Nesta época a assistência aos alienados no Brasil era ainda restrita, limitando aos asilos do Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco, Fortaleza e Salvador. Houve a necessidade de expandir essa assistência a todos os doentes que estavam distribuídos pelo país. Diante da situação ocorreu uma mudança muito importante, qual seja: no ano de 1903, foi instituído o Decreto nº 1132/1903, que reorganizou a assistência aos alienados em todo país. Tal decreto passou a viabilizar e orientar a implementação e organização da assistência aos alienados em todos os estados da unidade federativa, definindo as condições básicas necessárias, tanto para os estabelecimentos já existentes, quanto para os que viessem a ser criados. O decreto 1132/1903 foi a primeira legislação brasileira específica a tratar dos doentes mentais.

A mudança que houve a partir do decreto 1132/1903 implicou em que os “loucos” agora seriam tratados por médicos que ou administrariam o estabelecimento com ou sem o apoio econômico do Estado. Apesar de sugerir uma ruptura com o modelo asilar anterior, o que se percebe com o tempo é que muitos problemas continuaram, pois, a população

“alienada” continuava trancada em locais não apropriados recebendo medicações fortes e tratamentos físicos (banhos quentes e frios, camisa de força, etc) que não resolviam o seu estado de saúde.

Já após a segunda guerra mundial começaram a surgir, no Continente Europeu e nos Estados Unidos, movimentos que eram contrários a forma como a loucura era tratada, a antipsiquiatria, que defendiam uma visão mais humanista no campo da saúde mental.

Na Paraíba o primeiro lugar exclusivo para loucos foi criado efetivamente, em 31 de maio de 1891, depois de muito clamor da sociedade ao governo. Este tinha a denominação de Asylo ou Hospício de Sant’Anna, nome atribuído pela Santa Casa de Misericórdia, em homenagem a Santa Ana, sendo conhecido também por Hospício da Cruz do Peixe, nome do local onde se localizava (JUNQUEIRA, 2016).

Devido a um longo período de seca, na época da criação do Hospício da Parahyba, muitas pessoas se aglomeraram na capital do Estado, a procura de melhores condições. Nessa mesma época surgiram muitas doenças até então desconhecidas pela sociedade local, e estas foram atribuídas àquelas pobres pessoas que acabaram de chegar à procura de refúgio. Houve um surto de pessoas doentes e as casas de saúde e hospitais estavam superlotados de gente enferma. Diante dessa situação reconheceu-se a necessidade de encontrar um local para as pessoas “loucas”, que até então ficavam em um hospital no centro da Capital. E assim foi solicitado dinheiro ao governo para reformar um prédio que ficava no Sítio da Cruz do Peixe, sendo concedido e reformado, onde passou a receber os “irracionais”.

Apesar da criação do asilo de Sant’Anna significar uma ruptura com a prática de prender loucos em hospitais para doentes contagiosos ou em prisões, juntos à criminosos, naquele espaço não havia nenhum tratamento médico. No referido asilo os tratamentos desumanos se mantinham, servindo o mesmo apenas para garantir a ordem social, afastando do centro da cidade os loucos. Não houve um planejamento para os cuidados com os doentes mentais, passando estes apenas a trocar de local e continuando a viver com total descaso e falta de humanismo, sendo mais uma vez excluídos da sociedade.

Mesmo com todos os discursos dos idealizadores do Asylo da Cruz do Peixe, dando a entender que sabiam a melhor forma de tratar a loucura, o trabalho no hospício não passou de atendimentos superficiais, onde os doentes que lá estiveram nunca experimentaram uma assistência digna, que pudesse realmente ajudá-los. A instituição dessa casa de doentes mentais foi mais uma forma para excluir os “alucinados” da sociedade “normal”, e mais, só eram aceitos os alucinados que estavam em fúria, para os outros doentes que assim não se

encontravam não tinham vagas, estas eram poucas e não davam conta da grande demanda que aumentava a cada dia.

A criação do Hospital-Colônia Juliano Moreira se deu num contexto em que o Estado da Paraíba se encontrava infestado de epidemias que atingiam especialmente os sertões do Brasil. Também a economia e salubridade das cidades paraibanas encontrava-se abaladas pela seca.

Dito isto, em junho de 1928, passando-se quatro anos desde a construção do edifício, erguido com verbas da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural, durante o governo do Dr. Solon de Lucena, foi inaugurado o “Hospital-Colônia”, com base na psiquiatria manicomial. A inauguração do Juliano Moreira prometia abrir uma era nova no tratamento da saúde mental na Paraíba, entretanto, conforme observa Junqueira (2016), com a transferência dos pacientes que existiam no Asilo da Cruz do Peixe para aquele hospital, transferiu-se igualmente o regime de prisão e os maus-tratos que existia no asilo da Cruz do Peixe. Apesar disso, o “Juliano Moreira”, por cerca de 70 anos, foi considerado o Hospício modelo da Paraíba, para onde eram transferidos os alienados de todo o Estado da Paraíba, inclusive, doentes mentais de outros Estados.

Nos dias atuais não é incomum encontrar instituições psiquiátricas funcionando ainda da mesma forma como antigamente. Temos que considerar e entender que os mesmos foram construídos, ao longo da história, considerando as possibilidades de cada época. Se pararmos para analisar os hospitais psiquiátricos perceber-se-á que os mesmos funcionavam como campos de concentração, espaços de sequestro, marcados pelas as mais diversas formas de violência. Tal modelo, entretanto, só foi contestado a partir dos anos 1970, quando o psiquiatra Franco Basaglia iniciou, na França, uma campanha de caráter antimanicomial. A Reforma Psiquiátrica defendida por Basaglia e que culminou, no Brasil, com o fechamento de grande parte dos manicômios é tema do capítulo a seguir.

2- Reforma Psiquiátrica no Brasil

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi fruto do “movimento sanitário”, que estava surgindo por volta dos anos 70, partindo das reivindicações dos Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Apesar do movimento que a antecedeu a Reforma Psiquiátrica teve sua própria história, pois a mesma estava inserida num campo de forças onde

as formas de apreensão acerca dos usuários que tinham problemas mentais eram desumanas, com práticas de violências, pois perpetuava-se nos manicômios brasileiros as práticas de sequestro, cujo objetivo era afastar os doentes mentais da “sociedade”, isolando de tudo e de todos, sem qualquer prática benéfica para os mesmos. As pessoas eram internadas de forma abusiva, opressiva, privadas de sua liberdade, ficando confinadas em lugares que se assemelhavam a cativeiros ou “campos de concentração”.

O movimento da Reforma Sanitária foi um passo importante, graças a esses movimentos que o direito a saúde foi conquistado. Para Mendes reforça dizendo que a Reforma Sanitária foi:

um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência e equidade, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (1994, p.42).

Tal conjuntura possibilitou a mobilização e participação dos movimentos sociais dos trabalhadores, saúde entre outras, buscando não apenas um direito específico e sim direitos coletivos na busca por uma universalidade e uma democracia para todos os cidadãos, sendo responsabilidade do Estado garantir o direito de todos. Na Constituição Federal de 1988, o SUS foi uma vitória importante, pois a Carta Magna garantia aos cidadãos, sem nenhum tipo de distinção, direitos iguais. MELO destaca que:

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil surge em um contexto muito peculiar e importante da história política do país. Após vinte anos de ditadura militar, o país inicia um movimento de democratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais vinculados a luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde Único universal, gratuito, igualitário e de qualidade (2012. p. 201)

Mas adiante nessa mesma linha PAGOT diz:

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também - e principalmente - uma

crítica estrutural ao saber e as instituições clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização. (2010. p. 87).

Ao longo dos anos 1980 movimento da Luta Antimanicomial ia crescendo cada vez mais, ao passo que as reivindicações ocorriam surgiu um incentivo a pluralidade de profissionais dentro dos hospitais psiquiátricos, sendo um marco para a entrada do profissional de psicologia na saúde pública.

Os movimentos sanitaristas e a Reforma Psiquiátrica estavam surgindo na época porque seus idealizadores estavam cansados de tantas opressões, os participantes dos movimentos buscavam-se juntos direitos que antes não eram assegurados pelo Estado.

A Reforma Psiquiátrica tinha como tema de luta: “Por uma sociedade sem manicômio” essas reivindicações foram crescendo cada vez mais. A Reforma Psiquiátrica foi um grito, apesar de ter como estopim a insatisfação dos profissionais, Trabalhadores em Saúde Mental, sabiam das atrocidades que aconteciam no interior dos manicômios, o movimento prometia mudança, superação, uma busca de direitos a todos os pacientes psiquiátricos e, principalmente, a superação do modelo hospitalocentrico para o tratamento psiquiátrico. Foi, portanto, a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) formado não só por eles, mas por trabalhadores que estava ligado ao movimento sanitário, e que contava com o apoio dos familiares e pacientes, sindicalistas, entre outros, que teve início a luta Antimanicomial no Brasil.

É importante destacar que os trabalhadores da área de saúde mental denunciavam o modelo de psiquiatria existente no país, pedindo melhorias na forma de reabilitação e capacitação no quadro profissional que deveria ser especialmente voltado para a promoção e respeito ao doente mental, um projeto de assistência à saúde, médica e hospitalar, assegurando aos usuários o direito à cidadania, a inclusão social e colocando o Estado como responsável pela efetivação desses direitos.

No Brasil uma experiência bastante impactante foi no hospício de Barbacena (Hospital Colônia de Barbacena) localizado na cidade de Minas Gerais, criado em 1903. Nessa instituição, conhecida como um dos manicômios mais cruéis na história brasileira, os pacientes, que em sua maioria eram pessoas que estavam em situação de rua, deficientes físicos, órfãos ou sujeitos considerados amorais, foram durante décadas tratados sem humanidade, obrigados a nudez, a dormirem ao relento, alimentando-se de comida estragada, bebendo água suja ou mesmo urina, recebendo como terapêutica eletrochoque. As torturas que eles sofriam eram tão violentas que chegavam a morrer por não aguentar tamanho

sofrimento e depois de mortos tinham seus corpos submetidos ao comércio, ou seja, os mesmos eram vendidos para as faculdades de medicina (ARBEX, 2013). Enfim, nesse lugar, que não era muito diferente dos demais manicômios brasileiros, aconteceu todo tipo de maldade contra seres humanos. E o motivo dessa desumanidade? Os pacientes que eram internados à força, eram doentes mentais, destituídos de seus direitos.

Foi depois da visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia à Barbacena que, baseado nas denúncias desferidas por ele acerca do que viu naquele hospício, teve início as campanhas para fechamento dos leitos daquele hospital, o que serviu como mais uma justificativa para a Reforma Psiquiátrica de caráter antimanicomial.

Em 1978 ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria que teve grandes influências sobre o pensamento psiquiátrico brasileiro, notadamente, quanto às suas práticas, buscando uma ruptura com o modelo manicomial.

Com a construção da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) partindo de uma lógica de direitos e deveres para toda a sociedade com isso se destaca as políticas públicas de saúde. Organizado entre gestão federal, estadual e municipal, onde o controle social será ligado diretamente aos Conselhos Comunitários de Saúde.

Muito lentamente a Reforma Psiquiatria ia chegando ao poder governamental, gerando documentos legais na defesa do tratamento para os pacientes com transtornos mentais. Podemos destacar a Constituição Federal, que em seu artigo 196 estabelece:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A implantação do Sistema Único de Saúde/SUS tem base nos seus princípios de universalidade, equidade, acessibilidade e integralidade. Na teoria o sistema consegue abarcar a todos os brasileiros de forma igual, de modo que todos teriam acesso a saúde. A prática, entretanto, é bem diferente. Efetivar todos esses direitos na prática tem sido uma tarefa difícil principalmente para aquelas pessoas que sofrem de transtornos mentais e, pior, para aquelas que vivem pelas ruas, que não estão nas estatísticas, que sofrem todos os tipos de violência, riscos e preconceitos por grande parte da população pois são sujeitos indesejável.

O primeiro momento marcante do movimento de Reforma psiquiátrica foi quando o Deputado Paulo Delgado (PT/MG) propôs uma lei de nº 3.657/1989 que regulamentava o direito daqueles que eram portadores de transtornos mentais, onde se tinha como objetivo a

extinção dos manicômios. A proposta buscava mudanças nas políticas de Saúde Mental no Brasil e a ruptura com as antigas práticas no tratamento psiquiátrico. Tal projeto tramitou no Congresso Nacional por 12 anos, vindo a se tornar Lei apenas em 2001, sob o nº 10.216 de 06 de abril, ficando conhecida como a “Lei de Paulo Delgado”. Esta Lei defende os direitos das pessoas com transtornos mentais, e recomenda a utilização de serviços de base comunitária. Mas esta não conseguiu sua finalidade precípua, que seria o fim dos manicômios, fornecendo apenas orientações de que os serviços nos hospitais manicomialmente fossem acionados só em último caso, quando o tratamento comunitário não fosse suficiente.

Na década de 90, enquanto o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado tramitava na Câmara, surgiram algumas soluções acerca da promoção da saúde mental, retirando de cena os hospitais que tinham como função o isolamento do paciente e trazendo os atendimentos comunitários, permitindo a circulação dos pacientes, tendo como suporte os serviços de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O objetivo dos CAPS é um tratamento individual com os pacientes através de rodas de conversas, oficinas e o tratamento terapêutico, um tratamento mais humanizado em que todos são respeitados, priorizando dar voz ao paciente, deixando o paciente ser o protagonista da sua própria história.

A partir deste momento começaram a ocorrer grandes eventos para discutir sobre o tratamento psiquiátrico no Brasil. E, aos poucos as propostas para a mudança chegavam aos âmbitos governamentais. Propostas estas que incluíam tratamentos extra hospitalares, trabalho interdisciplinar entre os profissionais, tentando, assim, novas opções para prestação da assistência psiquiátrica.

Segundo Anastácia Mariana da Costa Melo:

A psiquiatria democrática italiana foi o movimento que mais provocou mudanças na psiquiatria e nos dispositivos de tratamento em saúde mental, tendo influenciado diretamente os movimentos pelas reformas na psiquiatria no Brasil e no mundo. Esses serviços devem ser entendidos não apenas como um novo modelo de serviço, mas como estratégias que produzam uma ruptura com o modelo tradicional e hegemônico⁵ (MELO, 2012, pp. 204-205).

À medida em que o movimento de Reforma Psiquiátrica ganhava força houve grandes mudanças em relação aos meios de tratamento oferecidos à população em evidência. Surgiram novas opções de assistência, novos serviços, a expansão dos Centro de Atenção

⁵A psiquiatria democrática italiana foi a que mais se destacou no quesito das reformas no campo da psiquiatria no mundo, e teve como grande ator o médico italiano Franco Basaglia, o mesmo foi o diretor de um hospital psiquiátrico na Itália Basaglia, onde mesmo teve o início do processo de desinstitucionalização dos sujeitos com sofrimento psíquico.

Psicossocial (CAPS) e a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial. Esses serviços são representativos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Sobre a criação de tais serviços, narra Anastácia Mariana da Costa Melo:

O primeiro serviço substitutivo modelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) foi criado no Brasil em 1987 na cidade de São Paulo, sendo fruto de uma intervenção política e social da Secretaria Municipal de Saúde na Antiga Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes.

Essa intervenção produziu repercussão nacional, que demonstrou a real possibilidade de tratamento fora dos muros do manicômio. Nesse mesmo período foi implantado em Santos o primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) serviço substitutivo aberto 24 horas todos os dias da semana, com característica especial de acolhimento em crise. Foram criadas as residências terapêuticas, moradias para os egressos dos hospitais psiquiátricos, sem vínculos familiares. Também foram criadas cooperativas de trabalho e associações de usuários e familiares nesse contexto. As experiências iniciadas em Santos – SP foram de grande importância para a difusão nacional dos princípios da Reforma Psiquiátrica e apontaram a necessidade de abertura de novos serviços substitutivos no país (MELO, 2011, p. 5)

A implantação dos CAPS no Brasil, foi uma conquista de grande destaque, pois os CAPS têm como função um serviço comunitário, como diz a portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002:

Art. 1º – Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. § 1º – As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante. § 2º – Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território (BRASIL, 2004, P.31).

A Reforma Psiquiátrica tem como objetivo maior o cuidado com os pacientes para além dos muros de concreto ou de preconceitos que os cercam, retirando-os dos hospitais e colocando-os de volta para a comunidade. Sendo os CAPS uma estratégia desse movimento que deve se constituir num atendimento clínico diário e que deve estar situado na comunidade. De acordo com a portaria Nº 336, DE 19 fevereiro de 2002, o CAPS está constituído da seguinte maneira:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante (BRASIL, 2002).

Esses tipos de serviços oferecidos pelos CAPS vão se diferenciado pelo porte de cada município, ou seja, cada tipo de atendimento é direcionado para o tipo de serviço que o CAPS pode oferecer. Cada CAPS tem um tipo de atendimento especializado. Existe cinco tipos de serviços oferecidos pelos CAPS: CAPS I, CAPSII, CAPSIII, CAPSI, CAPSad.

Os CAPS I seu atendimento é de menor porte, pode funcionar em município de 20.000 e 50.000 habitantes. Tendo como suporte uma equipe mínima de até 09 funcionários, seu público alvo são os adultos com transtornos mentais severos ou persistentes.

Os CAPS II são de porte médio, atendendo a municípios com 50.000 habitantes. Seu público alvo é o mesmo do CAPS I a diferença é que conta com uma equipe de pelo menos 12 funcionários.

Os CAPS III são os serviços de maior porte, pode ter seus serviços em municípios com mais 200.000 habitantes. Os serviços prestados são de alta complexidade. Seu funcionamento precisa ser 24 horas por dia e todos os dias da semana, sendo incluídos sábados, domingos e feriados. Sua equipe de trabalho precisa ter no mínimo 16 pessoas que incluam nível médio e nível superior.

Os CAPS i tem como público alvo as crianças e adolescentes com transtornos mentais. Contando com uma equipe de 11 profissionais.

Os CAPSad seus serviços são direcionados a pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esse tipo de atendimento é muito procurado pois vivemos em uma sociedade que, a cada dia que passa cresce o número de pessoas que usam esses tipos de substâncias. Com o tempo essas pessoas começam a entrar em sofrimento psíquico, levando a sofrer com transtornos mentais relacionados ao uso de drogas.

Com a expansão do CAPS a Reforma Psiquiátrica brasileira parecia ir no rumo certo, infelizmente, com o passar do tempo, se observou que não há um investimento financeiro na criação desses Centros de modo a suprir as verdadeiras necessidades dos usuários dos serviços, como previsto nas leis, diretrizes e normas. Nesse sentido, entende-se que os

mesmos apresentam grandes limites ao efetivo tratamento das pessoas com saúde mental comprometida. Contudo, não há que se negar que estes serviços contribuíram, ainda que precariamente, para a diminuição das instituições manicomiais, onde os doentes eram totalmente excluídos do convívio social e maltratados.

Com a criação dos CAPS acreditava-se que haveria um grande avanço no cenário social, já que a população carente de cuidados psiquiátricos estaria abrangida por serviços que poderiam possibilitar uma assistência mais eficaz. Acreditava-se que haveria uma rede externa intermediária entre o hospital e a comunidade, viabilizando um melhor entrosamento entre os profissionais capacitados e a população necessitada, facilitando, assim, uma assistência mais adequada, com mais chances de controle da situação.

De todo modo, como foi observado antes, em 2001 foi aprovada a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Enfim, a loucura saiu dos manicômios e foi para as ruas, promovendo uma nova mudança na condição dos sujeitos ditos “loucos”, que agora passam a condição de sujeitos de direito.

De grande importância também foi a portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000, que instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos, a Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, que cria o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, o “De Volta para Casa”.

Apesar de ter ocorrido grandes avanços na legislação, não houve um resultado imediato na problemática do tratamento da saúde mental, pois os obstáculos não estavam somente nas leis, mas na consciência da população, nas suas concepções. Seria/é preciso uma reforma social, onde as pessoas pudessem/possam ter a conscientização daquela nova forma de tratar os sujeitos nomeados preconceituosamente como “loucos”. Essa parte social é muito delicada e difícil, pois até hoje, enfrentamos esse tipo de dificuldade, a sociedade ainda é muito preconceituosa em relação ao enfermo mental, não conseguiu modificar totalmente suas concepções tradicionais e antiquadas.

Hoje, o que se busca é que esses sujeitos ditos “loucos” existam na nossa sociedade na condição de cidadãos, usufruindo dos serviços de saúde, que lhes foram concedidos por direito, como qualquer outra pessoa.

Após vários movimentos e debates acerca da Reforma Psiquiátrica, só no ano de 2001 com a aprovação da Lei de 10.216 que se teve um grande êxito acerca do fim dos

manicômios. A mesma trazia mudanças acerca ao tratamento de pessoas que sofriam com transtorno mental. Essa lei em seu 1º artigo definiu com exatidão que:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

Na Paraíba os ares reformistas só começam a chegar em 2005, tendo como marco o fechamento de um dos maiores hospitais do Estado, conhecido popularmente como João Ribeiro, na cidade de Campina Grande. O mesmo foi reprovado pelas equipes reformistas devido as péssimas condições que apresentava. Tudo o que se era relacionado a infraestrutura, roupas, comidas medicamentos, enfim, havia uma série de fatores que tornava impossível permiti-lo funcionar. O ano de 2005 foi um marco histórico na Reforma psiquiátrica paraibana, principalmente para aqueles que, por muito tempo, foram obrigados a se submeter a tratamentos tristes e fortes.

3 - Reforma Psiquiátrica, saúde mental e população de Rua em Cajazeiras – PB

Durante esse tempo a gente aprende com eles. O resgate se dá a partir dos que se encontra em condição de rua, sem imposição e construindo juntos a conquista da pessoa, dos seus direitos e do seu próprio resgate. Como pastoral desejaria em todos os estudos de TCCS, não para expô-los, mas para servir de conquistas de direitos dos próprios moradores de rua que no momento atual visualizamos um desmanche de tudo que já foi conquistado como direito e que nas cidades pequenas esses nem existe.

(PASTORAL DE RUA ANO 2018)

O município de Cajazeiras está localizado no Sertão do Estado da Paraíba, na região Nordeste do país. De acordo com o censo do IBGE do ano de 2015 o mesmo tinha uma população de aproximadamente 58.446 mil habitantes e, estima-se que em 2017 atingiu uma população de 612.187 mil habitantes (BRASIL, 2015).

No município, não há dados acerca do número exato da população que se encontra na situação de rua, sabe-se, entretanto, que essa população, parcialmente desassistida pelo poder público, vem crescendo em decorrência de inúmeros fatores, tais como o uso de álcool e outras drogas, desemprego, prostituição etc., provocando o aumento não apenas de problemas

sociais relacionados à saúde mental, como fazendo aumentar os estigmas e violência contra os sujeitos nomeados como loucos de rua.

O marco da psiquiatria manicomial em Cajazeiras foi a inauguração, no ano de 1977, de uma clínica especializada no atendimento Psiquiátrico. Ali, na Clínica de Santa Helena, conhecida popularmente como a Clínica de Dr. Pessoa, o tratamento da doença mental consistia em isolar o paciente da vida social.

Até os ares da Reforma Antimanicomial chegar em Cajazeiras tinha-se a prática de enclausurar em manicômios as pessoas que sofriam de doenças mentais, chamados popularmente de loucos[as] ou doidos [as]. A Clínica Dr. Pessoa embora fosse de caráter particular, funcionava com convênio com o Estado. A Clínica era a única do Sertão paraibano, existindo no interior do Estado, atendendo tanto a cidade de Cajazeiras, como as cidades circunvizinhas. Além do Juliano Moreira e da Clínica Dr. Pessoa, estabelecimento do tipo, localizado em Campina Grande, o que se tronava inviável para os sertanejos, devido as longas distâncias.

De acordo com a matéria veiculada no Portal Cajazeiras Notícias (CZN) a Clínica Psiquiátrica Santa Helena, como parte das ações propagadas pela Reforma Psiquiátrica de 2001, fechou suas portas ao dia 31 de julho de 2014, depois de mais de 30 anos de atendimento manicomial na cidade de Cajazeiras. Embora na nota de esclarecimento dos responsáveis pela Clínica o fechamento seja motivado pela falta de incentivo da Secretária do Estado e da Prefeitura Municipal, entende-se que, na verdade o fechamento desse manicômio, se deu em função da Reforma Psiquiátrica de caráter antimanicomial, que vem acontecendo no país desde 2001, o que ocasionou a retirada de recursos das clínicas que mantinham os doentes mentais de regime fechado, havendo a substituição desse modelo pelos CAPS.

Na época do fechamento da Clínica, o Portal Diário do Sertão publicou uma entrevista realizada com o Dr. Pessoa, psiquiatra responsável pelo estabelecimento, acerca do fim dos internamentos de alienados. O psiquiatra respondeu que os internamentos não poderiam deixar de funcionar, visto que os hospitais psiquiátricos têm sua criação há mais de 700 anos e que o hospital jamais poderá deixar de existir. O médico explicou como se dava o atendimento para as pessoas doentes mentais:

[...] o primeiro atendimento deve ser feito no Posto de Saúde da Família (PSF), onde é detectado o problema, depois encaminhado para os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e não resolvendo passa para o serviço especializado de internamento. “Isso existe no mundo inteiro” (apud PORTAL DIÁRIO DO SERTÃO, 2014).

O mesmo portal também entrevistou uma enfermeira identificada como Maria do Carmo que afirmou que, “com o fechamento da clínica, muitos dos doentes que faziam parte da instituição hoje estão perambulando pelas ruas”. E completa dizendo que aquilo era “uma calamidade” (apud PORTAL DIÁRIO DO SERTÃO, 2014).

Seria no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que os ex-pacientes psiquiátricos buscariam os serviços de atenção em saúde mental como forma de substituição dos hospitais psiquiátricos, de modo a evitar a internação possibilitando, seu tratamento junto a família e da comunidade sem isolá-lo (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Nesse sentido, considere-se a função do CAPS:

Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005, p. 25).

3.1 Da pesquisa

A pesquisa se dará em torno dos moradores em situação de rua na cidade de Cajazeiras, notadamente, aquelas que se encontram com problemas mentais. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, onde foi realizada uma pesquisa de campo, onde além da observação cotidiana dos mesmos foram realizadas entrevistas orais acerca das histórias de vidas, com o fim de conhecer o que sentem, como sentem, os fatores que levaram tais sujeitos à condição de população de ruas, a [in]suficiências das políticas de saúde mental. Foram entrevistadas pessoas que diariamente convivem com estes sujeitos em situação de vulnerabilidade social, ajudando-os com alimentação, vestimentas, socorro médico, abrigo para dormir, entre outros. Duas Assistentes Sociais do CAPSad da cidade de Cajazeiras também colaboraram com a pesquisa.

Neste sentido, o trabalho de campo, como coloca Minayo diz que:

permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre o qual formulou uma pergunta, mas também estabelece uma interação com os “atores” que

conformam a realidade, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social (2012; p. 61).

A abordagem de pesquisa é do tipo qualitativa. Para Gil (1999) o uso desse tipo de abordagem possibilita uma melhor resposta acerca dos sujeitos pesquisados, um cuidado maior com o que está sendo estudado. Através da pesquisa qualitativa pode-se desvelar algumas das diversas faces da realidade social.

Os dados coletados por meio de entrevistas orais seguiram um roteiro semiestruturado. Os mesmos foram tratados exposto de forma descritiva, relatando situações, acontecimentos, sensibilidades, sabores, dissabores, fragilidades, riscos, lutas, preconceitos sofridos pelos sujeitos objeto do nosso interesse, dando a conhecer suas histórias.

Como corrente teórica para análise e interpretação de dados e informações foi escolhido o marxismo, que tem como suporte o método dialético que, segundo Gil (1998, p. 13) “ pode ser entendido com um método de interpretação da realidade” procurando sempre entender quais os processos históricos que levaram ao surgimento da questão que move o estudo, assim como, compreender os determinantes para que esses sujeitos se tornassem moradores de ruas e doentes mentais.

O interesse pelo tema chama a atenção por permitir ir além aquilo que é visível, por tratar de pessoas carentes de atenção, de cuidados, de respeito, de direito, enfim, por serem cidadãos em situação de vulnerabilidade. Desta forma a pesquisa acerca da realidade dos moradores de rua que sofrem de transtornos mentais, na cidade de Cajazeiras, trata-se de um fenômeno que perpassa as estruturas sociais e econômicas, são vidas marcadas pelo estigma da loucura e é a partir do lugar institucional de assistente social que surge o interesse de estudar por essa população, propondo refletir sobre a temática tendo como fundo o direito e acesso a saúde da população em situação de rua em sofrimento mental buscar compreender como os serviços de assistência social e saúde mental estão acolhendo essa demanda que acomete pessoas todos os dias e na cidade de Cajazeira.

Como corrente teórica para análise e interpretação de dados e informações é escolhido o marxismo que tem como suporte o método dialético que segundo Gil (1998, p. 13) “ pode ser entendido com um método de interpretação da realidade” procurando sempre entender quais os processos históricos que levaram ao surgimento da questão que move este estudo, assim como, compreender os determinantes para que esses sujeitos se tornassem moradores de ruas e doentes mentais.

Foi através de inquietação surgidas a partir de observações com pessoas que se encontrava em situação de rua que surgiram perguntas acerca dos cuidados realizados no município para essa população. Inquietação em saber o porquê a cada dia que se passava crescia o número de pessoas a viver nas ruas; inquietação em saber quais são as histórias de vida daqueles sujeitos, quais os motivos que os levaram a viver nas passagens, fazendo das ruas sua casa, seu meio de sobrevivência. Dito isto, convida-se o leitor a divagar pelas ruas de Cajazeiras afim de conhecer algumas experiências dos homens e mulheres que vivem nas passagens da cidade.

É importante destacar que esta pesquisa não foi realizada somente por pessoas que se encontra em situação de rua, mas também por pessoas que se encontra em situação de rua e que são usuárias do CAPSad de Cajazeiras PB. Mostrar todas as dificuldades encontradas em torno da pesquisa, visto que estamos falando de uma população que um dia se encontra em um bairro outro dia já não estão, pois, os mesmos não se fixam em um lugar específico e assim tornado mais difícil a pesquisa.

Notadamente são sujeitos que muitas das vezes não queriam de forma alguma participar da pesquisa e quando permitia participar respondia com poucas palavras as respostas e eram muito objetivas sem contar que eram poucos que participava da pesquisa. Destacar também a importância desta pesquisa dessa população, sujeitos que na sua maioria das vezes se tornam (in) visíveis para grande parte da população.

3.2 Limites e possibilidades da Reforma Psiquiátrica: ações de atenção à saúde mental dos moradores de rua em Cajazeiras-PB

Nós aqui não tem direito a nada não. As pessoas olha pra gente com preconceito sabe, e isso dói. Sabe porquê? nós não rouba, não mata, nós as vezes fica é dizendo aqui pras pessoas que cuida da gente pra não andar nos lugar que é perigoso. A gente aqui ver os olhar das pessoas com nojo da gente, é isso mesmo com nojo! Somos pessoas de bem irmã, sono pessoas que não fazemos mal pra ninguém. Passamos fome, mas, mesmo assim, a gente tudo aqui cuida um do outro. O que eu bebo, todo mundo aqui bebe e, o que um come, divide entende?

(GF, 2018).

A fala do nosso colaborador, identificado como GF que está em situação de rua, comove por trazer todo uma carga de sentimentos experimentados não penas por esse sujeito, mas por uma população que, na sua maioria, não escolheu viver nas passagens da cidade. As palavras de GF chamam a atenção para a forma como a população de Cajazeiras trata tais

sujeitos, com preconceito e indiferença. Aí se observa não apenas os estigmas que atinge tais sujeitos, mas como os moradores de rua absorvem os lugares de vítimas, muitas vezes desistindo de lutar por seus direitos, aceitando a condição de não-cidadão. Como já mencionado estar em situação de rua não é fácil, pois tal condição exige uma luta contínua pela sobrevivência.

Para quem vive nas ruas e passagens da cidade, a sobrevivência diária é sempre carregada de incertezas. Incertezas sobre o que comerão, sobre onde se abrigarão do frio, da chuva ou do sol escaldante do Sertão. Enfim, a luta pela sobrevivência nas ruas não é nada fácil e, tais pessoas, nem sempre escolheram viver nas ruas, pelo contrário, a maioria das pessoas, de acordo com GF, foram parar ali, devido as dificuldades que enfrentaram em suas vidas, o que os obrigou a se submeterem aquela situação.

Percebe-se que ao entrevistar a pastoral do povo de rua que são pessoas ligadas diretamente com esta população pois possui um trabalho digno de respeito é um trabalho corpo a corpo dia a dia como diz um (a) dos (as) entrevistados (as) segundo o (a) entrevistado (a) IP que compõe a Pastoral do Povo de Rua, o papel da Pastoral para esta população é de grande importância, pois os moradores de rua têm um contato muito próximo com os membros da Pastoral, conforme relata o nosso entrevistado:

A abordagem com esta população é apenas um dia, mas isso não quer dizer que os outros dias da semana não estamos no campo, pelo contrário, as necessidades que vão surgindo na semana, estamos sempre presentes, como por exemplo: adoece à noite acompanhamos. E... de acordo com a necessidade de cada um. Quando caem nas ruas, na sua maioria não tem documentos, é direito deles mas encontram barreiras para tirar um documento de identidade, pois é preciso se fazer um exame de sangue, só que na maioria das vezes encontram barreiras para fazer esses exames. Segundo a política dos moradores de rua existe um cadastro único, porém aqui não existe. Para eles, aqui, é inexistente. Somos 20 membros. No decorrer da semana ficam todos acompanhando, e assim existindo um contato muito próximo com a pastoral e as pessoas que estão morando nas ruas. Eles nos procuram quando necessitam de alguma coisa (IP 2018).

Percebe-se com a fala do (a) entrevistado (a) que existe uma população que além de viver nas passagens, excluídos do meio social, ainda são destituídos de direitos fundamentais, de modo que quando necessitam de alguma coisa, precisam recorrer a alguém que confiam para garantir um direito que já é seu. Também se observa na fala do colaborador IP, que as políticas sociais para os moradores de rua existem, entretanto, só no papel porque na prática não são suficientes, diz-se, estão defasadas.

Em entrevista realizada com a Pastoral do Povo de Rua da cidade de Cajazeiras foi perguntado qual a situação socioeconômica e cultural dos moradores de rua. Desejava-se

saber sua condição econômica, grau de ensino a que tiveram acesso, entre outros. A resposta da Pastoral para nossa surpresa foi a seguinte:

Existe pessoas de todas as formas. Ricos, pobres, analfabetos, formados e profissionais capacitados que, por situações diversas, seja ela afetiva, percas, drogas chegam a essa situação. Temos exemplos de morador de rua que é formado em engenharia e recentemente foi contratado por uma obra conveniada (PASTORAL 2018).

Como se percebe, entre os sujeitos que vivem nas ruas de Cajazeiras há pessoas de todas as camadas sociais, inclusive, sujeitos oriundos dos segmentos economicamente favorecidos da sociedade, que, tendo passado por perdas materiais e afetivas, não conseguindo superar suas dificuldades, acabaram indo parar nas ruas daquela cidade.

A Pastoral de rua diante das entrevistas realizadas percebe-se o quanto tem conhecimento sobre as pessoas que estão em situação de rua, digo isso pelo fato de entenderem e compreenderem tão bem esta população, pelo fato de terem uma intimidade muito próxima com eles. Como diz um dos integrantes na sua fala:

Pode ser o dia que for a hora que for estamos sempre atentos para ajudar seja como for, nosso trabalho como já falei não se resume em um dia e sim em todos os dias dessa população. Na maioria das vezes a população que não é de rua e encontra algum morador de rua jogado, ou doente eles nos procuram para dizer onde ele está ou até mesmos os próprios moradores de rua vêm até a pastoral pedir ajuda. Estar nas ruas não é uma opção desse sujeito pelo contrário são determinações que a vida os obrigada a viverem assim. Famílias que os abandona, não possuem rendimento fixo para sobreviverem, ou seja inúmeras situações adversas encontradas dentro desta sociedade individualista. (PASTORAL 2018).

Ora, sabendo que a renda mensal que os brasileiros recebem, na sua maioria, se resume ao salário mínimo, que se mostra insuficiente para suprir minimamente a cesta básica, deixando a saúde, educação, transporte, lazer, entre outras necessidades apenas nos sonhos na maioria da população brasileira. Ao considerar essa população em suas necessidades, observa-se, com facilidade, que se trata de uma população faminta, vivendo de forma desumana, que não conseguem pagar aluguel o que resulta, em muitos casos, na situação de viver em situação de rua. Tal situação, tem contribuído também para agravar alguns problemas sociais, tais como: o aumento do uso de drogas, álcool e, conseqüentemente, também o aumento do número de desempregados. São pessoas que não desistiram de dias melhores e buscam formas de poder sobreviver e, assim, se submetem a trabalhos pesados em troca de uma remuneração suficiente para pagar apenas uma refeição diária.

A pobreza é algo que está presente na vida dessas pessoas sendo ainda mais evidenciada nas vidas dos moradores de rua onde, na sua maioria, o capitalismo se aproveita desses sujeitos, dificultando o exercício da sua cidadania e, assim, oferecendo serviços que, em sua maioria engole essas pessoas. São trabalhos não remunerados e desumanos como relata alguns moradores de rua:

Eu trabalho, mas as pessoas se aproveitam de mim porque sabe que sou morador de rua. Aos sábados passo a manhã carregando feiras na cabeça ganhando 8,00 reais. Eu trabalho muito, chega fico com minha cabeça doendo, mas é bom porque assim eu compro umas coisas pra mim: bombom, chocolate e às vezes comida. Eu gosto de bombom! Eu trabalho pra comprar minhas coisas, mas essas pessoas deviam dar mais um pouquinho [de dinheiro] pra nós né? a gente trabalha tanto. (LM, 2018).

Aqui o povo fica se aproveitando de mim porque sou (vergonha) um pouco sabe senhora louco, aí eles me paga só o que querem, mas eu não sou doido não eu não era assim isso foi culpa das drogas, desse povo que vive aqui nessa cidade que não me vê como gente. BT, 2018)

O colaborador GF, por sua vez, desabafa sobre a falta de oportunidade de trabalhar:

Eu queria uma oportunidade de trabalho acho que só assim poderia melhorar da cabeça. Sou viciado nas drogas e não paro porque elas me ajuda a esquecer minha vida. Queria trabalhar, mas as pessoas não confiam na gente e quando precisa de nós é para um trabalho que ninguém que fazer e receber só um pouquinho (GF, 2018).

A condição de dependente químico, assumida por GF e BT, e, justificada como meio de esquecer as amarguras da sua vida difícil nas passagens de Cajazeiras, revela um problema de saúde que vem atingindo grande parcela da população brasileira, qual seja o consumo de álcool e drogas. Inclusive, em matéria divulgada pelo site R7, em 2015, o Brasil estava no ranking de consumo de drogas, atingindo um número de 2 milhões de usuários de crack⁶. O uso de drogas é responsável por alguns transtornos mentais tais como: depressão, irritabilidades e mesmo demências. Além dos danos que atingem diretamente a saúde mental e física dos usuários, o consumo de entorpecentes ocasiona a perda dos vínculos familiares, conforme já observado antes.

Tal fato é também um agravante para a saúde mental, levando o usuário a uma dependência cada vez maior. Dito isto, e tomando ainda o relato de GF, para quem o uso de

⁶ SITE R7. Epidemia de crack atinge dois milhões e coloca Brasil no topo do ranking de consumo da droga. Disponível em <https://noticias.r7.com/saude/epidemia-de-crack-atinge-dois-milhoes-e-coloca-brasil-no-topo-do-ranking-de-consumo-da-droga-29052017>. Acesso em 01/03/2018.

drogas não é compreendido como uma doença, mas como solução para os seus problemas, um refúgio. Chama a atenção o desejo de conseguir um o trabalho, o que, em sua visão, promoveria uma mudança de vida, ajudando-o a amenizar traumas que carrega. Nesse sentido, faz-se importante observar que a população de rua sofre com a diminuição de postos de trabalhos.

O mesmo colaborador, GF, assumindo um lugar de vítima da falta oportunidade de trabalho, reitera que é dependente químico devido aos preconceitos que sofre, conforme pode-se ler abaixo:

Uso logo os três tipos de drogas: craque, pó e maconha. Não tenho oportunidade de trabalho, as pessoas não olham pra mim como gente e sim como cachorro. Ninguém aqui me dá uma oportunidade de emprego porque eu sou morador de rua, por isso uso droga pra tentar esquecer esse mundo que eu vivo (GF, 2018).

Apesar das declarações do colaborador GF, acerca das dificuldades provocadas pela falta de confiança que ocasiona o desemprego ou barateamento da mão-de-obra entre esses sujeitos, não se pode deixar de salientar aqui que, a população de rua se caracteriza como uma mão-de-obra não qualificada. Ademais, além do preconceito que existe para com os moradores de rua, o que não é uma prática recente, a desconfiança de que se queixa é motivada também pelo uso de drogas.

Além da dificuldade de se manter no mercado de trabalho, a perda de laços familiares é um fator bastante delicado na vida dessa população que, em sua maioria, é marcada desde a infância, segundo relatos dos moradores, por conflitos familiares. Essa relação conflituosa com os parentes é um dos fatores responsáveis pelo adoecimento mental de muitos moradores de rua.

Apesar do discurso vitimista repetido por nossos colaboradores, chamou a atenção a insistência de GF para que fosse sublinhado no trabalho, a condição de invisibilidade dos moradores de rua. Tal fato sugere que, apesar de se atribuir a tais sujeitos a condição de sujeitos desassistidos pelo Estado, e principalmente excluídos pela sociedade, em condições miseráveis, essas pessoas são articuladas, revelando-se capazes de lutar por uma mudança social, conforme sugere GF durante a entrevista que nos concedeu. Essa articulação ficou em relevo durante toda a entrevista, quando o mesmo repetia insistentemente serem os moradores de rua [in]visíveis, pedindo para que isso fosse registrado na pesquisa.

Moça, coloca isso aí na pesquisa pra eles ver que a gente é gente. Pra quando a gente for pedir alguma coisa, diga se tem ou se não tem. Custa dizer isso? parece que não ver a gente. Eu só queria que essas pessoas que fica olhando feio pra gente ficasse no nosso lugar só um dia (GF, 2018).

GF é mais um entre milhares que vivem em uma situação de rua, buscando um olhar humano, um olhar de respeito. São exposições de vulnerabilidade, quebra de direito das mais diferentes formas, gerando ainda mais sofrimento emocional e físico. Inclusive, diariamente escutamos nos telejornais notícias de moradores de rua sendo mortos, agredidos, queimados... tais violações, que não são casos isolados, acontecem todos os dias e, apesar da intensa discursividade que se observa durante sua publicação nos diferentes canais midiáticos, juridicamente nada é feito para evitar tais crimes.

Sobre a suposta invisibilidade, entende-se que os mesmos são focos de vigilância constante por parte das autoridades de segurança e da população em geral, que apesar de evita-los os observa constantemente, medindo seus passos de modo que os mesmos não ofereçam riscos a sua segurança.

Contrariando a declaração de GF, os relatos de P.L. e MP revelam que apesar das inúmeras omissões das quais são vítimas, as políticas públicas de saúde mental os alcança, possibilitando o atendimento nas unidades dos CAPS. Claro, o fato de serem usuários daquele serviço não implica na efetivação de garantias e direitos, menos ainda na recuperação e ressocialização dos mesmos, o que se deve a fragilidade dos programas e a falta de incentivo dos gestores municipais, estaduais e federais. Dito isto, sobre a assistência à saúde, um dos colaboradores atendidos pelo CAPSad fez o seguinte relato:

É para falar sobre esse lugar? Deixa eu falar porque eu falo o que se passa por aqui. Tudo aqui é ruim, a comida e o lugar. Aqui deveria funcionar como um lugar que ofereça um ambiente bom. Tem dia que tem médico, mas tem dia que não tem, mas passa né? Deus olha a gente. (P.L., 2018).

Apesar da condição de situação de rua, de viver nas passagens da cidade, o fato de ser usuário do serviço de saúde mental oferecido pelo CAPSad, sugere um desejo de mudança, uma esperança de dias melhores.

A cerca da saúde mental, a colaboradora MP, relata o seguinte:

Minha saúde está 100%. Tenho 45 anos de idade e só fui no médico 2 vezes. O que falta pra mim é oportunidade de trabalho. Mas se a senhora quer saber sobre a minha cabeça essa não tá bem não, mais só tem um motivo, queria uma oportunidade de viver de outra forma a minha vida, mais as pessoas não deixa, não deixa eu trabalhar como as pessoas que trabalha aqui sabe, ganhando salário (risos) seria um sonho (MP, 2018).

MP, que também está em situação de rua, foi o único que arriscou dizer sobre a sua saúde mental, embora sua resposta se aproxime das respostas dos outros colaboradores, que aparentavam não ter discernimento, ou clareza sobre o seu estado de saúde. Respondendo objetivamente que estavam bem, que não iam muito ao médico e quando iam era quando estavam doentes, o que segundo os mesmos era uma raridade. É importante notar que, também MP, sugere em seu relato que seus problemas decorrem da falta de emprego.

Há, entretanto, muita omissão por parte dos gestores federais, estaduais e municipais em relação a esta população, que é excluída das políticas públicas por motivos diversos, conforme observou a assistente social do CAPSad de Cajazeiras. Segundo a Profissional AD, há, em parte, um esforço dos gestores em Saúde em atender os moradores de rua.

Temos muita dificuldade, não temos carros para fazer visitas domiciliares, visitar as famílias, a fragilidade na rede é muito comprometida, não temos apoio... praticamente somos limitados aqui. Os investimentos nessa área quase não existem. O que importa aqui é abrir as portas somente, dizer que no município existe uma CAPSad. Existem recursos que chegam até a prefeitura, mas infelizmente não chega onde deveria chegar (PROFISSIONAL AD, 2018).

O relato da Profissional AD, deixa em relevo os limites da Reforma Psiquiátrica Brasileira, notadamente, no que diz respeito ao atendimento da parcela populacional que vive nas passagens da Cidade.

Ao perguntar ao assistente social se no CAPSad tinha algum tipo de educação continuada o (a) mesmo (a) me relatou que existiu, mas com a falta de frequência dos usuários houve o cancelamento dessa atividade, o que levou ao fracasso de uma atividade tão importante.

Percebe-se diante da entrevista que há uma luta dos profissionais capacitados para os serviços de saúde mental, em dar conta de seus projetos, mas diante de tantos obstáculos os mesmos se sentem incapazes de avançar.

Perguntando a outro profissional sobre como se inicia o acompanhamento de um usuário nos serviços do CAPSad ele (a) respondeu:

Através da triagem, demanda espontânea. Existe usuários de outros municípios com encaminhamento ou espontâneo. E, em seguida, o mesmo é encaminhado para o profissional psiquiátrico. Trabalhamos em equipe, sempre pautados em embasamentos sólidos. (PROFISSIONAL M, 2018).

Como pode ser notado no relato do Profissional M, há uma equipe devidamente engajada, planos e projetos, entretanto, os mesmos são, muitas das vezes, freados pelos [des]interesses políticos, o que faz com que as questões de saúde mental da população que se

encontra em situação de rua e assim não sendo prioridade dos governos, passando esquecidas fazendo com que o trabalho profissional fique comprometido e não saia dos papéis. Diante disso o (a) profissional M, do CAPSad, deixa claro que:

Não queremos mudar a sociedade, queremos amenizar minimamente o sofrimento desta população que se encontra tão desassistida, tanto por seus familiares, como pela sociedade e, principalmente, pelo Estado que não faz nada para mudar essa realidade. Queremos que todos os seus direitos sejam concretizados, saindo do papel. Nossa busca aqui não está pautada em projetos bonitos para engradecer governos, pelo contrário nossa busca está em projetos idealizados e realizados para engrandecer sujeitos de direitos, garantidos na Constituição. Lutamos por mais investimos nos serviços de saúde, por equipamentos que nos de liberdade de dar continuidade ao nosso trabalho (PROFISSIONAL M, 2018).

Sublinhe-se que, apesar de ser garantido por lei, direitos fundamentais a qualquer cidadão brasileiro, na prática, as populações flutuantes, são desassistidas pelo Estado, que ao burocratizar os serviços de atendimento à saúde, por exemplo, excluem tais sujeitos das políticas públicas.

No Artigo 2º e 3º da Lei 10.216/2001 diz quais os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e quais os direitos do Estado quando da efetivação das políticas públicas que constitui a saúde mental:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Infelizmente no papel tudo é bonito, mas partindo para a prática não é a mesma coisa. Na maior parte dos municípios brasileiros não é prioridade dos gestores investir na assistência à saúde mental. Os programas de Assistência, passam por uma crise em seus recursos, excluindo, assim, pessoas que por direito poderia estar usando-os. Segundo os profissionais do CAPSad de Cajazeiras a rede de atenção à saúde mental está bastante defasada para a realização dos seus projetos, pois encontram bastante dificuldades em suas execuções.

Não podendo dizer mais sobre o assunto, resta observar que para compreender o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil até os dias atuais é preciso se fazer uma reflexão sobre como estão esses sujeitos, como o Estado investe na promoção e na autonomia. Enfim, entre os desafios que são postos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, pode-se elencar a necessidade de formar recursos capazes de dá sustentação a luta antimanicomial, e pela promoção da saúde mental inclusiva, poucos investimentos por parte dos governos dificultando ainda mais o processo de ressocialização.

Enquanto os direitos sociais não for prioridade dos governos jamais a reforma psiquiátrica será alcançada por todos, pois ativamente haverá um rompimento com o saber/fazer tradicional da psiquiatria e a construção de um novo saber/fazer baseado nos princípios éticopolíticos do doente mental como cidadão. A entaves, barreiras e grandes desafios. É preciso ter coragem, e muita competência. É preciso vontade para enfrentar o cuidado ao doente mental, como diz a assistente social do CAPSad “o cuidado destes se faz no cotidiano de suas vidas, na luta pelo seu direito, no encontro com a diferença”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho nos permitiu chegar a algumas conclusões.

Em relação à saúde mental verificamos que apesar dos limites impostos pela falta de recursos, houve um avanço significativo nas últimas décadas, notadamente no que se refere as ações públicas em saúde mental, observando-se a partir da Reforma Psiquiátrica uma maior participação do Estado e da sociedade civil que se engajaram mais, tentando encontrar alternativas para a problemática da saúde mental e para a inclusão dos doentes mentais.

Também se observou que mesmo com tantos projetos e políticas públicas, que se multiplicaram nas últimas décadas, o índice de pessoas em situação de rua no Brasil é alto, a pesar de não haver um censo que contabilize esta população, é fato que o número de pessoas que vivem nas passagens tem crescido dia-após-dia, o que é consequência não só das péssimas condições econômicas de parcela da população brasileira, como também resulta do uso abusivo de álcool e drogas, o que é considerado questão de saúde, mas tratado como problema de segurança, apenas. Isso revela a insuficiência das políticas públicas de saúde mental no Brasil.

Considerando o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, entende-se que o bom andamento do processo de reintegração dos doentes mentais à sociedade é barrado, ainda nos dias atuais, pelo preconceito, pois infelizmente ainda vivemos em uma sociedade julgadora, discriminatória, conforme se observou nos relatos dos nossos colaboradores.

Ao dar voz aos moradores de rua, podemos conhecer seus sentimentos, suas articulações, enfim o que pensam e como agem autonomamente. Observou-se que os moradores de rua têm medo de se envolver na sociedade, pois se sentem recriminados e geralmente considerados seres sem importância, sem relevância social. Isso afeta bastante seu mundo interior, desmotivando-os, castrando as esperanças de terem seus direitos como qualquer outro cidadão, de ter um trabalho digno, que os possibilite suprir suas necessidades básicas.

A maneira como este problema é compreendido pela população que não está nessa situação é expressada pelo preconceito. As pessoas tendem a criminalizar aqueles que estão vivendo em situação de risco social, achando que são apenas “mendigos”, que estão nesta condição porque querem. Ocorre que esse pensamento dificulta o processo de enfrentamento desta realidade, pois o preconceito pode muitas vezes impedir essa parcela da população de

acessar seus direitos, sendo que estes podem contribuir para a mudança de sua realidade. Resta que os gestores e a sociedade façam sua parte para garantir a inclusão e o acesso de tais sujeitos aos serviços de saúde mental, o que representará um ganho para toda a população.

O sistema público de saúde não é de agora que vem em crise e se arrastando por muitos anos e isso não é desconhecido por ninguém, tão pouco não é assunto atual. Desde a Reforma Psiquiátrica ocorrida como já falada anteriormente em 2001 que tinha como bandeira de luta o fim dos manicômios em todo o país, sendo substituído por estrutura que desse suporte ou melhor dizendo que fossem substitutivos dos hospitais, isso ainda vem passando por entraves na luta para que a reforma psiquiátrica alcance todos e seja um interesse dos governos, mais infelizmente esses locais estão ficando cada vez mais sucateados impossibilitando o direitos desses sujeitos e de profissionais que se doam na busca pelos direitos de todos os cidadãos que necessitam desses serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, João Ferreira: **Bíblia Sagrada – Harpa Cristã**. Baruri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil, Rio de Janeiro: Casa Publicadora das Assembleias de Deus, 2010.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- ARBEX, D. Holocausto Brasileiro: **Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2013.
- MELO, Anastácia Mariana da Costa. ANAIS DO 5º SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS- TEMA CENTRAL As políticas nas transições Latino-americanas no século XXI. 2011. Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2358/2860>. Acesso em 01 de fevereiro de 2018.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização Paulo Amarante: tradução Joana Angélica d'Ávila Melo – Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**. 3ª ed- São Paulo: Cortez, 2011.
- BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e monitoramento e da outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 10 de janeiro de 2018.
- _____. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Sumário Executivo. Brasília, DF, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 10 janeiro. 2018
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2010). Primeiro censo e pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. **Cadernos de estudos: desenvolvimento social em debate**, 13, 94-99.
- _____. Ministério BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: 05 de janeiro de 2018.

_____. **Constituição** (1988). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf. Acesso em: 05 de janeiro de 2018.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso realizado em 10 fevereiro de 2018.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 Área Territorial Brasileira - Consulta por Município». <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>. Consultado em 10 de fevereiro de 2018. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 Área Territorial Brasileira - Consulta por Município». <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>. Consultado em 10 de fevereiro de 2018.

BULLA, L. C.; MENDES, J. M. R.; PRATES, J. C. (Orgs.). **As múltiplas formas de exclusão social**. Porto Alegre: Federação Internacional de Universidades Católicas: EDIPUCRS, 2004.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Cidadelas da ordem**. A doença mental da República. SÃO Paulo: Brasiliense, 1990.

EL PAÍS, BRASIL. **Seis brasileiros concentram a mesma riqueza que a metade da população mais pobre**. Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2017/09/22/politica/1506096531_079176.html. Acesso em 20/01/2018.

FERRAZ, Flávio Carvalho. **Andarilhos da Imaginação**: Um estudo sobre os loucos de rua. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na Idade clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 2008.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.

MELO, Anastácia Mariana da Costa. Apontamentos sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 2012. Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2358/2860>. Acesso em. 05.01/2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 32 ed. – Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro. **No meio da rua – nômades, excluídos e viradores/ Marcel BURSZTYN, organizador; Rio de Janeiro: Garamond, 2003.**

PAGOT, Angela Maria. **O louco, a rua, a comunidade**: As relações da cidade com a loucura em situação de rua - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PORTAL DIÁRIO DO SERTÃO
<http://www.diariosertao.com.br/noticias/cidades/55735/apos-38-anos-clinica-de-cajazeiras-e-fechada-e-proprietario-diz-pacientes-estao-nas-ruas.html>. Acesso no dia 14 de fevereiro de 2018.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 42(1): 127-34, 2008.

SITE R7. **Epidemia de crack atinge dois milhões e coloca Brasil no topo do ranking de consumo da droga.** Disponível em <https://noticias.r7.com/saude/epidemia-de-crack-atinge-dois-milhoes-e-coloca-brasil-no-topo-do-ranking-de-consumo-da-droga-29052017>. Acesso em 01/03/2018.

SILVA, M. S., & ZANELLO, V. M. (2010). Religiosidade e loucura: A influência da religião na forma como o “doente mental” enfrenta a doença.

VIEIRA, M. da C.; BEZERRA, E.M.R.; ROSA, C.M.M. (Orgs.). **População de rua: quem é? Como vive? Como é vista?** São Paulo: Hucitec, 1994.

APÊNDICE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

TERMO DE COMPROMISSO

Eu **Cílija Oliveira do Nascimento**, Discente do curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Campina Grande- **UFCG**, pesquisador (a) responsável pelo Projeto VIDAS QUE PEDEM SOCORRO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE CAJAZEIRAS-PB, comprometo-me a observar e cumprir as normas da Resolução 466/12 do CNS em todas as fases da pesquisa.

Sousa, 25 de janeiro de 2018

CÍLIJA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

Pesquisador Responsável

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar de pesquisa intitulada ***VIDAS QUE PEDEM SOCORRO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE CAJAZEIRAS***, que está sendo desenvolvida sob a coordenação e orientação da Professora Dr^o Helmara Giccelli Formiga Wanderley, em conjunto com a aluna Cílija Oliveira do Nascimento.

Este estudo será realizado com profissionais dos CAPS, Dona Socorro pessoas que estão em situação de rua e/ou seus familiares, maiores de 18 anos, selecionados aleatoriamente e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Sua participação neste trabalho consiste em conceder entrevistas, realizadas com auxílio de gravador de voz.

Os riscos previstos na sua participação neste estudo são o constrangimento e/ou desconforto em falar sobre suas experiências/vivências cotidianas nos CAPS, entretanto, respeitando-se os preceitos éticos, caso o senhor (a) venha a sentir alguma espécie de desconforto ou constrangimento ocasionado pela coleta de dados desta pesquisa, a mesma será imediatamente interrompida. A fim de evitar e/ou minimizar o possível constrangimento, os professores responsáveis se colocam a disposição do (a) senhor (a) para esclarecer qualquer dúvida ou para resolver qualquer questão, durante todas as etapas da pesquisa.

Apesar da existência de riscos mínimos na coleta de dados, os benefícios oferecidos serão superiores. Como benefícios proporcionados pelo presente estudo cite-se que as informações que resultarão da pesquisa poderão contribuir para o aprimoramento das práticas de inclusão social dos sujeitos que sofrem de transtornos mentais e, ainda, para a o aperfeiçoamento dos CAPS.

Posteriormente à sua participação no estudo, você receberá um material informativo sobre os usos das informações prestadas, ficando o pesquisador responsável permanentemente à sua disposição para prestar informações sobre o andamento da pesquisa, resultados, bem como para quaisquer esclarecimentos ou orientações que você julgar necessários em relação ao tema abordado.

Informamos que a sua participação é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com os/as pesquisadores[as], nem tampouco receberá nenhuma remuneração por isso. Você tem o direito de decidir não participar do estudo, ou de resolver desistir da participação no mesmo a qualquer momento, sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento.

Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção de sua imagem, sua privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas (artigos, livros etc.), porém sua identidade não será divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam a sua identificação.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual conteúdo, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por um dos colaboradores da pesquisa, por um dos alunos pesquisadores e pela coordenadora da pesquisa. O (A) senhor (a) receberá uma das vias e a outra ficará arquivada com os responsáveis pela pesquisa.

Não é previsto que o (a) senhor (a) tenha despesas na participação da referida pesquisa ou em virtude da mesma, todavia, caso o (a) senhor (a) venha a ter qualquer gasto em decorrência de sua contribuição neste estudo, será plenamente ressarcido. Ressaltamos ainda que, no caso de eventuais danos acarretados pela participação no presente estudo, o (a) senhor (a) será indenizado na medida do dano sofrido.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV.3. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Cílija Oliveira do Nascimento.

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa ***VIDAS QUE PEDEM SOCORRO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE CAJAZEIRAS***, e após ter lido os esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu

_____ estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para os fins da pesquisa, estando ciente que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

Cajazeiras-PB, __/__/__.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura da Aluna Pesquisadora

Contato da pesquisadora responsável:

Profa. CÍLIJA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

Endereço: Professora Izaneide Bandeira, Cajazeiras-PB

Telefone: (83) 99114-1154

E-mail: cilija@live.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

APÊNDICE 1 - Roteiro de entrevista com usuários:

- 1- Qual o seu nome?
- 2- Qual a sua idade?
- 3- Como você veio morar nas ruas? Ou o que o levou a viver nas ruas?
- 4- Você tem familiares na cidade? Se sim, com que frequência você os vê? Ele o ajuda?
Há interesse da parte deles para você não voltar ao seu lar?
- 5- Como é a sua vida nas ruas?
- 6- Como você é tratado pelas pessoas nas ruas?
- 7- Você já sofreu alguma violência nas ruas?
- 8- Como você faz para se alimentar?
- 9- Você pode falar como está a sua saúde agora?
- 10- Você está sendo atendido em algum serviço de saúde?
- 11- Você pode contar como chegou a esse serviço?
- 12- Você sente falta de algo?
- 13- É dependente químico?
- 14- Você sente falta da sua família?
- 15- Você sofre algum tipo de preconceito?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

APÊNDICE 3 - Roteiro de entrevista com profissionais

- 1- Quando este serviço CAPS iniciou seus trabalhos nessa cidade de Cajazeiras?
- 2- Você pode falar sobre as ações desenvolvidas pela equipe (s) nessa cidade de Cajazeiras?
- 3- Como a equipe se organiza para a atuação do seu trabalho?
- 4- Você pode descrever a composição da (s) equipe (s)?
- 5- Como se inicia o acompanhamento de um usuário nesse serviço?
- 6- Há alguma atividade de educação continuada?
- 7- Em sua opinião, quais são os principais desafios presentes para o desenvolvimento do trabalho dessa (s) equipe (s)?
- 8- Você poderia relatar um caso, que você acompanhou ou acompanha e que ficou marcante em sua experiência de trabalho?
- 9- Vocês têm conhecimento sobre a existência de usuários de drogas/dependentes químicos nas ruas de Cajazeiras? As equipes do CAPS atendem estes sujeitos? Se não, porquê? Se sim, como?
- 10- Há um esforço dos gestores em Saúde em atender tais sujeitos?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

APÊNDICE 4 - Roteiro de entrevista com a pastoral

- 1- Há quanto tempo você faz esse trabalho?
- 2- O que a motivou a fazer esse trabalho junto à população que se encontra em situação de rua?
- 3- Quais as principais dificuldades?
- 4- Você é auxiliada por alguma instituição filantrópica, política, de caráter religioso, particulares etc.?
- 5- Como é o seu trabalho junto a população de rua?
- 6- Você atende a usuários de drogas e doentes mentais?
- 7- Quais as maiores dificuldades que você enfrenta para realizar esse trabalho?
- 8- Quantos dias da semana você dedica a fazer esse trabalho?
- 9- Você já foi agredida por algum morador de rua? Se sim, isso provou medo?
- 10- Você tem conhecimento de algum morador é usuário do CAPS?
- 11- Conhece algum morador de rua que se recuperou e voltou a viver com seus parentes e/ou ter uma vida social na cidade?
- 12- Entre as pessoas que moram nas ruas há algumas que executam trabalhos para se manter?
- 13- Você sabe dizer se entre os moradores de rua há criminosos? Se sim, sabe dizer se o time de crime está relacionado ao uso de drogas?
- 14- Como a polícia e os promotores de justiça atuam juntos a população de rua?
- 15- Você acredita na recuperação de tais sujeitos?
- 16- Você sabe dizer qual é a situação socioeconômica dos moradores de rua, tipo se são ricos, pobres, analfabetos, formados e etc.?
- 17- Você tem algum relato para contar que chamou a sua atenção durante o tempo que passa com essa população?