



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIA JURÍDICA E SOCIAIS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**MOISÉS ELIAS CASIMIRO**

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SAÚDE MENTAL, ASSISTÊNCIA SOCIAL  
E FILANTROPIA NA CIDADE DE SOUSA – PB, DURANTE A PANDEMIA DE  
COVID-19**

**SOUSA – PB  
2023**

MOISÉS ELIAS CASIMIRO

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SAÚDE MENTAL, ASSISTÊNCIA SOCIAL  
E FILANTROPIA NA CIDADE DE SOUSA – PB, DURANTE A PANDEMIA DE  
COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Grau em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande do Estado da Paraíba – UFCG, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira

SOUSA – PB  
2023

C339p

Casimiro, Moisés Elias.

População em situação de rua: saúde mental, assistência social e filantropia na cidade de Sousa-PB, durante a pandemia de Covid-19 / Moisés Elias Casimiro. – Sousa, 2023.

70 f.

Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, 2023.

"Orientação: Profa. Dra. Helmara Gicelli Formiga Wanderley Junqueira".

Referências.

1. População em Situação de Rua. 2. Adoecimento Mental. 3. Reforma Psiquiátrica. I. Junqueira, Helmara Gicelli Formiga Wanderley. II. Título.

CDU 364.682.42(043)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA MARIA ANTONIA DE SOUSA CRB-15/398

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIA JURÍDICA E SOCIAIS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MOISÉS ELIAS CASIMIRO

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SAÚDE MENTAL, ASSISTÊNCIA SOCIAL  
E FILANTROPIA NA CIDADE DE SOUSA – PB, DURANTE A PANDEMIA DE  
*COVID-19***

Comissão examinadora:

---

Professora  
1º Orientadora

---

Professora  
2º Examinadora

---

Professora  
3º Examinadora

SOUSA – PB  
2023

Aos meus avós maternos em saudosa memória, Raimundo Pedro  
Marinho e a Maria Elias. Aos meus pais, José Casimiro e a  
Francisca Elias Casimiro. Aos meus irmãos, Daniel, Salmo,  
Davi, Fernando e Raimundo.

**Dedico!**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, que ao longo de todo o processo não somente acadêmico, mas também de minha vida permitiu que mais um sonho, ao qual Ele mesmo sonhou para mim se realizasse. Ele é aquele que me amou primeiro. O meu vocabulário é insuficiente para tamanha gratidão a ti Jesus. Ainda que eu dominasse todas as teorias, ciências, idiomas e até mesmo a língua dos anjos e santos, mesmo assim não saberia descrever em uma única palavra o sentimento de gratidão que agora aquecem o meu ser. Por isso, te digo Senhor, obrigado.

De maneira especial e com lágrimas nos olhos, agradeço a Nossa Senhora, ou seja, a Maria Santíssima a quem sou consagrado. Tudo o que sou é teu, mãe. Nada me pertence. Obrigado por todas as vezes que a ti recorri, fui merecedor de tamanhas graças, não por merecimento próprio, mas pelo teu infinito amor. Não poderia passar por este momento sem deixar nessa entre linhas o meu agradecimento a ti mãezinha. Obrigado mãe!

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. De uma maneira muito especial, a mainha, que é meu porto seguro, minha base, minha fortaleza, meu norte, meu aconchego. És o colo mais gostoso, o abraço mais acolhedor, o meu lar e a minha morada. De 100 vidas que eu tivesse, em todas elas queria o prazer de ser teu filho. Obrigado, mainha!

Obrigado aos meus irmãos pelo apoio e o incentivo se sempre. Saibam que cada um de vocês foram e são os melhores personagens em todos os momentos de minha vida, sobretudo, nesse em especial. Aprendi muito e continuarei aprendendo com cada um de vocês, pois por ser o caçula da família, tenho em vocês aquele sinal de referência. Não me canso de falar o quão amo vocês. Ao invés de três, sono os seis mosqueteiros, ao qual sempre fomos nós por nós mesmos.

Aos meus avós maternos em saudosa memória, aos quais sou imensamente grato pela minha formação enquanto pessoa e também por todo apoio e incentivo para que eu estudasse e hoje pudesse ocupar esse lugar na graduação do ensino superior. Obrigado papai (avô materno), pela referência de honestidade e integridade que sempre me passara. Nos últimos anos nossa relação se estreitou ainda mais e foi aí que lhe atribui o codinome de Meninão. Meu Meninão, como costumava lhe chamar. Te amo papai! Obrigado por tudo, Meninão!

Agradeço a mamãe (avó materna), por todos os ensinamentos e por todo amor de sempre. Sentia-me o neto mais amado do mundo ao seu lado. Toda essa minha relação com a vida religiosa tem muito a influência da senhora, que sempre me levava as missas aos domingos à noite. Nos últimos anos, lhe atribui o codinome de Bebê. Meu Bebê. Te amo mamãe! Obrigado por tudo, meu Bebê!

Toda essa conquista é nossa, meus amores. Parafraseando a letra de uma música, todas as vezes que a saudade é tamanha de vocês dois, olho para cima e vejo duas estrelinhas que hoje é a morada de vocês. E, mesmo que de tão longe, vejo que brilham muito mais quando me veem. Amo vocês!!!

Agradeço aos meus amigos, pelo apoio de sempre. Em especial, meu muito obrigado cheio de carinho e de amor a Emanuel (meu primo/irmão), a Elizângela/Elisangela (Danda) e a Lurdinha (minha cunhada). Vocês são a prova viva da providência divina em minha vida. São os presentes mais especiais e valiosos que a vida se encarregou de embrulhar e me dar. Amo vocês. Gratidão.

Em especial, não poderia deixar de fora desses agradecimentos, você que nos últimos anos apareceu em minha vida, assim como os anjos aparecem na vida das pessoas como um sinal da presença de Deus. Você é esse anjo enviado pelo Senhor e pela Virgem Maria para ser luz em minha vida. É de você mesmo que estou falando, Eudígenes. Obrigado por tudo, viu!

Agradeço também a mulher, amiga, filha, mãe, esposa, professora e também orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helmara Gicelly Formiga Wanderley Junqueira, pela confiança, paciência, dedicação e boa vontade em orientar esse seu aluno aqui. Agradeço pela partilha, companheirismo e pelo acolhimento de sempre para comigo. Obrigado por abrir espaço em sua vida, não só enquanto professora, mas também enquanto pessoa. Obrigado também por abrir as portas de sua casa e de sua família. Eu sempre costumo dizer que tinha que ser a Sra. Prof.<sup>a</sup> Helmara, quero que saiba que esse trabalho é tão seu quanto meu, pois é fruto de um trabalho nosso, feito em conjunto. Deus é um ser muito incrível, sempre tem colocado em meu caminho mulheres tão iluminadas assim como a Sra. Acredito fielmente que as relações as quais estabeleço com as mulheres advém desse meu lado religioso, fruto da consagração com Maria Santíssima. Ela sempre me colocando enquanto bendito entre elas. Obrigado de coração prof.<sup>a</sup> Helmara por tudo! A Sra. foi e é uma das personagens fundamentais dessa etapa tão importante de minha vida. Saiba que se pudesse outra vez escolher um professor orientador, não teria dúvidas que escolheria a sra. Finalizo essas palavras de agradecimento a Sra., fazendo um pedido, sei que sua missão é árdua, mas continue sendo essa luz na vida de tantos outros Casimiros. A educação necessita de professores assim como a Sra., que faz a diferença na vida dos seus alunos. Louvo a Deus a Nossa Senhora pela sua vida. Gratidão!!!

Aos meus ilustres professores, olá paciência, respeito, partilha, entrega, dedicação e pela amasia-se que construímos ao longo desse processo de formação. Louvo a Deus pelo dom da vida de vocês.

Aos meus colegas e amigos que o curso me proporcionou conhecer. Obrigado a minha turma. Saibam que fio um prazer imenso partilhar com vocês todas as manhãs.

De maneira muito especial, sou grato a Deus e a Virgem Maria pelas duas amizades que levarei dessa jornada de graduação, Cleonice e Rayane, ao qual de modo carinhoso as chamo de Cléo e Ray. Obrigado meninas pelo acolhimento, pelo carinho, pela partilha, sobretudo, pelo escancarar das portas não somente do coração e da vida de vocês, mas também das portas da casa, do lar e da família de vocês. Gratidão minhas meninas superpoderosas.

A instituição UFCG - Campus Sousa/PB e a todo quero de funcionários pelo trabalho realizador diariamente, buscando sempre contribuir no processo de ensino e aprendizagem.

Aos funcionários que compõe a coordenação do curso de Serviço Social pelo incentivo e apoio de sempre.

A todos que direta e indiretamente fizeram parte de todo esse processo de minha formação, meu muito obrigado.

Chego ao final desse processo com orgulho do que me tornei e cheio de esperanças por tudo que ainda alcançarei nesse novo ciclo que agora se inicia. Amém!!!



## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise sociopolítica da população em situação de rua da cidade de Sousa – PB, em relação as suas condições de saúde e saúde mental. Logo, buscou-se ao longo do trabalho fazer reflexões teóricas e práticas a respeito do modelo de atenção em saúde mental, assim como, do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil. Ademais, o trabalho buscando corresponder aos objetivos propostos e considerando as questões em que a população em situação de rua estão inseridos, tratou-se de compreender e entender os limites da Assistência Social para essa população, bem como, a atuação da Casa de Misericórdia junto as essas pessoas em situação de rua na cidade de Sousa – PB. Quanto aos aspectos metodológicos, a pesquisa caracteriza-se por ter abordagem qualitativa e explicativa, possui natureza social e tem como técnicas e procedimentos a observação, a utilização de entrevistas semiestruturadas e a revisão bibliográfica. Visando alcançar os objetivos até então propostos foram realizadas entrevistas com aplicação de questionários com Assistentes Sociais da cidade de Sousa e voluntários da Casa de Misericórdia. No que se refere ao aporte teórico, os dados foram analisados a partir do método histórico-dialético de Marx.

**Palavras-chave:** População em Situação de Rua. Adoecimento mental. Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

The objective of this work is to carry out a sociopolitical analysis of the population in the street in the city of Sousa – PB, concerning health and mental health conditions. Soon, I have been looking for theoretical and practical reflections throughout my work regarding the mental health care model and the psychiatric reform movement in Brazil. In addition, the work seeking to correspond to the proposed objectives and considering the questions in which the population in the street situation is inserted tried to understand the limits of Social Assistance for this population, well as, the performance of a Misericord House together These people are located on the street in the city of Sousa – PB. Regarding the methodological aspects, the research is characterized by its qualitative and explanatory approach, has a social nature and issues such as techniques and procedures for observation, the use of semi-structured interviews and a bibliographic review. Aiming at reaching the objectives within these proposals, we conducted interviews with the application of questionnaires with Social Assistants from the city of Sousa and volunteers from Misericord House. Not that it refers to the theoretical contribution, but the data are analyzed from the historical-dialectical method of Marx.

**Palavras-chave:** População em Situação de Rua. Mental adoecciment. Psychiatric reform.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPITULO 1</b>	<b>14</b>
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERMO SAÚDE MENTAL E DO SURGIMENTO DA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	14
1.2 MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	19
1.3 MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SOLO PARAIBANO.....	26
<b>CAPITULO 2</b>	<b>33</b>
2.1 AOS POBRES A MISERICÓRDIA! ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS SOBRE AS POPULAÇÕES DE RUA E AS PRÁTICAS CARITATIVAS NO BRASIL.....	33
2.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	38
<b>CAPITULO 3</b>	<b>44</b>
3.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SAÚDE MENTAL, ASSISTÊNCIA SOCIAL E FILANTROPIA NA CIDADE DE SOUSA – PB, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.....	44
3.2 ADOECIMENTO MENTAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: ENTENDENDO O QUE FAZ O MEDO E CONTEXTO.....	45
3.3 ASSISTÊNCIA SOCIAL, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE SOUSA – PB: QUAL SAÍDA? .....	47
3.4 A CASA DA MISERICÓRDIA DE SOUSA: ASSISTÊNCIA RELIGIOSA E CARITATIVA AS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.....	55
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>

## INTRODUÇÃO

O tema saúde mental é um assunto que tem se tornado muito recorrentemente em nossa sociedade, ou seja, cada dia mais tem se tornado visível as discussões em seu entorno. A pandemia da COVID-19 desvelou o quão a nossa sociedade já vinha sendo impactada em sua saúde mental, sobretudo, aqueles que estão em situação de rua, ao qual, a sua condição de viver e ocupar as praças, as esquinas, as calçadas, ou seja, de ocuparem as ruas como moradia em alguns casos está relacionada a problemas mentais.

O presente trabalho intitulado “População em situação de rua: saúde mental, assistência social e filantropia na cidade de Sousa – PB durante a pandemia de COVID-19” que tem como objetivo fazer uma análise sociopolítica das condições de saúde mental da população de rua da cidade de Sousa, no contexto da pandemia de COVID-19, visando compreender os limites da Assistência Social para essa população e a atuação da Casa de Misericórdia junto as pessoas em situação de rua da referida cidade.

A escolha por essa temática parte do interesse deste discente que agora imbuído enquanto pesquisador, vos escreve este abre-alas enquanto introdução, a fim de não somente querer conhecer a realidade de tais pessoas, mas também de compreender as mudanças decorrentes da pandemia da COVID-19 e suas implicações no cotidiano e também na saúde mental desses sujeitos.

A importância de se estudar esse tema surge mediante ao atual cenário pandêmico da COVID-19, em que se conclama o isolamento das pessoas em casa. Tão logo, comecei a refletir acerca de uma parcela da população que vive em condição de rua e que por assim viverem, não tem condição de cumprir com tal medida.

Associado a isso é que me propus a debruçar sobre o tema, pois despertou em mim o desejo de compreender as mudanças decorrentes da COVID-19 e suas implicações para as pessoas que se encontram em situação de rua, pois não se pode mascarar que o momento atual, digo, a crise sanitária provocada pelo Corona vírus aponta para tendência muito mais preocupante entre esses homens e mulheres, a começar pelo acesso ao sistema de saúde pública brasileiro, pois os mesmos se tornam muito mais suscetíveis a infecções, sem falar nas implicações ou impactos na saúde mental dessa população desassistida.

Aqui também está impresso um desejo enquanto pessoal de se estudar tal temática. Esse desejo se justifica e se expressa não apenas a condição de ser humano mas também enquanto futuro profissional do Serviço Social que visa compreender os processos de

repressão e exclusão social vivenciado por esses sujeitos, considerando a permanente violência estrutural vivida por eles que, associado ao atual cenário faz com que haja uma maior segregação e exclusão social dessa população, pois o processo de pandemia da COVID-19 vem reafirmar o reflexo de desigualdades vividos por essas pessoas.

Além disso, tem um outro fator pessoal de trabalhar esse tema, que se justifica também ao fato de ter feito parte da iniciação científica através de um Projeto de Pesquisa relacionada a adoecimento mental que trabalha nessa perspectiva do contexto da pandemia (COVID-19): “COVID-19 e Saúde Mental dos (as) Trabalhadores (as): expressões e repercussões frente aos processos de trabalho na atenção hospitalar no sertão da Paraíba”.

No mais, considerando a teoria de Gil (2008, p. 26), o objetivo da pesquisa científica é descobrir respostas para problema mediante o emprego de procedimentos científicos. Considera-se ainda que se trata de uma pesquisa de natureza social, diante do que o campo da realidade deve ser compreendido em seu sentido mais amplo, ou seja, envolvendo as relações estabelecidas pelo homem com outros homens e também com as instituições sociais.

Desse modo, pretendendo responder e/ou atingir os objetivos, a pesquisa possui uma abordagem de natureza qualitativa, a qual proporcionará uma compreensão da realidade vivida pelas pessoas em situação de rua, diante de um processo pandêmico, visando assim entender os impactos dessa crise sanitária nessa população. De tal modo, a escolha por essa abordagem se justifica pelo fato que ela “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 32).

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica. O objetivo da pesquisa bibliográfica, segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 183), “[...] é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto”. Ou seja, para que possa abranger todo o estudo no qual possa dessa forma contribuir para conclusões novas.

Além disso, esse estudo também pode ser considerado de naturezas explicativa. Nesse sentido, a pesquisa explicativa, segundo Gerhardt e Silveira (2009 apud GIL, 2008, p. 35), “preocupa-se em identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos”. Com isso, acredito que a pesquisa se mostrará mais eficaz ao que diz respeito ao desenvolvimento do objeto pesquisado.

Em relação as técnicas, serão realizadas entrevistas semiestruturadas, nas quais “o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 197). A escolha por essa técnica se justifica porque a mesma é um meio de interação social, além de ser também uma das técnicas de levantamento de dados mais utilizadas nas ciências sociais (GIL, 2008).

A observação foi uma das técnicas utilizadas na pesquisa, pois se propõe na identificação como também na apreensão das atitudes comportamentais típicas dos (as) entrevistados (as), permitindo desse modo, evidências de dados que não constam no roteiro da entrevista, etc. (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.191).

Segundo Marconi; Lakatos (2003, p. 191), a técnica da observação “desempenha papel importante nos processos observacionais, no contexto da descoberta, e obriga o investigador a um contato mais direto com a realidade”.

A pesquisa teve como sujeitos, os (as) assistentes sociais da cidade de Sousa – PB, que atuam nos espaços sócio-ocupacionais da saúde, como os CAPSs (Centro de Atenção Psicossocial), e da assistência, como o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) e o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social). Além desses espaços e instituições, a pesquisa também contará com a colaboração da Instituição da Casa de Misericórdia, a qual vai nos permitir entender os limites da Assistência Social para essa população que se encontra em situação de rua na cidade de Sousa – PB.

Ainda, quanto a abordagem teórico-metodológica, será utilizado durante a pesquisa o método histórico-dialético o qual subsidiará o entendimento acerca das contradições existentes na sociedade por meio da interpretação da realidade que, segundo Triviños (1987), o materialismo histórico é a:

Ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade. O materialismo histórico significou uma mudança fundamental na interpretação dos fenômenos sociais que, até o nascimento marxista, se apoiava em concepções idealistas da sociedade humana (TRIVIÑOS, 1987, p. 51).

Em suma, esse método permitiu ao estudo conhecer no contexto da Pandemia de COVID-19, os limites das políticas públicas de saúde e saúde mental para as pessoas que se encontram em situação de rua, por meio da interpretação da realidade, ou seja, do concreto. De igual modo, o referido método possibilitou conhecer as práticas das instituições

filantrópicas da cidade de Sousa – PB, junto aos homens e mulheres que, por diversos motivos, encontram-se em situação de rua, passando a viver nas passagens da cidade e que passaram a enfrentar problemas de saúde mental.

Os procedimentos éticos se deram por meio de solicitação de permissão e participação na pesquisa, mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos colaboradores. Somente a partir do preenchimento do TCLE por tais sujeitos, é que ocorreu a realização da pesquisa de campo, na qual houve entrevistas estruturadas e também a aplicação de um questionário.

No que diz respeito ao sigilo dos participantes para com a pesquisa, os nomes não foram revelados, ou seja, foram resguardados o direito da privacidade de cada um (a) que não querem ser expostos ou identificados, com o objetivo de que não ocorra nenhum dano ou prejuízo para ambos. Logo, optamos por utilizar nomes fictícios como: Misericórdia, Assistente Social 1, Assistente Social 2, Assistente Social 3 e Assistente Social 4.

A pesquisa está estruturada em três capítulos.

O primeiro capítulo buscou discorrer acerca dos antecedentes históricos da Reforma Psiquiátrica, no qual traz um ensaio da contextualização do termo saúde mental e o surgimento da Instituição Psiquiátrica. Além disso, buscou-se discorrer também nesse primeiro capítulo a respeito do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e consequentemente compreender acerca de como ocorreu tal movimento reformista na Paraíba.

No segundo capítulo, buscou-se compreender os aspectos sócio-histórico acerca da população em situação de rua e as práticas caritativas no Brasil. O referente capítulo tratou também de conhecer a assistência prestada pelas Santas Casas de Misericórdia a essas pessoas que se encontram nas ruas do Brasil, compreendendo que na omissão do Estado, tais pessoas ficam à mercê da assistência de instituições como essas. Buscou-se também evidenciar e trazer à tona a população em situação de rua, no intuito de identificar quem são essas pessoas.

No terceiro e último capítulo, pretendeu discutir a respeito da saúde mental, da assistência social e também da filantropia na cidade de Sousa – PB, durante a pandemia de COVID-19 por meio das discussões acerca das análises das entrevistas e dos questionários aplicados, buscando desse modo compreender e entender não se as pessoas em situação de rua na cidade de Sousa – PB durante a pandemia tiveram assistência e se os mesmos sofreram algum impacto durante esse período em sua saúde mental. Ademais, buscou-se também evidenciar e trazer à tona nesse capítulo o trabalho da Casa de Misericórdia na cidade de Sousa – PB, ao qual tem um trabalho importantíssimo junto a essa população.

## CAPITULO 1

### 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERMO SAÚDE MENTAL E DO SURGIMENTO DA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

*Não se tratou de uma simples mudança de teoria, substituível como uma nova ideologia de recâmbio, mas da demolição de uma cultura, possível somente se, contemporaneamente, outras culturas pudessem ser construídas: outra sustentação, outro suporte, outro conceito de saúde e de doença, de normalidade e de loucura.*

Paulo Amarante – O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria, 1996.

Pensar as políticas de saúde mental como também a atenção psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incide relação direta como o que os autores Amarante e Nunes (2018 *apud* PAIM, 2008) descrevem como sendo a “[...] ideia-proposta-projeto-movimento-processo da reforma sanitária e com a conjuntura da transição democrática<sup>1</sup>”.

O adoecimento mental ou o termo “doença mental”, segundo Amarante (1995), é objeto construído há duzentos anos, no qual era compreendido à época como sendo “erro da razão”. Ao longo do tempo e nas diferentes sociedades humanas, pessoas que apresentavam algum tipo de adoecimento mental, foram nomeadas de diversas maneiras sendo o termo “alienado” utilizado já numa conjuntura de medicalização da doença mental, atribuindo-se aos médicos que se especializavam no tratamento de doentes mentais, a condição de Alienista, sendo Pinel o pioneiro no movimento de reforma psiquiátrica de caráter manicomial. Nessa conjuntura, entre o final do século XVIII e início do século XIX, surge o asilo de alienados, lugar, “devotado a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a razão, portanto, a liberdade” (AMARANTE, 1995, p. 491).

Sobre isso, Engel (1999) nos diz que a loucura é compreendida enquanto ideia “subversa ou inversa das normas e regras estabelecidas socialmente” desde as primeiras

---

<sup>1</sup> A Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social, poderia ser analisada como ideia-proposta-projeto-movimento-processo: ideia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (AMARANTE; NUNES, 2018 *apud* PAIM, 2008).



classificações nosográficas da medicina mental. Isso porque está presente, nesse processo, um aspecto de atributo negativo que coloca os doentes mentais em uma direção oposta a “ordem”, logo:

[...] os focos de ameaça à integridade da ordem estabelecida, considera nas suas mais variadas dimensões - morais, sociais, econômicas, políticas, culturais etc. - seriam identificados e/ou associadas à doença mental. Colocando sob suspeita indivíduos e setores sociais incômodos, o saber psiquiátrico fundamentava a elaboração de uma estratégia que se pretendia eficaz no sentido de enquadrar os comportamentos pessoais e sociais que se afastavam das normas da moral ou da disciplina (CUNHA, 1996 *apud* ENGEL, 1999, p. 47).

Visando estabelecer a ordem, surgiu, portanto, a necessidade de institucionalizar esses sujeitos por meio da criação de espaços manicomiais, ou seja, de hospitais psiquiátricos os quais tinham como objetivo retirar dos olhos da sociedade, considerada normal, os homens e mulheres tidos como alienados[as], como uma forma de higienização dos espaços públicos, em atenção às necessidades da gestão. Isso se deve ao fato da loucura se caracterizar e/ou ser associada enquanto risco social, o que nas palavras de Paulo Amarante em seu livro “Loucos pela Vida” vai afirmar que tal caracterização do louco [doente mental] “inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional [os médicos psiquiatras]” (AMARANTE, 1998, p. 24).

Ademais, vale salientar que o espaço do manicômio quando idealizado por Pinel, surgia como um espaço terapêutico, pois os sujeitos considerados loucos[as] eram em sua maioria deixados e/ou abandonados em locais públicos, distantes, sem qualquer tipo de atenção pertinente, ou seja, eram deixados à própria sorte nas ruas, prisões, muitas das vezes em quartos trancafiados ou em hospitais gerais. Contudo, a partir da idealização dos manicômios, tais sujeitos passaram da condição de incuráveis, à condição de passíveis de cura, ou seja, os homens e mulheres considerados como loucos[as] passaram a ter um referencial de um local onde poderiam ser tratados e não apenas aprisionados e/ou abandonados, ou seja, observa-se uma ruptura que, de fato pode ser compreendida como ato libertador em relação às condições culturalmente impostas à tais sujeitos, aprisionados a um discurso que os considerava como incapazes, improdutivo ou incuráveis, portanto, indesejáveis.

Entretanto, o lugar idealizado por Pinel necessário à cura, se configura como ato libertador, onde os alienados[as] poderiam ser medicalizados e tratados, torna-se ao longo do

tempo corrompido e, por conseguinte, transformado em espaços de maus-tratos e torturas em geral, configurando-se como espaços de violências reais, nos quais direcionam-se, segundo Passos (2018, p. 13), para “[...] a reprodução das desigualdades” ao passo que também era funcional as opressões, “além de realizarem [ali] o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades”.

Experiências de maus-tratos, também foram vivenciadas em instituições psiquiátricas do Brasil, para o que o manicômio da cidade de Barbacena, em Minas Gerais, foi um triste exemplo:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade (ARBEX, 2013, p. 13).

No Brasil, a primeira instituição exclusiva para Alienados foi o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, inaugurado no ano de 1852. O nome atribuído a instituição foi em homenagem ao imperador do Brasil. De acordo com Nascimento (2018), a intenção de se construir um Manicômio era de justamente manter as pessoas com algum tipo de adoecimento mental afastadas dos olhos da sociedade, quer fosse pelo distanciamento ou pela reclusão. Isso explica o fato de o hospício ter sido construído em lugar afastado da cidade, o que para a autora só evidencia a discriminação e a exclusão para com as pessoas que possuíam algum transtorno mental.

Exemplos sobre as práticas de exclusão e violências sofridas pelos alienados no contexto do final do Império brasileiro podem ser encontrados na literatura, tal é o caso da obra “O Alienista” de Machado de Assis, de 1882. A obra fala sobre o aparecimento da psiquiatria no país. Embora trate-se de uma obra de caráter crítico em relação aos excessos da ciência, nela o autor deixa em evidência os abusos ocorridos no hospício, talvez remetendo às experiências dos psiquiatras no Hospício Pedro II.

Contudo, em 1890, o Hospício de Pedro II sofreu uma modificação em sua nomenclatura, passando a ser chamado Hospício Nacional de Alienados. Nesse mesmo ano,

com a chegada da república, houve a necessidade de expandir tal assistência a todo o país (NASCIMENTO, 2018). Além disso, as mudanças na instituição representaram avanços na ordem médica, pois o Hospício passou a ser administrado pelo por Psiquiatras, consolidando o poder psiquiátrico no país.

Anos depois, mais precisamente em 1903, a partir do decreto de n 1132, a assistência aos alienados no país passou a ser reorganizada. É por meio de tal decreto que se 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” (NASCIMENTO, 2018, p. 26).

O decreto 1132/1903 foi a primeira legislação brasileira específica para tratar os doentes com algum tipo de problema mental no país, tratava da Assistência aos Alienados. Segundo a referida lei, em seu Art. 1º: “O indivíduo que, por molestia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903).

O Art. 13º, por sua vez, estabelecia que:

Todo hospício, asylo ou casa de saúde, destinado a enfermos de molestias mentaes, deverá preencher as seguintes condições:

1ª ser dirigido por profissional devidamente habilitado e residente no estabelecimento;

2ª instalar-se e funcionar em edificio adequado, situado em logar saudavel, com dependencias que permittam aos enfermos exercicios ao ar livre;

3ª possuir compartimentos especiaes para evitar a promiscuidade de sexos, bem como para a separação e classificação dos doentes, segundo o número destes e a natureza da molestia de que soffram;

4ª offerecer garantias de idoneidade, no tocante ao pessoal, para os serviços clinicos e administrativos (BRASIL, 1903).

Apesar do Decreto 1132/1903 prever que os Hospícios a serem criados no Brasil deveriam garantir a idoneidade dos doentes mentais, são muitos os relatos de abusos ocorridos nos âmbitos dessas instituições ao longo do tempo.

Em “O Cemitério dos Vivos”, de Lima Barreto, obra escrita no período em que o autor do romance estava internado no Hospício Nacional de Alienados. Ele descreve como aconteciam os cuidados dentro da dependência do hospício.

Estou no Hospício ou, melhor, em várias dependências dele, desde o dia 25 do mês passado. Estive no pavilhão de observações, que é a

pior etapa de quem, como eu, entra para aqui pelas mãos da polícia. Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. Da outra vez que lá estive me deram essa peça do vestuário que me é hoje indispensável. Desta vez, não. O enfermeiro antigo era humano e bom; o atual é um português (o outro o era) arrogante, com uma fisionomia bragantina e presumida. Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria (BARRETO, 2010, p.43-44).

Mais tarde, a jornalista Daniela Arbex, denunciava, a partir de vasta investigação abusos cometidos no âmbito do Hospício de Barbacena, em Minas Gerais. Antes dela, as denúncias sobre as violências na referida instituição tornaram-se públicas graças ao documentário de Helvécio Ratton, “Em nome da razão”. No curta-metragem, Ratton

retrata, em audacioso preto e branco, as cores de uma tragédia vivida pelos milhares de internos do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Ele, como dissemos, é um marco da luta e da reforma política de saúde mental no Brasil. Exibido pela primeira vez no célebre e internacional III Congresso Mineiro de Psiquiatria (novembro de 1979), revelou imagens dantescas e desconhecidas para o público leigo e mesmo para a grande maioria dos profissionais da saúde mental (GOULART, 2010, s/p.).

Em “Holocausto Brasileiro”, Arbex denunciou, com base em depoimentos de pacientes e funcionários do hospício de Barbacena:

Não havia prescrição. A gente aprendia na prática sobre o que fazer, quando ocorria qualquer perturbação. No caso dos remédios, a gente dava quando o doente apresentava algum tipo de alteração. Em situação de epilepsia, aplicávamos uma injeção. Se o cara, às vezes, se exaltava, ficava bravo, a gente dava uma injeção para ele se acalmar (GERALDO *apud* ARBEX, 2013, p. 35).

O médico Ronaldo Simões Coelho relatou que:

A coisa era muito pior do que parece. Havia um total desinteresse pela sorte. Basta dizer que os eletrochoques eram dados indiscriminadamente. Às vezes, a energia elétrica da cidade não era suficiente para aguentar a carga. Muitos morriam, outros sofriam fraturas graves (COELHO *apud* ARBEX, 2013, p. 36).

E “Barbacena” não era a única instituição psiquiátrica onde tais barbaridades aconteciam, em todo o território nacional se observaram violências para com os homens e

mulheres doentes da mente, inclusive, na Paraíba. Diante desse cenário de violência e controle vivenciados nesses espaços as práticas manicomialmente começaram a serem questionadas, levando ao Movimento de Reforma Psiquiátrica de caráter não manicomial. Assim, segundo Passos (2018) problematizar essas questões é ultrapassar os muros que foram erguidos e que fazem parte de nossa formação social brasileira.

## 1.2 MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

*Como pessoas, não mais como corpos sem palavras, eles, que foram chamados de “doidos”, denunciam a loucura dos “normais”.*

Daniela Arbex – Holocausto brasileiro, 2013.

A partir de 1970, inicia-se no Brasil o que podemos destacar como sendo os primeiros passos do Movimento de Reforma Psiquiátrica, pois nesse momento a Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão responsável pela formulação das políticas em saúde mental se encontrava em meio a uma crise, o que levou ao “[...] episódio que diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde”, contra as péssimas condições de trabalhos a que estavam submetidos (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2068). Essas mobilizações acarretaram em vários protestos e denúncias, resultando na demissão de mais de 260 profissionais que desenvolviam suas atividades de modo suspeito. O Movimento denunciava também as inúmeras irregularidades existentes nos hospitais psiquiátricos, deixando a descoberto o real estado dos mesmos, de modo que:

A pauta inicial de reivindicações gira[va] em torno da regularização da situação trabalho – visto que a situação dos bolsistas [era] ilegal – aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços (AMARANTE, 1998, p. 52).

Contudo, somente a partir de 1978 teve início, de modo efetivo, as discussões entorno da compreensão das funções dos espaços psiquiátricos em nosso país. Isso começou a ocorrer por meio da organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que teve a cidade do Rio de Janeiro como palco para essa organização. Esse movimento teve papel primordial e pode ser considerado a gênese do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil

## Segundo a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental:

É, sobretudo este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p. 7).

Em 1979, um ano após o início do MTSM, foi organizado o Primeiro Congresso de Saúde Mental, que ocorreu na cidade de São Paulo, o qual tinha como estratégia ampliar e ao mesmo tempo fortalecer o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Como resposta, segundo Amarante e Nunes (2018), nesse Congresso foram gestadas as primeiras propostas para que houvesse uma reformulação da assistência médica no âmbito dos manicômios, assim como, no campo da saúde em geral. Inclusive, segundo os mesmos autores, naquele contexto de redemocratização do país, destaca-se a ocorrência da “convocação da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde”, que tinha em seus objetivos reformas no âmbito da Saúde Mental.

Para além destes objetivos, a 8ª Conferência Nacional de Saúde propunha-se também a pensar a saúde enquanto direito, rompendo barreiras e, portanto, revolucionando no que diz respeito a participação da sociedade, pois contou com a participação de outros setores sociais, tais como: sindicatos, partidos políticos, associações profissionais, etc. Assim, as questões de saúde não se restringiram apenas a uma análise setorial, mas passaram a incluir a sociedade de um modo geral, sobretudo, no âmbito na saúde mental.

A partir de então, os gestores nacionais começaram a seguir as propostas, ações e ideias reformadoras no âmbito da Saúde Mental. Como fruto da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1987, na cidade do Rio de Janeiro. Segundo o Portal Educação (2013):

Essa conferência tinha como propostas gerais a ampliação do conceito de saúde, incluindo em seus determinantes as condições gerais de vida, a participação popular na saúde mental e considerou também a questão dos trabalhadores da área, sugerindo que estes revisassem a efetivação do seu papel dentro desse novo modelo de atenção à saúde mental.

Além disso, neste mesmo ano de 1987, houve também o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de São Paulo, que tinha como

lema “Por uma sociedade sem manicômios”, no qual apontava para uma reflexão acerca da prática profissional (AMARANTE; NUNES, 2018).

Como consequência dos debates ocorridos no II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, iniciou-se um processo de intervenção num hospital psiquiátrico privado da cidade Santos, São Paulo, no ano de 1989. Tratava-se da Casa de Saúde Anchieta, que foi fechada “após inúmeras denúncias de violências e constatação de violação dos direitos humanos” segundo Martins e outros (2019, p. 2). Com isso, foi criado naquela cidade o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Tal experiência vivenciada em Santos passou a ser considerada como marco para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Conseqüentemente, essa experiência serviu para o surgimento do Projeto de Lei Paulo Delgado<sup>2</sup>, que propôs a extinção do modelo manicomial no país (AMARANTE; NUNES, 2018).

É a partir desse momento que a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil encaminha-se de modo mais definido, pois a Declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas, foi proclamada no ano de 1990 com o objetivo de reestruturar a atenção psiquiátrica na América Latina, tendo em vista o contexto dos sistemas locais de saúde que, juntamente com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília no ano de 1992, resultou em um longo processo democrático em que houveram diversos eventos, inclusive merece destaque “a IX Conferência Nacional de Saúde aprovou o fortalecimento da luta pela vida, ética e municipalização da saúde, com ênfase no controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais” (BRASIL, 1994), que dará subsídios para o que diz respeito às primeiras implementações dos serviços de atenção, como por exemplo: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atendimento ao Profissional da Saúde), e Hospitais-dias.

Ademais, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, observou-se grandes avanços, sobretudo na inclusão do Sistema Único de Saúde. Assim:

---

<sup>2</sup> Paulo Gabriel Godinho Delgado, popularmente conhecido como Paulo Delgado. Dono de um vasto currículo como professor, cientista político e sociólogo. Além disso, tem uma extensiva carreira na vida pública enquanto deputado federal. Foi um importante personagem no movimento da luta antimanicomial no Brasil ao qual em 1989 em seu primeiro mandato enquanto deputado federal apresentou um projeto de lei que extinguiu progressivamente os manicômios ao passo que regulamentava a internação compulsória, no qual tinha como base a experiência vivenciada pelo italiano psiquiatra Franco Basaglia. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/BIBLIOGRAFIA.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Com a inclusão dos princípios do SUS na Constituição de 1988, foi aberta uma nova perspectiva para a autonomia e o desenvolvimento das políticas municipais de saúde; vigorosa expressão disso foi o que ocorreu em Santos/SP em 1989. Apesar de ainda sob a vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os gestores recém-eleitos no município decidem apressar a instalação do SUS e realizam intervenção em hospital psiquiátrico onde ocorriam graves violações dos direitos humanos (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071).

Contudo, foi somente em 2001, após 12 anos de tramitação do Projeto de Lei proposto pelo Deputado Paulo Delgado que o mesmo foi aprovado, transformando-se na Lei nº 10.216, conhecida popularmente por Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica. Logo, mudanças começaram a acontecer no âmbito da saúde mental, como por exemplo no que diz respeito as internações que só serão possíveis quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, de tal modo que tais instituições de internamentos não apresentem nenhum tipo de semelhança ou características asilares, que visem oferecer assistência integral e que sejam inclusos serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 2001).

A Lei de Paulo Delgado, em suma, proibia os internamentos nos hospitais psiquiátricos. E as pessoas que necessitavam de tratamento, ficariam sem atendimento? Não. Pois em contrapartida a lei propunha “a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental” (BRASIL, 2005, p. 08).

Assim, a lei dispõe acerca da proteção e também dos direitos das pessoas que possuem transtornos mentais e direciona os modelos de assistência em saúde mental, como bem salienta o Art. 2º no 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 (BRASIL, 2001).

Além disso, merece destaque ainda no ano de 2001 a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa conferência tem como fruto a consolidação da Reforma Psiquiátrica enquanto uma Política de governo. Dessa forma “confere ao CAPS o valor estratégico para mudança do modelo de assistência, e estabeleceu a construção de política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2005, p. 10).

Em 2002, foram fechados inúmeros hospitais psiquiátricos para assistência em saúde mental, graças ao PNASH (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares) o qual tinha como principal objetivo a avaliação dos serviços hospitalares, com base nos seguintes critérios: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido. Desse modo, a área de saúde mental teve um impacto por conta desses resultados, ocasionando com isso o fechamento de vários hospitais psiquiátricos no país (BRASIL, 2015).

Em substituição foram implementados Centros de Atenção Psicossocial, que foram redefinidos pela Portaria G/M n 336/2002, em relação à sua organização, ao porte e à sua clientela, de acordo com Amarante e Nunes (2018). Nesse sentido, passaram a existir no país: CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPS ad (álcool e drogas), (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2072).

Cada um dos Centros de Atenção Psicossocial oferecem um serviço de atendimento e acompanhamento que depende da demanda dos usuários. Além disso, a capacidade de atendimento vai de encontro com o número populacional de cada município.

O CAPS I assiste aos municípios com uma população entre 20 mil e 50 mil habitantes. Tem como público-alvo pessoas com transtornos mentais considerados graves que resultam tanto do uso de álcool quanto de outras drogas. Já os CAPSII, têm seu atendimento a municípios com mais de 50.000 mil habitantes. Assiste a usuários com transtornos mentais que são persistentes. Os CAPSIII, por suas vezes, atendem a municípios com 200. 000 mil habitantes ou mais. Os mesmos se diferenciam dos demais por oferecer o serviço de acolhimento noturno e/ou internações curtas que podem durar horas ou dias. Os CAPSi se diferenciam dos demais centros por assistirem apenas a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Já o CAPSAad, atendem pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas como álcool e demais drogas (BRASIL, 2022).

Logo, considerando a literatura consultada, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil deve ser compreendido como um processo sócio-histórico, do qual participaram vários atores sociais, cada um tomado por interesses particulares e/ou coletivos, que ao denunciarem as práticas desumanas existentes nas instituições psiquiátricas, contribuíram para a desospitalização de muitos homens e mulheres, que, por motivo de adoecimento mental, foram alvos de exclusão e banimento social. Além disso, a Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida como um movimento não apenas no que diz respeito às transformações oriundas das práticas de tais instituições, mas como um verdadeiro movimento de transformação social, que visando a inclusão dos homens e mulheres considerados doentes mentais, lança sobre o campo da saúde mental um novo olhar, um olhar humanizado.

Na compreensão de Birman (1992 *apud* AMARANTE, 1996, p. 14), o MRP (Movimento de Reforma Psiquiátrica) exterioriza “uma maior maturidade teórica e política”, isso porque está expresso o conceito de cidadania que para Amarante (1996) é a “palavra – chave fundamental” nesse processo de reconhecimento dos doentes mentais na condição de cidadania e pertencentes a convivência nos espaços das cidades, conseqüentemente, no mundo dos direitos.

Contudo, é a partir das RAPs (Rede de Atenção Psicossocial) instituídas a partir de 2011 por meio da Portaria MS/GM de número 3.088 que procurou-se superar o modelo asilar buscando criar em substituição uma rede de atenção psicossocial que pudesse estabelecer pontos de atenção para atendimentos e acompanhamentos para as pessoas com algum tipo de problema mental. A rede além de visar a garantia do cuidado, objetivava promover também a garantia de direitos, como por exemplo: a autonomia, o exercício da cidadania e também a inclusão social dessas pessoas (NORONHA; BOEIRA, 2021).

As RAPs partem dos seguintes objetivos:

- I. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II. Promover a vinculação das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e
- III. Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2018).

Porém, a partir de 2015, o SUS e as RAPs são alvos de retrocessos, pois como bem salienta Amarante e Nunes:

No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite 31 aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2073).

Segundo Desviat isso ocorre devido “a compreensão do fenômeno no qual este expressa determinações econômicas-políticas relacionadas ao enclausuramento da loucura”. Ou seja, segundo os autores “é nos momentos de crises econômicas, que a psiquiatria é acionada para controlar as desordens, excluir os que incomodam e manter a ordem produtiva” (apud MARTINS; ASSIS; BOLSONI, 2019, p. 03).

Assim, concordamos com Rotelli (1990 apud MARTINS; ASSIS; BOISANI, 2019, p. 03), quando diz que “de nada adianta apenas se voltar para ‘criação dos serviços substitutos - ou desospitalizar o cuidado - sem acabar com a lógica do controle e da reclusão”.

No entanto, o Movimento de Reforma Psiquiátrica, assim como outros movimentos, não se deu de forma homogênea, muito embora naquele contexto dos anos de 1970 e 1980 estivéssemos vivenciando fortes debates entorno dos direitos humanos e sobretudo pela luta da cidadania de um modo geral. De tal modo, a análise daquele movimento abre espaço para outras interpretações e fazeres acerca da Reforma psiquiátrica, pois “a luta pela cidadania dos doentes [mentais] embora seja um aspecto extremamente importante, não é delimitador exclusivo dessas tendências” (AMARANTE, 1996, p. 15).

Notadamente no contexto dos anos 1980 no Brasil aconteciam vários debates com objetivo de transformar a relação da sociedade para com os doentes mentais, os quais sempre estiveram numa via de compreensão equivocadas, sendo-lhes historicamente o direito de não ter direito, pois eram considerados como não-cidadãos, cabendo-lhes um único direito do asilo, o que durante décadas reverbera como enclausuramento, que podemos destacar como sendo sinônimo de exclusão social.

Enfim, graças ao movimento de Reforma Psiquiátrica, consolidado com a Lei 10.216/2001, observa-se a substituição dos manicômios e asilos por serviços ambulatoriais. Porém, mesmo diante da elaboração e/ou criação de vários serviços alternativos não significou de fato “a transformação da lógica manicomial e da forma de compreender e praticar a psiquiatria” (MACIEL *et al.*, 2009, p. 438).

Seguindo esse mesmo pensamento, podemos perceber que, muito embora haja uma tentativa de superar o modelo asilar, imprimindo mudanças de caráter cultural, passadas duas décadas desde o sancionamento da Lei Paulo Delgado, ainda se observa, em todo o território

nacional, uma prevalência de práticas consideradas violentas para com os doentes mentais, o que é inaceitável do ponto de vista dos direitos fundamentais e humanos.

Feitas essas considerações, desejamos conhecer como ocorreu o processo de Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba.

### 1.3 MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SOLO PARAIBANO

*Libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios [...] é preciso recusar o Império da Razão.*

PELART, 1991.

Nesse momento, a discussão segue de forma breve a respeito à contextualização de como aconteceu a reforma psiquiátrica na Paraíba, tendo como referência as cidades de João Pessoa, capital do Estado, Campina Grande, Cajazeiras e Sousa.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica, cuja lei foi sancionada no ano de 2001, conforme já observado acima, não demoraram a chegar às terras nortistas, sendo a Paraíba o Estado pioneiro na implementação da referida Lei, quando em 2004, foi aprovada a Lei Estadual 7.639/2004, cujo texto era idêntico ao da lei Nacional.

Dito isso, um ano após a adesão da Paraíba ao movimento reformista, a cidade de Campina Grande, tornou-se palco da primeira intervenção federal a um manicômio do Estado, resultando no fechamento do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro. Assim, no ano de 2005 como bem salienta Brito (2011), encontravam-se reunidos no plenário da Câmara dos Vereadores várias autoridades, dentre eles, se destacam representantes das instâncias de saúde do município, médicos, políticos etc., o motivo de tal reunião diz respeito ao debate em torno das práticas da reforma de saúde mental e a intervenção federal no Hospital Psiquiátrico João Ribeiro.

Segundo os relatos de Fernando Sfair Kinder, interventor nomeado pelo Ministério da Saúde, como diretor do Hospital João Ribeiro:

O hospital encontrava-se em situação precária. [...] era uma instituição muito deteriorada nas condições físicas e parecia uma situação de muito difícil resolução. [...] a partir do momento em que foi instaurada a intervenção, toda a equipe tratou de buscar apoio pra poder estabelecer mudanças urgentes e emergenciais para [...] garantir alimentação de qualidade, em que de fato muitos pacientes se

encontravam em grau de desnutrição, garantir a medicação adequada e o fornecimento desta medicação, garantir que todos tivessem colchões e roupa de cama (BRITO, 2011, p. 66).

Contudo, Brito (2011) salienta que anos antes, várias discussões acerca dessa temática já vinham acontecendo na cidade. Destaca que no ano de 2002, mais precisamente no mês de maio, estava sendo realizada a 9ª sessão de caráter especial na câmara dos vereadores, que tinha como centralidade: “Sessão em homenagem ao dia da luta antimanicomial”. Naquela sessão, segundo a autora, estavam presentes vários convidados que discutiam e pautavam propostas para uma nova assistência fora da instituição psiquiátrica.

De acordo com os debates ali tramados, tratava-se da necessidade de desmontar o paradigma assistencial até então vigente, que colocava do outro lado da cidade aqueles pacientes que só tinha lugar atrás das grades dos hospícios.

Além disso, as discussões naquela sessão não se restringiam apenas à necessidade de ofertar um tratamento digno e diferenciado para o doente mental, mas também a sua reintegração social, como propugnava a Lei 10.132/2001. Ou seja, “as discussões colocadas na Câmara [de vereadores de Campina Grande] naquela manhã pautavam-se na proposta de igualdade de direitos entre as pessoas, fossem elas portadoras de transtornos mentais ou não” (BRITO, 2011, p. 83).

Consequentemente, meses depois, mais precisamente no mês de dezembro de 2002, foi sancionada a lei municipal 4.068. A referida lei proibia a existência de hospitais psiquiátricos, ou seja, fazendo com que mudanças acontecessem em todas as instituições de assistência no tratamento aos transtornos mentais da população daquela cidade. Em seu Artigo 24, parágrafo único, a lei municipal 4.068/2002 destaca que:

[...] está proibido ao Município de Campina Grande, por sua administração direta, fundações, autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, das quais tenham participação acionária, construir, ampliar, contratar ou financiar novos estabelecimentos, instituições privadas ou filantrópicas que caracterizem hospitais psiquiátricos (CAMPINA GRANDE apud BRITO, 2011, p. 63).

Nesse sentido, o movimento reformista de luta contra o modelo de assistência psiquiátrica manicomial na cidade de Campina Grande, passa a fazer parte do movimento nacional, sendo o ápice desse processo as intervenções e fechamento do Hospital João

Ribeiro. A partir desses eventos, novas verdades e sentidos foram atribuídos àquele Hospital, onde muitas vidas foram silenciadas e/ou invisibilizadas.

Nisso, Brito (2011) destaca o discurso de Fernando Sfair Kindle, nomeado interventor pelo Ministério da Saúde. Segundo Kindle, o hospital João Ribeiro

[...] possuía um sistema de habitação e infra-estrutura muito precário: desde as instalações, a falta de colchões, medicamentos, higiene, roupas de cama e, sobretudo, de uma dinâmica que garantisse um diálogo e um acompanhamento para o paciente ao invés de pura vigilância que usa de muitas grades e pouco contato (BRITO, 2011, p. 66).

A partir de então, o movimento de reforma psiquiátrica segue seu curso e se desenvolve na cidade de Campina Grande encontrando nas propostas reformistas o alicerce para as mudanças necessárias, isto é, questionando desse modo não apenas as práticas denunciadas no interior das instituições psiquiátricas locais, mas também questionavam a necessidade de manter de as mesmas abertas.

Em João Pessoa, o movimento reformista se deu a partir dos questionamentos que colocavam em discussão as práticas desenvolvidas no âmbito dos manicômios. Os questionamentos partiam de um grupo de residentes de psiquiatria que segundo Gomes (2013), começaram a acompanhar as mobilizações que já estavam a pleno vapor no país.

Logo, iniciaram-se as mobilizações naquela capital em favor das mudanças em relação a realidade das práticas que se gestavam nesses espaços de enclausuramento. De tal modo, além dos residentes de psiquiatria, outros grupos e segmentos sociais começaram a aderir ao movimento, tais como:

Professores, estudantes de outros cursos de graduação da UFPB, técnicos de saúde mental, políticos, jornalistas, artistas, representantes de conselhos profissionais, familiares, usuários, amigos, entre outros [paraibanos] passaram atuar na militância antimanicomial (GOMES, 2013, p. 135).

Entretanto, o movimento antimanicomial ganhou mais força a partir da formação de um centro, denominado como Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial o qual tinha como objetivo a elaboração de uma lei estadual de Reforma Psiquiátrica, resultando na Lei nº 7.639, publicada em 23 de junho de 2004 que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado da Paraíba e dá outras providências.

Resultante disso, houve a criação do Hospital-Dia no mesmo local onde funcionava o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. Contudo, vale destacar que nesse momento os serviços e práticas desenvolvidos por meio da criação do Hospital-Dia dentro dos muros do Juliano Moreira não significava a superação de práticas conservadoras ao modelo até então questionado pelo movimento. As mudanças naquela capital, entretanto, começaram a ocorrer de forma mais efetivas apenas a partir de 2007 com a criação de outros dispositivos substitutivos ao modelo manicomial, tais como: “Residência Terapêutica, em 2007, CAPSi e PASM, em 2008, 01 CAPSII, 01 CAPS as e 01 Equipe de Consultório na Rua, em 2010” (GOMES, 2013, p. 140).

Ademais, todo o movimento da luta antimanicomial na cidade de João Pessoa ganha uma notória visibilidade a partir de dois momentos. O primeiro momento diz respeito ao Seminário, ocorrido em 2010, que tinha como temática “Diversidade, cultura e Saúde Mental: outras dimensões para a compreensão da loucura” (GOMES, 2013). O seminário foi pensado, planejado e organizado por um grupo de estudantes de pesquisa da instituição UFPB, como bem aponta Gomes (2013). O evento objetivava discutir acerca do movimento reformista no âmbito da cidade de João Pessoa e também do Estado da Paraíba como todo.

Já o segundo momento refere-se a I Semana Estadual da Luta Antimanicomial. O evento foi realizado um ano após a realização do Seminário, isto é, em 2011. Foi organizado pelo grupo de estudos em psicologia da instituição UFPB, juntamente com o GESAM (Grupo de Estudos em Saúde Mental) e também pelo governo do Estado (GOMES, 2013). O evento se propunha naquele momento a discutir e também a refletir sobre os direitos das pessoas com algum tipo de adoecimento mental.

Além disso, o evento da I Semana Estadual da Luta Antimanicomial, em 2011, tinha como objetivo não apenas denunciar as situações em que se encontravam e viviam as pessoas nos hospitais psiquiátricos em João Pessoa, mas também se propugnavam discutir e refletir e, a partir disso, encontrar estratégias que pudessem solucionar o problema vivenciado por homens e mulheres que por adoecimento mental foram institucionalizados (GOMES, 2013).

Dentre as estratégias, pautavam o fechamento dos hospitais psiquiátricos e em troca a implementação da rede de serviços substitutivos. Assim, defendiam não apenas a necessidade de mudanças no que diz respeito ao tratamento e ao atendimento das pessoas com algum tipo de adoecimento mental, isto é, combatia as práticas até então desenvolvidas, mas também defendia a necessidade e possibilidade da sociedade pessoense compreender que essas pessoas

são detentoras de direitos e que, por assim ser, havia a necessidade de incluí-las no convívio social, para que pudessem [com]viver e transitar nos espaços públicos (GOMES, 2013).

O movimento reformista no sertão da Paraíba vai ter como cenário a cidade de Cajazeiras. A cidade desde os anos de 1977 era referência no atendimento e também no tratamento às pessoas com algum tipo de adoecimento mental por meio da Clínica Santa Helena, popularmente conhecida como a Clínica de Dr. Pessoa. O título de referência lhes era atribuída por ser a única clínica que prestava atendimento e cuidados as pessoas que sofriam de doenças mentais em Cajazeiras e nas cidades circunvizinhas.

A reforma antimanicomial começa a acontecer na cidade de Cajazeiras por meio do fechamento da Clínica Psiquiátrica Santa Helena, oriundo das ações que vinham se desenvolvendo no país e no Estado da Paraíba no contexto de Reforma Psiquiátrica, como bem destaca (NASCIMENTO, 2018). A clínica de Dr. Pessoa teve suas atividades interrompidas no ano de 2014, ou seja, suas portas foram fechadas depois de mais de três (3) décadas prestando atendimento no sertão paraibano.

O fechamento desse manicômio, se deu motivado, dentre outros fatores,

[...] 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 (NASCIMENTO, 2018, p. 37-38).

A criação dos CAPS em Cajazeiras abre para o nosso estudo importantes questionamentos, vez que naquela cidade, devido ao uso de drogas, o número de pessoas em situação de rua, por uso de drogas era considerado elevado. Não havendo outro tratamento para os mesmos senão a prisão comum, o que não foi solucionado com a criação dos Centros naquela cidade. Como bem apontou Jaci Araújo Sousa, em seu estudo sobre os Territórios do Tráfico de Drogas em Cajazeiras, no ano de 2017:

A população cajazeirense e os representantes políticos participam e pensam em ações voltadas contra o uso de drogas. Políticas públicas são pensadas e executadas com o intuito de amenizar o consumo de drogas na cidade. Há um centro de atenção psicossocial que acolhe usuários de álcool e drogas, distribuindo medicação para os sujeitos que desejam deixar de utilizar as substâncias ilícitas, eventos para a juventude abordando as consequências que as drogas ocasionam na vida das pessoas (Marcha Jovem contra as Drogas e palestras nas escolas), campanhas de saúde etc. No entanto, falta a



discussão social e acadêmica quanto a presença do tráfico de drogas na cidade (SOUSA, 2017, p.57)

E, citando Maia Junior, acrescentou que a questão das drogas

[...] não pode ser tratado somente pelo viés de segurança, pelas leis ou por questões médicas. Ele é mais complexo, pois a lógica de acumulação tem invadido e se aliado às instâncias políticas legalmente institucionalizadas, dificultando assim a relação entre o poder público e seus cidadãos [...]. (MAIA JUNIOR *apud* SOUSA, 2017, p.57).

Apesar da existência de CAPS em Cajazeiras, o que se observa é que os usuários de drogas, compreendidos como dependentes químicos, nem sempre são atendidos nesses centros, pois, de acordo com Nascimento (2018), havia critérios para o acolhimento nesses centros, quais sejam: a busca espontânea por ajuda ou encaminhamento de outros, falta de documentos de identificação e de endereço fixo, que possibilite sua localização, o que deixava à margem de atendimento em saúde mental e outros direitos muitos homens e mulheres que devido a dependência química não conseguem encontrar forças para buscar por essa ajuda. Sublinhe-se que na cidade de cajazeiras, nem todos os moradores em situação de rua são dependentes químicos, como bem aponta Cílija Oliveira do Nascimento (2018), nas ruas daquela cidade há pessoas de todos os gêneros, níveis, classes sociais e geracionais, que estão nas ruas por motivos de perdas materiais e/ou afetivas, o que os leva, em sua grande maioria, ao consumo de drogas, o que se aproxima muito do perfil dos homens e mulheres em situação de rua na cidade de Sousa – PB, nosso objeto de estudo.

A cidade de Sousa – PB, interior da Paraíba, foi impactada pela Reforma Psiquiátrica por meio da implementação dos CAPS na cidade, a partir de 2003. A implementação dos Centros de Atenção Psicossocial na cidade se dá também pela necessidade de atender e ofertar às pessoas com algum tipo de adoecimento mental, na própria cidade e também nas cidades circunvizinhas, a oportunidade de um tratamento mais local, visto que as pessoas do município e das cidades vizinhas que necessitassem de um atendimento e/ou acompanhamento teriam que deslocar até as cidades tidas como referências, como Cajazeiras, João Pessoa e Campina Grande (SILVA, 2021).

Atualmente a cidade de Sousa oferta três Centros de Atenção Psicossocial, o CAPS III - implementado no ano de 2003; o CAPSi - inaugurado em 2005 e o CAPSad - criado no ano de 2015. Tais centros na cidade de Sousa atendem não somente as demandas locais mais

também as cidades circunvizinhas como Marizópolis, Lastro, Nazarezinho, Santa Cruz, São Francisco, São José da Lagoa Tapada e Vieirópolis (SILVA, 2021).

De acordo com pesquisa realizada por Andresa Richelly da Silva (2021), segundo um Assistente Social por ela entrevistada, em Sousa – PB:

[...] os usuários(as) chegam aos CAPS por meio de diferentes situações, seja por conta própria (principalmente aqueles/as que apresentam transtornos psicológicos de depressão e ansiedade); através de encaminhamentos de outros serviços, em especial das UBS (Unidades Básicas de Saúde), por permitir aos profissionais do CAPS conhecerem com mais detalhes as necessidades dos homens e mulheres encaminhados, visto que os profissionais das UBS de cada bairro conhecem melhor as condições dos sujeitos e da comunidade onde estão inseridos; também o acesso aos serviços dos CAPS se dá por intermédio das suas próprias famílias, por não saberem muitas das vezes como lidar com o seu parente que sofre de algum transtorno mental, especialmente aqueles considerados como “loucos(as)”; também há casos em que há o intermédio da população [...].

E na medida em que as pessoas com transtornos mentais chegam a este serviço, a fim de serem tratados, são ofertados vários serviços e atividades, com uma equipe multiprofissional, tais como: assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, educadores físicos, entre outros profissionais da saúde, buscando sempre realizar dinâmicas, oficinas, entre outras ações, em prol da reabilitação destes (SILVA, 2021, p. 75).

Embora a Assistente Social entrevistada por Andresa Richelly da Silva (2021) sugira que há muitas forma para as pessoas procurarem os Centros de Atenção Psicossocial na cidade de Sousa, entende-se que, tal como na cidade vizinha, Cajazeiras, no que se refere a população em situação de rua, notadamente os usuários de drogas, as dificuldades para alcançar os benefícios das políticas públicas são ainda um gargalo para gestores municipais e para as equipes de saúde e saúde mental, restando a tais sujeitos a sorte de serem acolhidos por instituições de caridade, como veremos adiante, no terceiro capítulo deste estudo. Antes, buscaremos conhecer sobre as populações em situação de rua, entendendo quem são os homens e mulheres que por questões materiais e/ou afetivas passaram a ter as passagens como moradia. Deseja-se conhecer o perfil socioeconômico, não de forma quantitativa, pois pela condição de rua, tais sujeitos são esquecidos pelos censos do nosso país, o que corrobora para que tais homens e mulheres continuem às margens da sociedade e das políticas públicas, inclusive das políticas públicas para as populações de rua, como veremos a seguir.

## CAPÍTULO 2

### 2.1 AOS POBRES A MISERICÓRDIA! ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS SOBRE AS POPULAÇÕES DE RUA E AS PRÁTICAS CARITATIVAS NO BRASIL

#### Rede de Sobrevivência

*A rede assistência é, sem dúvidas, parte crucial da 'mágica' de sobrevivência dos moradores de rua!*

Sarah Escorel – Vidas ao Léo

Que sempre existiram pobres, não temos certeza, entretanto, ao longo da idade média a figura do pobre passou a ser alvo de intensos debates entre Igreja e sociedade. Assim, de acordo com Michel Mollat, notadamente, ao longo da Idade média, a Igreja começou a investir nos discursos de caridade/misericórdia para com as pessoas que viviam em situação de pauperismo, diante do que as pessoas mais afortunadas (não apenas ricos) contribuíssem para diminuir o sofrimento daqueles que viviam em situação indigna. Por outro lado, os pobres eram levados, pelo movimento franciscano, a acreditarem que a pobreza era uma virtude, o que visava “conciliar a abjeção da miséria vivida com a virtude da pobreza”, o que impulsionou as obras de misericórdia. (MOLLAT, 1989, p. 1).

Mollat observa ainda que, apesar do apelo da igreja:

A humildade do pobre (*humilis*) nem sempre é compreendida como a manifestação da virtude bíblica [...] a fraqueza do pobre (*impotents*) avizinha-se da vulgaridade do rustico [...]. Sujo, esfarrapado, nauseabundo, coberto de úlceras, o pobre torna-se repugnante (*abjetus*) (MOLLAT, 1989, p. 3).

Embora Mollat refira-se aos pobres em geral, sem dúvida tais ideias alcançavam também aqueles que não possuíam moradias. Sublinhamos que tais estigmas se perpetuam até os dias de hoje, sendo acrescidos pelos discursos da violência que além de impor a condição de desconhecido[a], recobre os moradores de rua do estigma de perigosos, o que os torna ainda mais vulneráveis, visto que além de desassistidos pelo Estado, também passam a ser perseguidos pela sociedade que reclama das autoridades sua excisão das ruas. Segundo o mesmo autor, desde a Idade Média o pauperismo e, depois, o nomadismo promoveram a desclassificação do sujeito, o que implica em estar só, sem vínculos, a levar uma vida errante,

o que decorre de inúmeros fatores, tais como: endividamento, guerras, primogenitura, embriagues, entre outros.

Diante do exposto, entende-se que, por séculos, o discurso e as obras caritativas/ de misericórdia tiveram importante papel no acolhimento e cuidado dessa população que ficou à margem do Estado, o que reforça a necessidade da existência das instituições de caridade no auxílio aos pobres em geral.

Especificamente no que se refere as Santas Casas de Misericórdias, sabe-se que as mesmas foram criadas em Portugal no ano de 1498, tendo como objetivo ajudar os enjeitados e marginalizados, o que sugere que quando da sua gênese a instituição tinha caráter assistencial e não terapêutico. No Brasil, a primeira Casa de Misericórdia foi criada provavelmente em 1539, em Olinda, Pernambuco, vindo a contribuir com a projeto colonial português, notadamente, no que se refere aos cuidados dos enfermos, das crianças e idosos abandonados, marginalizados como prostitutas e mendigos e demais excluídos do convívio social, tais como: os criminosos, doentes de moléstias contagiosas e doentes mentais. Com o tempo, devido a introdução do trabalho escravo negro, também esses homens e mulheres foram acolhidos e assistidos pelas Misericórdias quando, por motivos de doenças e invalidez, eram abandonados por seus donos (JUNQUEIRA, 2016). Ao longo dos séculos XVI e XIX, as Casas de Misericórdia foram criadas em todo o território brasileiro, garantindo que os pobres e desvalidos recebessem ajuda para suas necessidades. É importante observar que a assistência prestada pelas Misericórdias no Brasil era regida pelo Compromisso da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, que estabelecia que os membros da irmandade “estavam obrigados a educar as crianças pobres e desvalidas, dar assistência moral e religiosa às mulheres, presos e pobres, libertar os cativos, socorrer os famintos e sedentos, cuidar dos enfermos, recolher os necessitados e enterrar os mortos” (CRAESBEECK, 1619 apud. JUNQUEIRA, 2016, p.110).

Tais Instituições têm sua fundação e/ou origem na preocupação com aqueles sujeitos excluídos e marginalizados pela sociedade, considerando o fato que foram às Misericórdias anteriores as ações do próprio Estado brasileiro. Noutras palavras, podemos dizer que as ações de caráter social no Brasil eram de responsabilidade das instituições religiosas.

Dito isto, nesse tópico não pretendo romantizar, sobre o trabalho realizado pelas instituições religiosas das Santas Casas de Misericórdia em nosso país. O que de fato pretendo é elucidar e destacar o trabalho de assistência realizada por instituições de caridade/misericórdia junto à população em situação de rua, população está a qual, na maioria das vezes, ganhava/ ganha visibilidade apenas por ser considerada destoante com a ordem

socialmente imposta nas cidades, enfeando e incomodando a população dita estabelecida, reportando sempre aos olhares da piedade, da caridade e da filantropia.

Enfim, as Misericórdias tiveram papel importante na assistência a tais homens e mulheres até meados do século XX, visto que tais sujeitos foram invisibilizados pelas gestões que se limitavam a promover, em atenção às reclamações da sociedade, a excisão daqueles homens e mulheres das ruas das cidades, delegando às Casas de Misericórdia a obrigação de assisti-los[as], ainda que subvencionados pelo próprio Estado. É verdade que a subvenção paga pelos governos das províncias/estados brasileiros foi sempre questionada e apontada como insuficiente pelas irmandades.

Pese que a obra de caridade realizada pelas Misericórdias também foi subsidiada pela caridade da população que, por meio de doações, fez crescer o patrimônio de tais instituições, que ironicamente sempre reclamavam da falta de recursos para suas “boas” ações. Apesar dos reclames de gestores e provedores acerca dos “gastos” em assistência, o certo é que até o início do século XX o Estado Brasileiro se negou a assistir tais sujeitos. Inclusive, no que se refere à população de rua, Sangland e Lopes, observam que:

No Brasil, a emergência da *questão social* está vinculada ao fim do escravismo. E, para resolvê-la, médicos, juristas e filantropos se uniram para a criação de instituições que objetivassem o combate à mortalidade infantil, que tornassem os menores abandonados aptos para o trabalho e que combatessem as doenças. Em comum, a ideia do trabalho como regenerador e a fé na ciência (SANGLAND; LOPES, 2018, s/p.).

Foi, portanto, a abolição da escravidão, em 1888, que fez aumentar o número de moradores de rua no Brasil. Feitas tais considerações, cumpre observar que foi justamente no contexto de industrialização e urbanização da sociedade que a assistência prestada pelas irmandades religiosas começou a ser contestada pelas elites intelectuais, que passam a questionar a manutenção das práticas de assistência de caráter filantrópico, o que ia na contramão dos ideais capitalistas, que combatiam o ócio e defendiam a necessidade de explorar a força de trabalho dos pobres. De tal modo, como se a mendicância tivesse sido sempre um problema social, por seu não lugar, tornou-se um dos principais problemas a ser enfrentado pelas autoridades, que enquadravam os mendigos a partir das leis de vagabundagem, conforme pode ser observado no Art. 399, do Código Penal de 1890:

Deixar de exercitar profissão, officio, ou qualquer mister em que ganhe a vida, não possuindo meios de subsistencia e domicilio certo em que habite;

prover a subsistencia por meio de ocupação proibida por lei, ou manifestamente offensiva da moral e dos bons costumes:

Pena - de prisão cellular por quinze a trinta dias.

§ 1º Pela mesma sentença que condemnar o infractor como vadio, ou vagabundo, será elle obrigado a assignar termo de tomar occupação dentro de 15 dias, contados do cumprimento da pena.

§ 2º Os maiores de 14 annos serão recolhidos a estabelecimentos disciplinares industriaes, onde poderão ser conservados até á idade de 21 annos (BRAZIL, 1890).

Também a Lei de Contravenções Penais de 1941, Decreto-lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, ainda em vigor no Brasil, estabelece:

Art. 59. Entregar-se alguém habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios bastantes de subsistência, ou prover à própria subsistência mediante ocupação ilícita:

Pena – prisão simples, de quinze dias a três meses.

Parágrafo único. A aquisição superveniente de renda, que assegure ao condenado meios bastantes de subsistência, extingue a pena.

Art. 60. Mendigar, por ociosidade ou cupidez:

Pena – prisão simples, de quinze dias a três meses (BRASIL, 1941).

Fato é que, como medida para “salvar” a infância desvalida, foram criadas, no início do século XX, instituições de educação técnica no país, na época chamadas de escolas de Aprendizes e Artífices, embriões dos Institutos Federais de Educação. Para os alienados, a possibilidade de cura, levou o governo a criar a lei 1.132, em 1903, que versava sobre a criação de manicômio no território nacional e sobre o tratamento a que os mesmos seriam submetidos naquelas instituições terapêuticas, o que não se efetivou na prática, visto o desinteresse de gestores estaduais e do próprio governo federal para a construção de tais instituições. Além de alienados, idosos, mendigos e criminosos também foram abandonados pelo Estado brasileiro. Sobre isso, Sanglard e Lopes afirmam:

A virada do século XIX para o XX é o período em que o modelo de assistência, pautado pelas ações de instituições privadas, está sendo questionado nas diversas sociedades pela organização dos congressos de *assistência pública e privada*. Nesses eventos, médicos, juristas e filantropos discutem os limites de atuação de cada uma das esferas, em que ao Estado caberiam as ações mais gerais, de enquadramento, competindo à filantropia as mais pontuais e concretas (2018).

A partir da década de 1930, quando, durante o Governo Vargas, o Brasil passou a apresentar mudanças referentes à economia e também política, surgiram as primeiras políticas sociais no país em resposta e também como forma de enfrentamento das desigualdades sociais oriundas do desenvolvimento socioeconômico.

Como a atuação do Estado em questão de assistência foi insuficiente para atender as demandas dos homens e mulheres brasileiros desvalidos, foi/é sob a “proteção” das instituições de caridade/misericórdia que tais sujeitos permaneceram/permanecem até os dias atuais, o que levanta muitas críticas ,seja em torno da omissão das gestões (governo Federal, Estadual e/ou Municipal), seja em face das práticas assistenciais prestadas pelas instituições caritativas, de caráter filantrópicas, acusadas de fazerem perpetuar a situação de pobreza de tais homens e mulheres. Notadamente no que se refere as populações em situação de rua, entende-se que a atuação do Estado é muito recente, mostrando-se ainda pouco eficaz, o que torna necessária a atuação de instituições e/ou grupos de voluntários para ajudar nas necessidades mais urgentes daqueles sujeitos.

Segundo a Sarah Escorel autora do livro “Vidas ao Léu”:

A rotina da sobrevivência nas ruas envolve a resolução das necessidades básicas, categoria que provoca uma série de questionamentos quanto às possibilidades de sua mensuração. No caso da população de rua, o que está sendo assim denominado é o mínimo necessário para manter-se com vida. Essas necessidades devem ser resolvidas de alguma forma, através de uma rotina diária, cujo produto é a possibilidade de sobreviver naquele dia (SCOREL, 1999, p. 221).

Pensando no que a autora destaca no que diz respeito às necessidades diárias dessa população, que deveriam ser de algum modo serem sanadas é que justamente entram em cena, com papel fundamental, as ações desenvolvidas ao longo de décadas, séculos, na verdade, pelas instituições de caridade/ misericórdia, que desempenham junto a essa população a assistência de cunho caritativo /filantrópico para essa parcela da população.

Enfim, mesmo em face das políticas públicas e sociais desenvolvidas ao longo dos séculos XX e XXI no Brasil, ainda hoje, devido as fragilidades dessas políticas, observava-se que há um papel muito significativo e relevante dessas instituições caritativas/ de misericórdia para com as populações em situação de rua no país, tal é o caso da Casa da Misericórdia de Sousa – PB, que passaremos a tratar no capítulo terceiro.

Na continuação deste segundo capítulo trataremos de perseguir conceitos e definições atuais e legais acerca de quem são os homens e mulheres que nomeamos como população em situação de rua.

## 2.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

### *O BICHO*

*Vi ontem um bicho  
Na imundície do pátio  
Catando comida entre os detritos.*

*Quando achava alguma coisa,  
Não examinava nem cheirava:  
Engolia com voracidade.*

*O bicho não era um cão,  
Não era um gato,  
Não era um rato.*

*O bicho, meu Deus, era um homem.*

Manuel Bandeira, 1947.

### *NÃO SOMOS LIXO*

*Não somos lixo  
Não somos Lixo nem bicho.  
Somos humanos.  
Se na rua estamos é porque nos desencontramos.  
Não somos bicho e nem lixo.  
Não somos anjos, não somos o mal.  
Nós somos arcanjos no juízo final.  
Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.  
Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.  
Não somos lixo.  
Será que temos alegria? Às vezes sim...  
Temos com certeza o pranto, a embriaguez, A lucidez e os sonhos da  
filosofia.  
Não somos profanos, somos humanos.  
Somos Filósofos que escrevem  
Suas memórias nos universos diversos urbanos  
A selva capitalista joga seus chacais sobre nós.  
Não somos bicho nem lixo, temos voz.  
Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasma.  
Existem aqueles que se assustam,  
Não estamos mortos, estamos vivos.  
Andamos em labirintos. Dependendo de nossos instintos.  
Somos humanos nas ruas, não somos lixo.*

Carlos Eduardo Ramos, o Cadú,  
Morador das Ruas de Salvador, 2018.



O termo “população em situação de rua” (PSR), tem sua classificação um tanto heterogênea, pois quando comparada a outras realidades, ou seja, sobretudo com outros países, o termo relaciona-se diretamente a “ausência de casa” (REIS JUNIOR, 2012; ADORNO; WARANDA, 2004 *apud* BRASIL, 2012). No Brasil, o termo expressa-se como um dos reflexos da exclusão social que abrange a realidade das pessoas em situação de rua e não somente a ausência de moradia.

Conforme o relatório do Primeiro Encontro Nacional Sobre a População em Situação de Rua do Brasil, realizada no ano de 2005, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social, a população em situação de rua ficou caracterizada da seguinte forma:

Grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta habitação convencional regular, sendo compelido a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente (FRANCISCO, 2021, s/p).

Já a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua,

[...] parcela da população que faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de suas identidades. Estas pessoas relacionam-se com a rua, segundo parâmetros temporais e identitários diferenciados, vis-a-vis os vínculos familiares, comunitários ou institucionais presentes e ausentes. Em comum possuem a característica de estabelecer no espaço público da rua seu palco de relações privadas, o que as caracteriza como 'população em situação de rua' (BRASIL, 2008, p. 03).

Assim, podemos afirmar que a população em situação de rua é uma das expressões da questão social como bem aponta Abreu e Salvadori (2015), compreendendo que tal população reflete diferentes práticas de exclusão social, o que se configura como mais uma das inúmeras desigualdades presente em torno da nossa sociedade. A exclusão vivenciada diariamente por essas pessoas torna-se implacável por contribuir para a marginalização concreta e/ou simbólica desses sujeitos que experienciaram a ida para as ruas, sobretudo em um contexto pandêmico.

Para Wijk e Mângia:

A contingência do viver na rua define a condição de grande vulnerabilidade social desse grupo, caracterizada pela precarização das condições de vida e saúde, exposição a fatores de riscos e violências, ausência de acesso a fontes de renda e direitos humanos e sociais e discriminação em relação ao acesso a bens e serviços de saúde (WIJK; MÂNGIA, 2017, p. 3358).

É inegável que além disso a cada ano mais pessoas utilizam as ruas como moradia, como bem aponta Francisco (2021) e que segundo o mesmo esse público é alvo de vários outros fatores, como “a ausência de vínculos familiares, desemprego, violência, perda da autoestima, alcoolismo, uso de drogas, doença mental, entre outros fatores”. Tais fatores também são reiterados na Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, quando se observa que “São múltiplas as causas de se ir para a rua, assim como são múltiplas as realidades da população em situação de rua”. Nesse sentido, além dos fatores estruturais, tais como ausência de moradia, desemprego, inexistência de trabalho e/ou renda, entre outros, há de se observar também os fatores biográficos e os desastres, conforme aponta Silva (2006 *apud* BRASIL, 2008): “[...] alcoolismo, drogadição, rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, etc. [...], e os desastres de massa e/ou naturais (enchentes, incêndios, terremoto, etc.)”. O que significa dizer que, tal população está diante da “Caixa de Pandora<sup>3</sup>”, que comporta tudo que possa representar o desconhecido e imprevisível.

Segundo Lima (2020) concordância com o Instituto de Pesquisa Econômico Aplicada (Ipea), houve um aumento do número de pessoas em situação de rua no Brasil, que cresceu 140%, chegando a quase 222 mil pessoas entre os anos de 2012 e março de 2020. Porém, de acordo com a mesma publicação, esse número tende a aumentar devido as crises sociais e econômicas provocada pela Pandemia de COVID-19. Isso porque a pandemia do “novo coronavírus” deixou a descoberto a insuficiência do governo em matérias de educação, infraestrutura, segurança, economia e, principalmente, no âmbito da saúde, impondo aos governos, de um modo geral, os desafios de implementarem políticas sociais, que atendam as demandas da população nacional.

No que se refere as políticas de saúde no Brasil, particularmente, destacamos a atenção para o Sistema Único de Saúde (SUS) que, a partir da Constituição Federal de 1988

---

<sup>3</sup> A Caixa de Pandora é um mito que pertence a mitologia grega. O mito narra a história de uma mulher que foi criada por Zeus (o deus de todos os deuses) e também a existência de um objeto, ou seja, de uma caixa ao qual contem dentro dela a explicação de todos os males do mundo. O mito da Caixa de Pandora de um modo geral comporta algo que representa o desconhecido e imprevisível, pois Epimeteu ao receber Pandora como presente de Zeus, ganha também a Caixa ao qual foi avisado por Zeus que em hipótese alguma a caixa deveria ser aberta (SOUSA, 2022).

passou a compor o tripé da seguridade social como parte dos direitos relativos à saúde, o qual deveria oferecer aos cidadãos brasileiros um conjunto integral, universal e sobretudo gratuito de serviços de atenção à saúde. Atribui à saúde um caráter universalizante, como bem afirma o art.196, da seção II, Da Saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante 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).

Contudo, de um modo geral:

Os serviços de saúde limitam o acesso, restringem o acolhimento e não respondem às necessidades dessa população, o que leva ao abandono dos acompanhamentos. Tal situação é agravada quando as pessoas em situação de rua apresentam transtornos mentais e estudos destacam limitações das Políticas Públicas voltadas para esse grupo (WIJK; MÂNGIA, 2017, p. 3358).

Isso ocorre devido as crises que o sistema de saúde pública vem enfrentando ao longo dos anos, sendo manifestadas na sua gestão, no seu financiamento, na qualidade dos serviços prestados, etc. (FRANÇA JÚNIOR, 2020). Além disso a política de saúde pública situa-se em um terreno de conflituosos interesses, de um lado tem a organização do sistema capitalista de produção e por outro lado o avanço das ideias neoliberais. Essa ideia tem colaborado para o desenvolvimento de uma política econômica que a todo momento volta-se para a rentabilidade econômica em detrimento dos avanços sociais (BOSQUETTI, 2009). Como destaca Lourenço (2009), isso acontece porque à saúde é pensada enquanto mercadoria no qual prevalece a visão de que o mercado é mais eficiente.

No âmbito da relação do SUS com as demais políticas sociais destacamos a Política Pública de Saúde para a População em Situação de Rua, instituída em 2009, cuja iniciativa parte da discussão para o “revertimento” do quadro de exclusão e invisibilidade que se colocou ao longo da história e tem se colocado cada vez mais crítico para essa população. Portanto, mesmo com a implementação dessa política, a condição de precariedade social dessa população ainda é uma realidade, como aponta Honorato e Oliveira (2020), pois passados mais de 10 anos de sua publicação a condição de vida dessa população tem se agravado.

A precariedade social da população em situação de rua é presente desde longas datas como bem podemos observar nas epígrafes que abrem esse tópico do trabalho, pois está imbuído em seu processo a exclusão, de modo que tais homens e mulheres não sofrem apenas

rupturas familiares, mas também rupturas sociais e afetivas, como bem ressalta Trino, Rodrigues e Reis Junior, no Manual Sobre a Promoção de Cuidado à Saúde junto à População de Rua (2012, p. 31). Assim, tendo em vista que tais sujeitos são levados a vivenciarem novas formas de relacionamentos diante de uma sociedade extremamente marcada pela desumanização e preconceitos, violentando e segregando esses indivíduos ao passo em que, segundo os mesmos autores, “incita a ressignificar sua inserção no andar a vida” (TRINO et al, 2012, apud BRASIL, 2012, p. 31).

Desse modo, o tempo em que se assinala pelo chamamento de isolamento social devido a Pandemia da COVID-19 é que devemos refletir a cerca dessas pessoas que estão em situação de rua. Ora, devido à grande precarização e exclusão a que estão sujeitos tais homens e mulheres, entende-se suas condições objetivas de vida nas ruas, só aumentaram as chances de contaminação por parte do coronavírus. Porém, no Brasil ainda não se tem dados e números a respeito do total de pessoas situação de rua que foram contaminados pela COVID-19, como bem destaca o site Rede Brasil Atual (RBA) que solicitou dados acerca de números de casos confirmados de contaminação e/ou óbitos entre essa população junto as secretarias de Saúde das cidades com mais de 900 mil habitantes. A RBA destacou que “segundo especialistas e movimentos, as estatísticas estão centradas em quem está abrigado em acolhimentos e centros temporários. O que pode estar deixando escapar da conta quem vive e dorme nas calçadas e embaixo das marquises das cidades” (ASSUNÇÃO/RBA, 2022).

As pessoas em situação de rua são alvos das péssimas condições de vida, em face do que o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua – destaca que essa população se encontra sob um leque de vulnerabilidades sociais. Além disso, há outros fatores como fome, insalubridade, uso de álcool e outras drogas que somados a estes potencializam riscos muito maiores para essa população, ocasionando adoecimentos mentais ou piorando o quadro de saúde mental daqueles que já eram acometidos por alguma doença mental, fatores estes que os tornam alvos de violências físicas. São pessoas que são estigmatizadas pela sociedade, que estão à margem da sociedade, sob total falta de assistência por parte do Estado, no qual em meio ao contexto pandêmico em que nos encontramos, os serviços de saúde que de um modo geral já são precários, para essa população torna-se muito mais limitado o acesso.

Isso põe em questão o que Wijk e Mângia descrevem:

Pessoas em situação de rua tendem a não se reconhecerem como detentoras de direitos e apresentam agravos a saúde física e mental

mais significativos do que a população em geral. A presença de transtornos mentais, associados ou não ao uso de prejudicial de substâncias, como álcool, crack e outras drogas, bem como a mortalidade prematura, são fatores que requerem ações intersetoriais, preferivelmente coordenadas pela atenção primária em saúde (WIJK; MÂNGIA, 2017, p. 3358).

O momento que atravessamos reclama uma atenção maior para com essa população, tendo em vista as condições em que se encontram, e as colocarem em um patamar muito mais suscetível a infecções e, principalmente, ao contágio por parte da doença COVID-19, sendo que o coronavírus entre a população em situação de rua é preocupante, por justamente “ter a dificuldade no acesso dessas pessoas ao Sistema Único de Saúde que, em sua maioria, esse não acesso se deve ao não autorreconhecimento de tais homens e mulheres enquanto detentores de direitos” (HONORATO; OLIVEIRA, 2020, p. 1065).

Além disso, essas pessoas apresentam em sua maioria algum tipo de dependência de substâncias químicas, tais como o uso de álcool, craque, etc., como bem destaca uma matéria publicada no blog do Grupo Aliança pela Vida, no ano de 2021 em relação aos dados divulgados pela Coordenadoria de Prevenção às Drogas que tinha como manchete “Drogas e álcool entre moradores de rua”, destacando que 60% das pessoas em situação de rua são usuários de substâncias químicas, como crack e maconha, o que pode intensificar os quadros de adoecimentos mentais que, conseqüentemente, no contexto da Pandemia de COVID-19, pode aumentar a disparidade de infecção por COVID-19 em relação a população no geral.

É por meio da dimensão da precarização da população em situação de rua e por meio da contaminação pelo novo coronavírus, tendo em vista as inúmeras dificuldades de acesso ao sistema de saúde pública que nos questionamos sobre as incidências entre adoecimento mental decorrente das condições de vida dessa população. Assim, concordamos com Santos (2020), quando o mesmo afirma que as pessoas em situação de rua, “habitam a cidade sem ter direito a cidade”.

## CAPITULO 3

### 3.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SAÚDE MENTAL, ASSISTÊNCIA SOCIAL E FILANTROPIA NA CIDADE DE SOUSA – PB, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Antes de adentrarmos nas discussões referente no tópico 3.3 e, conseqüentemente, no tópico 3.4. Vale destacar a respeito de como aconteceu os procedimentos metodológicos referentes a pesquisa de campo, ou seja, o processo e o acesso aos entrevistados.

A pesquisa tem como cenário a cidade de Sousa – PB, onde buscou-se conhecer, no contexto da Pandemia de COVID-19, as políticas públicas de assistência as pessoas em situação de rua, bem como, buscaram-se fazer uma análise sociopolítica das condições de saúde mental dessa população durante a crise sanitária ainda vigente, visando compreender os limites da assistência social para essa população e a atuação da Casa de Misericórdia junto a essa população em situação de rua na referida cidade.

Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturada e aplicação de questionário subjetivo/aberto, contando com 18 questões ao todo. As entrevistas foram feitas com os (as) assistentes sociais da cidade de Sousa – PB que atuam nos espaços sócio ocupacionais, como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), no CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) e no CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social). Além desses espaços, foi realizada entrevistas com a coordenação da Instituição da Casa de Misericórdia da cidade de Sousa.

Os procedimentos éticos da pesquisa se deram por meio de solicitação de permissão e participação da pesquisa, mediante a apresentação do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) aos colaboradores/entrevistados.

Logo, pensando no que diz respeito ao sigilo dos participantes para com a pesquisa, os nomes não foram revelados. Pensando nisso, optamos por utilizar nome fictício para o colaborador da Casa de Misericórdia, que passamos a chamar de Misericórdia.

Com o mesmo objetivo de preservar a identidade dos Assistentes Sociais, os identificamos como: Assistente Social 1, Assistente Social 2, Assistente Social 3, Assistente Social 4.

### 3.2 ADOECIMENTO MENTAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: ENTENDENDO O QUE FAZ O MEDO E CONTEXTO

O novo Coronavírus Humano (SARS-COV-2), tecnicamente chamado de COVID-19, chegou ao Brasil no mês de fevereiro de 2020, registrando assim seu primeiro caso confirmado na cidade de São Paulo no dia 26 do respectivo mês. Por se tratar de um vírus, no qual se assemelha a uma gripe, atingiu rapidamente um quadro de contaminação comunitária. Atualmente, registra-se no Brasil através de dados atualizados do Ministério da Saúde cerca de 36.552.432 milhões de casos confirmados, destes registra-se mais de 694.985<sup>4</sup> mil óbitos. No Estado da Paraíba o número também nos causa impacto, pois, o cenário pandêmico atualmente ultrapassa os 702.386 mil casos confirmados, seguido dos mais de 10.537<sup>5</sup> mil óbitos registrados, tendo uma incidência de taxa de letalidade em torno de 1,50% em todo o Estado, dados atualizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba.

Com a decorrência da *COVID-19*, cresce nesse sentido a demanda por serviços de saúde mental, pois, a pandemia tem imposto mudanças na organização da vida social como todo, potencializando riscos muito mais frequentes de adoecimentos mentais. Pânico, ansiedade, insônia, luto, isolamento, perda de renda, depressão, etc., sem falar que de acordo com a página da OPAS<sup>6</sup> (Organização Pan-Americana da Saúde) na internet a OMS (Organização Mundial de Saúde) faz um chamado de alerta para a todos os países, solicitando que os mesmos venham intensificar os serviços de saúde em apoio a saúde mental, pois de acordo com a mesma a *COVID-19* vem desencadeando um aumento de ansiedade e depressão em todo mundo.

De acordo com a página Biblioteca Virtual em Saúde<sup>7</sup>, destacou que a quarta onda da *COVID-19* tem como consequência o aumento de transtornos mentais e de traumas psicológicos, sejam eles provocados pela infecção ou pelos desdobramentos secundários. Podemos elencar que tais desdobramentos inclui os medos, como por exemplo: o medo de

---

<sup>4</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Covid-19: Situação epidemiológica do Brasil, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/informes-diarios-covid-19/covid-19-situacao-epidemiologica-do-brasil-nesta-terca-feira-10-1>.

<sup>5</sup> BRASIL, Governo da Paraíba/Secretaria da saúde da Paraíba. Dados epidemiológicos da Paraíba, 2023. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/dados-epidemiologicos-covid>.

<sup>6</sup> OPAS. Pandemia de covid-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de depressão e ansiedade em todo mundo, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>.

<sup>7</sup> BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde/Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/saude-mental-e-a-pandemia-de-covid-19/>.

adoecer e conseqüentemente morrer; o medo do isolamento e do distanciamento social; o medo de perder a fonte de renda, seja por não poder trabalhar ou ser demitido; o medo de contrair o vírus e contaminar os entes queridos; o medo que causa desespero e ao mesmo tempo desesperança diante de um cenário de muito luto e dor, e tantos outros medos.

Logo, todo esse cenário contribuiu para conseqüências na saúde mental das pessoas, como por exemplo o aumento de depressão e de ansiedade, pois de acordo com a página de internet BBC New Brasil<sup>8</sup>, publicou em sua página uma pesquisa realizada pelo Ipsos no ano de 2021, no qual destacou que a saúde mental dos brasileiros piorou 53% durante o processo de pandemia. Ademais, segundo a Cofen<sup>9</sup>(Conselho Federal de Enfermagem) destacou que o Brasil vive uma segunda pandemia, agora na saúde mental, salientando que os principais quadros são os de ansiedade e depressão.

Por certo, também a população de rua sofreu com a disseminação do vírus, das notícias, das fake news, do horror de ver tantos mortos e tanta indiferença por parte do estado e da sociedade, restando a tais homens e mulheres a misericórdia das instituições caritativas/filantrópicas, tal como aconteceu na cidade de Sousa, no interior da Paraíba, conforme poderemos ver nos tópicos que seguem.

Nesse sentido surge a preocupação com aqueles (as) que não tem onde morar. Pois o momento atual tem configurado maiores mudanças devido a *COVID-19*, no qual tem intensificado o quadro de vulnerabilidade que estas pessoas que se encontram em situação de rua apresentam, pois, o coronavírus em meio a essa população aponta para tendências muito mais preocupantes, ou seja, a começar pelo acesso ao sistema de saúde pública brasileiro, além disso, se tornam mais suscetíveis as infecções, sem falar nas implicações e/ou impactos na saúde mental dessa população desassistida. Ter acesso a serviços de saúde, a medicamentos, a produtos de higiene pessoal, a apoios sociais fazem toda diferença entre a vida e a morte nesse momento.

Ademais, o atual cenário faz com que haja uma maior segregação e exclusão social dessa população, correndo um grande risco de transformar uma questão de saúde pública em uma política de segurança pública, ou seja, as pessoas em situação de rua tornam-se sinônimo de perigo, de pessoas que colocam a vidas das outras em risco, mas não como uma população em risco com a COVID-19.

---

<sup>8</sup> BRASIL, BBC New Brasil. Covid-19: saúde mental piorou para 53% dos brasileiros sob pandemia, aponta pesquisa, 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-56726583>.

<sup>9</sup> BRASIL, COFEN. Brasil vive uma segunda pandemia, agora na saúde mental, 2022. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/brasil-enfrenta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental\\_103538.html](http://www.cofen.gov.br/brasil-enfrenta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental_103538.html).



### 3.3 ASSISTÊNCIA SOCIAL, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE SOUSA – PB: QUAL SAÍDA?

*“São pessoas abandonadas, entregues à própria sorte”.*

(Assistente Social 1).

Na fala da Assistente Social, citada em epígrafe, podemos identificar e perceber que a população em situação de rua da cidade de Sousa está inserida em uma condição nada fácil, em um contexto que os impõe a situação de abandono e, por conseguinte, que os deixam à mercê da própria sorte diante de uma luta contínua por sua sobrevivência.

A sobrevivência que quero aqui destacar aqui é de incertezas. Incertezas a respeito daquilo que é considerado essencial para a existência humana e que, segundo o artigo 6º da Constituição Federal do Brasil são direitos sociais de todos os homens e mulheres brasileiros, que deveriam ter garantidos pelo Estado o acesso à educação, a saúde, a garantia de alimentação, moradia e segurança, a assistência aos desamparados, além de trabalho, transporte, lazer, previdência social, proteção à maternidade e à infância (BRASIL, 1988). Apesar do que preconiza a Carta Magna, são muitos os brasileiros que, estando em situação de rua, vivem na insegurança sobre onde encontrarão abrigo nos dias de chuva, frio ou até mesmo para se protegerem do sol escaldante do sertão, pior ainda, muitos destes sujeitos sequer sabem o que comerão e se comerão, como bem destaca Nascimento (2018).

Tais incertezas de sobrevivência se revelam para essa população em situação de rua como um desafio, pois diariamente essas pessoas se confrontam com diversas formas de violência urbana, ao tempo em que são expostos às inúmeras doenças, o que amplia os riscos de vida para essa parcela da população. Além disso, a população em situação de rua também é vítima da indiferença social e da ineficiência do Estado. Inclusive, no que se refere aos homens e mulheres em situação de rua da cidade de Sousa, no interior da Paraíba, o (a) Assistente Social 1(2022) observou que entre um dos maiores desafios enfrentados por tais sujeitos pesa também a questão da invisibilidade, afirmando ter certeza “90% da população de Sousa já considera como normal estar na presença dos mesmos e não fazer nada para ajudá-los a sair dessa condição de rua” (Assistente Social 1, 2022). De acordo com o (a) mesmo (a) profissional, raramente a população de Sousa ajuda tais sujeitos com alimentos e/ou dinheiro, o que considera como pouco diante das necessidades que os mesmos enfrentam. Inclusive, o

(a) Assistente Social 1 (2022) deixa em relevo que, de um modo geral, a população de Sousa teme dar dinheiro para os moradores em situação de rua por acreditarem que os mesmos possam utilizar essa ajuda para aquisição de drogas e/ou outras bebidas alcoólicas, pois esses sujeitos são vítimas de uma visibilidade excludente. Uma visibilidade que é carregado de estigmas e preconceitos, pois são vistos como criminosos, drogados, bandidos, marginais, vagabundos<sup>10</sup>, ou seja, destoam da ordem socialmente imposta pela sociedade. Tal condição foi citada pela Assistente Social 2, quando a mesma observou que população em situação de rua na cidade de Sousa é constituída em sua grande maioria por “pessoas negras, com baixa escolaridade. São pessoas rotuladas pelo preconceito, marginalizadas... invisíveis dos olhos dos gestores”.

A fala dos (as) colaboradores (as) nos provoca a refletir a cerca de outras questões, quais sejam: tais pessoas não demandam unicamente de um teto para abrigar-se, ou de alimento para saciar a fome, mas precisam serem vistas e notadas enquanto cidadãos de direito, precisam ser aceitas pela sociedade. Noutras palavras, merecem serem vistos enquanto sujeitos de direitos. Além disso, a população que ocupa as calçadas, as praças e as ruas de Sousa não foram/são apenas excluídas do convívio social, tais homens e mulheres também foram/são abandonadas pelo Estado, que apesar de criar políticas públicas para tais demandas, tem se mostrado insuficiente.

De acordo com alguns dos nossos colaboradores, as pessoas em situação de rua não se percebem enquanto sujeitos de direitos, conforme afirmou o (a) Assistente Social 4 (2022): “Pelo pouco que sei, nenhum deles tem conhecimento de seus direitos”. Sobre isso o (a) Assistente Social 3 (2022) sublinhou: “Eu acredito que as pessoas em situação de rua não conhecessem seus direitos. Pois já se encontram tão fragilizadas que acabam não se enxergando enquanto sujeitos de direitos e também não existe um trabalho com eles nesse sentido”.

Por outro lado, o (a) Assistente Social 2 (2022) diz que os homens e mulheres em situação de rua, “até se reconhecem enquanto sujeitos de direitos, mas devido a tantas violências, acabam não tendo voz para exercer”.

Nessa mesma linha de raciocínio o (a) Assistente Social 2 (2022) afirmou que: “essas pessoas têm pouco conhecimento de seus direitos. Se veem sem força, sem direito de voz para lutarem por seus direitos”.

---

<sup>10</sup> Para mais informações a respeito ler o texto de Mateus Freitas Cunha e Rosane Neves Silva no link: [jhvzDFSFYqLRhtSjF9NcCqi.pdf](https://www.repositorio.ufpa.br/bitstream/handle/2011-6/10000/jhvzDFSFYqLRhtSjF9NcCqi.pdf).

Também o (a) colaborador (a) que atua junto à Casa da Misericórdia, a quem chamaremos nesse estudo de Misericórdia (2022), corrobora com tal ideia, observou: “acredito que conheçam seus direitos, porém muita das vezes são eliminados/esquecidos como tais”.

Embora se observe divergências no posicionamentos dos nossos colaboradores quanto ao conhecimento por parte da população em situação de rua, da cidade de Sousa, sobre seus direitos, o que fica em evidência em todos esses discurso é que, ainda que alguns tenham esse conhecimento, pela situação de vulnerabilidade em que se encontram, eles se veem diante de muita exclusão, não tendo forças para lutar por seus direitos justamente devido às inúmeras fragilidades que os invisibilizam perante a sociedade e o Estado.

É importante sublinhar, conforme já observado nos capítulos anteriores, que ninguém escolhe viver nas ruas. As pessoas que se encontram em situação de rua na cidade de Sousa são resultado de todo um contexto de desestruturação socioeconômico e familiar, conforme sublinhou Misericórdia (2022):

São seres humanos, dignos de serem vistos pela sociedade. Eles possuem famílias, porém são abandonados nas ruas. Não possuem empregos e por isso vivem à mercê da ajuda dos outros. A maioria possui algum tipo de adoecimento mental. Ninguém vai morar nas ruas sem que tenha algum tipo de transtorno mental. 50% deles são viciados em drogas. Algum deles possuem sim algum tipo de deficiência física, outros tem problemas de saúde como tuberculose e Aids.

O Assistente Social 2 também referiu sobre a condição tais homens e mulheres em relação a dependência química, observou:

O que percebo é que são pessoas que estão em situação de rua proveniente do uso de drogas lícitas e ilícitas, o que gera problemas com a família. Há também a questão do desemprego. Nenhum caso chegou até a gente de pessoas em situação de rua com deficiência física ou problema mental (Assistente Social 2, 2022).

Para o Assistente Social 3, os homens e mulheres em situação de rua

São pessoas que infelizmente são os sem nomes, sem números... são pessoas em um estado de vulnerabilidades total, ou seja, os invisíveis pela sociedade. Em sua maioria não possuem casas, famílias e nem emprego. A saúde mental nem existe, pois, para ter um atendimento precisa de um documento e em sua maioria eles nem tem. Em partes são usuários de drogas lícitas e/ou ilícitas, pois é uma válvula de escape (Assistente Social 3, 2022).

Também os Assistentes Sociais 1 e 4, sugerem essa relação morador de rua-dependente químico, como pode ser observado abaixo:

Nas ruas de Sousa podemos observar que tais moradores de rua sempre são usuários de drogas lícitas e/ou ilícitas, com isso podemos perceber enfermidades pelo corpo, sim. Podemos observar que todas essas pessoas sempre são negras e homens que pela cor da pele não tem oportunidade de um emprego melhor, e começam a adentrar nas drogas, sendo muitas das vezes largados pela família e pela sociedade em geral (Assistente Social 1, 2022).

A maioria das pessoas que vivem em situação de rua no município de Sousa ao meu ver tem cor e cid. São pessoas negras e usarias de drogas. Muitas delas têm família, mas com vínculos rompidos; já tiveram vínculos empregatícios estáveis, mas que, hoje vivem na informalidade, no desemprego (Assistente Social 4, 2022).

Há presentes em todas as respostas que as pessoas em situação de rua na cidade de Sousa em sua maioria são desempregadas, com vínculos familiares rompidos e também são usuários de drogas lícitas e/ou ilícitas, o que sugere que o desemprego e a perda de vínculos familiares entre essa população podem estar relacionados ao uso de drogas. Nesse sentido, concordamos com Cílija Nascimento (2018), em pesquisa realizada na cidade de Cajazeiras acerca da população em situação de rua, a condição de dependência química além de relevar problemas de saúde física e mental, ocasiona também a perda de vínculo familiares e o desemprego, ao qual está relacionado pelo preconceito.

Outro elemento que chama a atenção, notadamente, nos depoimentos dos Assistentes Sociais 1 e 4, diz respeito a questão racial, visto que tais colaboradores (as) referem que as pessoas em situação de rua são majoritariamente negras, o que deixa em evidência mais essa face da questão social brasileira, uma vez que pela violência histórica muitos negros foram e continuam sendo destituídos de direitos básicos, o que inviabiliza sua mobilidade social.

Isto posto, diante desse cenário de vulnerabilidade e, considerando as Políticas públicas para População em situação de rua, faz-se necessário conhecer a atuação do governo de Sousa para minimizar os danos dessa população. Assim, de acordo com o (a) Assistente Social 1(2022):

em Sousa temos associações religiosas que estão em parcerias com a prefeitura do município disponibilizando uma ajuda para alimentação. Dentro do próprio governo temos os programas Pão na Mesa, que entrega pães de terças a sábado e a Terceira Refeição, que entrega a janta as comunidades carentes, assim garantindo a alimentação para

aliviar um pouco as comunidades carentes para que não vá pedir ou até chegar a ser morador de rua.

O (a) Assistente Social 2 acrescenta que sempre se busca realizar parceria com instituições que atuam e trabalham com essa população de rua. Cita como exemplo A Casa da Misericórdia ou o Pião<sup>11</sup>. Segundo o (a) mesmo (a) “a nível de governo municipal não tem uma coisa específica, porém, não é porque não tem que deva deixar de atender” (ASSITENTE SOCIAL 2, 2022).

Porém, para o (a) Assistente Social 4 (2022) “o governo tem agido em ações pontuais e insuficientes. Uma cidade do porte de Sousa não existe um Centro Pop, não tem equipe de Consultório de Rua. Enfim, ainda há muito o que ser feito. ”

Finalmente, o (a) Assistente Social 3 (2022) afirmou que: “não consegue ver nenhum programa do governo local voltado para esse público”. E acrescentou: “O que vejo muito é a atuação do terceiro setor do que do governo municipal”.

Compreende-se que diante da não assistência prestada seja por parte do governo local, estadual e/ou federal, de um modo geral a população em situação de rua fica dependentes da ação das instituições filantrópicas, mesmo sabendo que é uma atuação imediata, focalista, ou seja, ações paliativas, o que não difere muito das ações prestadas pelas esferas federal, estadual e municipal, quando existem, pois em sua essência as políticas públicas para essas populações não são pensadas estrategicamente para a promoção e independência do sujeito. De todo o modo, na inexistência de tais políticas, chama a atenção para o fato de serem as instituições de caridade que tem se voltado a prestar uma assistência para essas pessoas que se encontram nas ruas de Sousa. Diante do preconceito e da indiferença, são essas instituições que tem assistido tais homens e mulheres em suas necessidades mais urgentes, além de serem elas o contato e a referência por parte das pessoas em situação de rua da cidade quando precisam de ajuda.

Ora, considerando as instituições de assistência social da cidade de Sousa, responsáveis pela inclusão social, tratamento ambulatorial em saúde e saúde mental, redução de danos aos usuários de drogas, espera-se que exista ali Secretaria de Assistência Social, CRAS, CREAS, CAPSi, CAPSad, CAPSIII, Policlínicas, UPA, Hospital Regional, etc., com ações voltadas para as pessoas em situação de rua, o que não corresponde à realidade. Considerando que a grande maioria dos homens e mulheres em situação de rua sofrem de

---

<sup>11</sup> Trata-se de uma instituição que acolhe dependentes químicos de modo voluntario. Ela é de cunho religioso. Vive de doações.

problemas relacionados ao uso abusivo de drogas, entende-se que o adoecimento mental é uma questão presente em seu cotidiano, o que se revela como um problema de saúde pública, notadamente, de saúde mental. Diante disso, uma questão da maior relevância para este estudo foi entender como tais pessoas são atendidas em suas necessidades de saúde, nas instituições públicas de saúde de Sousa. Assim, de acordo com o[a] Assistente Social 2:

Acredito que eles estão num processo de adoecimento mental porque já se encontram num processo de violência tão grande que acabam entrando para o mundo das drogas como se fosse uma fuga da realidade em que se encontram. Então eu acredito que todos estes casos em que a gente atendeu expressam um pouco de adoecimento mental. Eles chegam até nós por meio de denúncias (2022).

A Assistente Social 4 (2022), por sua vez, observa que “geralmente, com o passar do tempo os usuários de drogas desenvolvem algum transtorno mental. O atendimento na instituição é por demanda espontânea, não necessita de referenciamento”.

O relato de um caso específico pelo Assistente Social 1, deixa em evidência os esforços dos profissionais das equipes de saúde mental do município em atender as demandas e urgências desse público, como bem pode ser notado a seguir:

Alguns meses um casal procurou a instituição em relação a sua situação de rua e nós como instituição fomos resolvendo as demandas dessa família com a nossa psicóloga, fomos em busca de parentes mais próximos para que ficassem em sua casa até resolvermos a volta do casal para a cidade que eles poderiam volta a sua rotina normal, conseguimos as passagens pelo benefício eventual e eles foram para a cidade de onde eles vieram, e estão bem agora (ASSISTENTE SOCIAL 1, 2022).

Em sua maioria, as respostas nos revelam que as pessoas em situação de rua da cidade de Sousa – PB, são em sua maioria uma população que apresenta algum tipo de adoecimento mental. Tal adoecimento mental tem uma relação intrínseca com o uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. De acordo com Nascimento “o uso de drogas é responsável por alguns transtornos mentais tais como: depressão, irritabilidades e mesmo demência” (2018, p. 48). A mesma autora salienta e chama a atenção para o fato do uso de drogas, se tratar, em muitos casos, de dependência química, o que pode sim ser um agravante para a saúde mental dessa população em situação de rua.

No que se refere a dependência química a Sra. Misericórdia, afirmou:

Acredito que a maioria possui algum tipo de adoecimento mental. Acredito que ninguém vai morar nas ruas, calçadas, dormir nos bancos de praças somente porque são viciados em drogas. Acredito que o uso de drogas ao meu ver é como se fosse uma fuga da cruel realidade vivida por eles (MISERICÓRDIA, 2022).

Além disso, há presente nas respostas dos (as) colaboradores (as) o fato de que as pessoas que estão nas ruas da cidade de Sousa encontram nas drogas uma fuga da realidade em que vivem, o que coaduna com Escorel, para quem o consumo de álcool feito pelo morador de rua possibilita aos mesmos enfrentarem a sua dupla solidão, seja em relação ao passado deles, seja em relação ao seu grupo social. Isso se justifica o fato de que “o álcool possibilita desligar-se do mundo real e mergulhar em outro plano da realidade, tornando suportável o cotidiano” (SCOREL, 1999, p.161).

Noutras palavras, o uso de drogas entre as pessoas em situação de rua pode ser compreendido como uma solução para a realidade à qual estão sujeitos e/ou como um refúgio. Mas o adoecimento mental entre essa população de rua pode ter outros fatores, inclusive, os números de adoecimento mental entre os homens e mulheres em situação de rua na cidade de Sousa, durante a pandemia da COVID-19, provavelmente teve um aumento, conforme sublinhou o (a) Assistente Social 1, que afirmou: “aumentou demais! Toda a população adoeceu e nós profissionais também”! O (a) Assistente Social 3 acrescentou ainda que houve sim um aumento no número de doentes mentais durante a crise sanitária e destacou:

Na pandemia houve um aumento no adoecimento mental em pessoas em situação de rua, sem dúvida! Isso podemos observar nas próprias ruas da cidade e nos relatos que a gente acompanhou nas redes sociais de pessoas que foram levadas pela própria sociedade, por moradores que viram surtos mesmos que foram conduzidos até o CAPS III ou para o hospital regional (ASSISTENTE SOCIAL 3, 2022).

Como se vê, podemos identificar que durante a pandemia da *COVID-19* houve um acréscimo entre as pessoas em situação de rua no que diz respeito ao quadro de adoecimento mental.

Ademais, durante a pandemia da *COVID-19* houve omissão por parte dos governos federais, estaduais e municipais a respeito das Políticas Públicas para a População de Rua, conforme destacou o (a) Assistente Social 3, o qual relatou: “Não tenho conhecimento de nenhum tipo de ajuda para as pessoas em situação de rua provenientes das três esferas de governo.”

Contudo, de acordo com o (a) Assistente Social 1, houve por parte do governo municipal um trabalho junto a essa população de rua durante a *COVID-19*, como por exemplo: a distribuição de máscaras, álcool em gel e também locais para os mesmos ficarem.

Ademais, nota-se que ao longo do processo de pandemia as ações para essa população foram muito pontuais, ou seja, paliativas. Lembrando que tais ações foram realizadas pelo município. Destaca-se que tais ações são insuficientes, pois se levarmos em consideração que para além do cuidado com o contágio da *COVID-19* é uma população que demanda também de cuidado com a saúde mental, como já foi destacado antes. Apesar disso, fica em relevo que as ações se limitaram às questões sanitárias, ficando a alimentação dessa população esquecida, diante do que, a urgência de ações filantrópicas se justificou ainda mais, quando se observa o quadro de isolamento social e a redução das doações de alimentos pela população, que ainda que incipiente e com o caráter de “esmola” era a segurança alimentar de alguns dos homens e mulheres que vivem nas ruas de Sousa. Tais inseguranças, ou mesmo o medo de ser contaminado pelo vírus da *COVID-19*, deve ter provocado muitos medos e, conseqüentemente, ter provocado o adoecimento mental de muitos desses moradores das passagens sousenses, quando não ceifou suas vidas, como já foi tratado em tópico específico sobre saúde mental durante a pandemia de *COVID-19*, intitulado: Adoecimento mental durante a Pandemia de *COVID-19*: entendendo o que faz o medo e contexto.

Enfim, podemos destacar que a população de rua da cidade de Sousa – PB é desassistida pelo Estado, conforme fica em relevo na fala do Assistente Social 1.

Sou muito franca que as políticas públicas estão mais em evidência no papel, ou seja, não estão sendo executadas como deveriam ser, isso me deixa muito triste, pois como assistente social me sinto impotente em buscar resolver algo para a população de modo geral e não conseguir, estando sempre esperando pelos que estão acima de nós. Com isso, acho que não são eficazes as políticas públicas principalmente para a pessoas em situação de rua (ASSISTENTE SOCIAL 1, 2022).

Essa insuficiência do Estado torna-se relevante a atuação das instituições de caridades/filantrópicas presente na cidade de Sousa. Sobretudo, quero aqui destacar a atuação da Casa de Misericórdia de Sousa, que é uma instituição filantrópica de fundamental importância na assistência a essa população de rua. Tendo desempenhado papel crucial para a sobrevivência dos sujeitos que vivem nas passagens ao longo dos mais de 2 anos de Pandemia de *COVID-19*.



A referida instituição, ao longo de sua existência, que tem pouco mais de 3 anos, vem realizando um trabalho considerado pelos Assistentes Sociais consultados como sendo um exemplo do bem a ser reproduzido e espalhado, tendo se tornando referência no trabalho, acolhimento e na assistência prestada aos moradores de rua da cidade de Sousa, como será melhor analisado a seguir.

#### 3.4 A CASA DA MISERICÓRDIA DE SOUSA: ASSISTÊNCIA RELIGIOSA E CARITATIVA AS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

*Esse lugar que estamos aqui agora, sempre foi parte de um sonho. Um sonho ao qual não sonhava sozinha [...]. O que temos hoje é muito maior do que um dia sonhamos. Sonhávamos com um espaço que pudesse ofertar um serviço de ajuda digna para as pessoas que estavam em situação de rua na cidade. Hoje ver esse sonho sendo realizado é algo prazeroso. Não é fácil viver uma vida de doação e de serviço ao próximo, mas é uma experiência riquíssima, só quem vive sabe tamanha graça e prazer. Poder oferecer as pessoas que se encontram em situação de rua um espaço que serve de apoio seja na parte da higiene pessoal [...]. Eles chegam aqui com a roupa suja, vão para o banheiro, tomam banho, trocam de roupa, vestem uma roupa limpinha e cheirosa. Além disso, podem fazer 3 refeições dignas: café da manhã, almoço e janta. Porém, não podemos esquecer do aspecto da fé que a Casa oferece a eles. É tanto que quando decidimos abrir A Casa da Misericórdia, nós todos os dias às 15:00 horas da tarde rezamos o terço da misericórdia.*

Dona Leda – Coordenadora da Casa da Misericórdia.

A Casa da Misericórdia da cidade de Sousa nasce desse sonho da Dona Leda e de seu irmão Roberto Freire, em dar respostas aos inúmeros sofrimentos que as pessoas que estão em situação de rua na cidade enfrentam. Dentre eles, a fome, as doenças, o frio ou o calor durante os meses de estiagem que atingem o Sertão nordestino com regularidade, além dos aspectos mais humanitários: a falta da mão amiga, da ajuda, da solidariedade e, sobretudo, da falta de compaixão para aqueles que são, na maioria das vezes inviabilizados aos olhos da sociedade, apesar da visibilidade que possuem enquanto ameaça à ordem pública, o que, em tempos de Pandemia trouxe à tona as antigas teorias sociais das doenças, que tendiam a interpretar nos séculos XVIII e XIX as enfermidades como fenômeno social, atribuindo, como observa Luís Urteaga: “[...] a la pobreza, el exceso de trabajo, la mala alimentación, el hacinamiento en barrios insalubres, y otros factores de tipo económico-social, una gran relevancia para

explicar el impacto de determinadas enfermedades” (LUÍS URTEAGA *apud* JUNQUEIRA, 2016, p. 55).

Ademais, no que se refere A Casa da Misericórdia, de acordo com sua idealizadora, o sonho nasce frente ao movimento de uma pastoral, denominado como Pastoral do Povo de Rua, a qual desenvolvia um trabalho muito importante junto as pessoas em situação de rua na cidade de Sousa. Dona Leda, na época, era coordenadora da pastoral. Mediante a vivência com a realidade dessas pessoas Dona Leda, juntamente com o seu irmão Roberto Freire, por experimentarem as amarguras de ver tantas histórias de lutas, superações e abandono, foram amadurecendo a ideia de abrir um espaço, ou seja, uma casa que pudesse servir de apoio, de amparo, aliás que pudesse servir de referência para os homens e mulheres que viviam nas passagens de Sousa.

O sonho se tornou realidade no ano de 2019, mais precisamente no dia 17 de julho foi fundada A Casa da Misericórdia, um lugar que presta assistência aos homens e mulheres em situação de rua na cidade de Sousa. Assistência essa que faz muita diferença na vida de pessoas que se encontram nas ruas daquela cidade. Os sujeitos que procuram ajuda ou que são encontrados pela Casa recebem atenção e ajudas nas suas necessidades mais urgentes. Cuidados como na parte da higiene pessoal, como bem descritos na epígrafe, cuidados com a questão da fé, pois na casa eles participam de momentos de orações e, o mais importante, que o considero como de extrema urgência, na Casa eles matam a fome que tanto os incomodam, afinal, “quem tem fome tem pressa! ”

Para os idealizadores da Casa da Misericórdia o trabalho realizado junto a instituição tem como objetivo devolver a dignidade, oferecendo a homens e mulheres em situação de rua um espaço onde possam se sentir abrigados e acolhidos.

Além disso, A Casa da Misericórdia tem um trabalho de resgate para com essas pessoas, isso fica nítido ao ver que alguns dos voluntários que ali trabalham são pessoas que um dia se encontravam em situação de rua e foram ajudados pela Casa.

A Casa da Misericórdia se tornou ao longo dos três anos de existência, referência na cidade de Sousa pelo trabalho junto a essa população, pois além de atuar frente às demandas mais urgentes, como saciar a fome dessa população, atuam num trabalho social mais amplo, pois sempre estão buscando firmar parcerias com as demais instituições presentes na cidade afim de sanar outras necessidades que esse público demanda. Um exemplo são os encaminhamentos de assistência social e de saúde e saúde mental que fazem para os CAPS, CREAS e entre outras.

Vale salientar que o papel social desenvolvido pela Casa da Misericórdia não se limita apenas as pessoas em situação de rua, mas também atuam junto as famílias carentes do município, fazendo doações de cestas básicas.

Notadamente no que se refere as populações em situação de rua, observou-se, nas declarações dos nossos colaboradores que a gestão sousense tem sido insuficiente e muitas vezes nula, inclusive, delegando as instituições de caridade a responsabilidade de assisti-las, como ficou em evidência nas falas dos Assistentes Sociais, citadas no tópico anterior.

Por outro lado, podemos observar que às instituições religiosas/caritativas na cidade de Sousa têm uma atuação muito presente quando se trata da população em situação de rua, destacando-se entre elas A Casa da Misericórdia, segundo o (a) Assistente Social 2 a instituição é fundamental para essa população que se encontra nas ruas de Sousa, pois afirma: “sem ela, não tem ninguém [em Sousa] que olhe para eles” (ASSISTENTE SOCIAL 2, 2022).

As obras de caridade realizadas pela Casa da Misericórdia se tornam ainda mais relevantes para os homens e mulheres que estão em situação de rua na cidade de Sousa, quando se tem conhecimento que o governo local realiza apenas ações pontuais, portanto insuficientes, conforme o (a) Assistente Social 4. Podemos identificar que há programas sendo desenvolvidos pela gestão sousense, com tudo, tais programas não estão direcionados para as populações em situação de rua, tais programas, segundo os (as) assistentes sociais são direcionados às comunidades carente que, segundo observado pelo (a) Assistente Social 1, não são constituídas por moradores de rua. Dentro dessa perspectiva, onde estão as ações do governo para a população de rua? Voltamos novamente para a estaca zero. O que identificamos nas vozes dos nossos colaboradores foi uma transferência de responsabilidade para a sociedade, e, sobretudo, para as instituições de caridade existentes na cidade.

Um aspecto que chamou muito a nossa atenção foi o fato de que dois dos (as) profissionais entrevistados (as), que conhecem o trabalho desenvolvido por tais instituições, enxergam a atuação da Casa e de outras instituições filantrópicas na cidade como sendo importante e positiva, como uma forma de reparar a ausência do Estado no que se refere as políticas públicas para a população em situação de rua naquela cidade.

Vejo a atuação das instituições de caridade de forma humanitária e afetiva. Da vez que fui ver, em relação à alimentação e muitas vezes palavras e até gestos afetivos (ASSISTENTE SOCIAL 1, 2022).

Essas instituições são compostas por pessoas que tem empatia, amor ao próximo. Vejo o trabalho das mesmas como algo positivo e

necessário, pois a necessidade dos usuários e algo imediato, a fome não espera (ASSISTENTE SOCIAL 4, 2022).

A Sra. Misericórdia, por sua vez, observou: as pessoas em situação de rua chegam até a Casa porque já conhecem a Casa e sabem que aqui vão ser acolhidos (MISERICÓRDIA, 2022).

Podemos identificar nas entre linhas da fala do (a) Colaborador (a) que a maioria das pessoas que estão em situação de rua, e que são assistidas pela Casa de Misericórdia, possuem algum tipo de adoecimento mental proveniente do uso de drogas. Uma matéria publicada na página de internet “Consequências das drogas: entenda o real perigo do uso de drogas”<sup>12</sup>, pelo Hospital Santa Mônica, destaca que o adoecimento mental pode ser visto como uma consequência das drogas na vida e na realidade dessas pessoas. Além disso, o autor da matéria chama a atenção para o fato da existência do perigo da associação entre drogas e doenças mentais na geração do ciclo vicioso.

Apesar do pouco tempo de existência, a Casa de Misericórdia se tornou não só referência na cidade mais também em toda a região de Sousa, sobretudo para as pessoas que se veem diante da falta de tudo. A Casa se torna para eles o lar. Isso fica nítido na fala dos próprios assistidos, como pode ser observado na fala do Sr. Esperança durante entrevista realizada pelo Jornal JPB2<sup>13</sup>, no ano de 2019: Segundo o referido senhor, na Casa as pessoas em situação de rua, “t[inham] um apoio de um lanche, de uma comida e dos artesanatos... pra quem quer fazer! E nós aqui só temos a agradecer. Pro senhor ver aí ó, aqui é uma família! (JORNAL JPB2, 2019).

Podemos perceber e identificar na fala do Sr. Esperança que a Casa de Misericórdia é para eles essa referência, não somente de apoio para refeições, higiene etc., mas também de que ela representa para eles um lar, um lugar no qual eles se sentem seguros e protegidos dos inúmeros perigos representados pela “vida ao léu”.

Ademais, destacou em entrevista que a Casa de Misericórdia diariamente, desde de sua inauguração, dispõe de 80 a 90 marmitas, que são distribuídas entre as pessoas em situação de rua daquela cidade e/ou pessoas em vulnerabilidade alimentar, também em Sousa. E sublinha:

---

<sup>12</sup> BRASIL. **Consequências das drogas:** entenda o real perigo do uso de drogas. São Paulo: Hospital Santa Mônica, 2019. Disponível em: <https://hospitalsantamonica.com.br/consequencias-das-drogas-entenda-o-real-perigo-do-uso-de-drogas/>.

<sup>13</sup> JORNAL JPB2. **Exemplos do Bem. Casa da misericórdia em Sousa.** In: Beto Silva, 2019 Disponível em: [https://m.facebook.com/story.php?story\\_fbid=pfbid0AyCLyaENqYUFgoSmePfewEvBcUXt5kyQytzu4o3ypmuAJWtDiPYuXHNf38Q7bhl&id=100001369613528&sfnsn=wiwspwa](https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid0AyCLyaENqYUFgoSmePfewEvBcUXt5kyQytzu4o3ypmuAJWtDiPYuXHNf38Q7bhl&id=100001369613528&sfnsn=wiwspwa).

“durante a pandemia esse número aumentou, chegando a 110 marmitas” (MISERICÓRDIA, 2022).

Destacou também que apesar do aumento do número de marmitas distribuídas pela instituição, o que revela um aumento do número de pessoas em situação de rua na cidade durante a Pandemia de *COVID-19*. O Sr. Esperança, observou ainda que o número de doações no que diz respeito a roupas e agasalhos diminuíram, o que na visão de Misericórdia é considerado como sendo um impacto desafiador, pois a Casa dispõe do serviço da oferta de roupas limpas para cada um dos seus assistidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos proporcionou observar e a chegar a algumas conclusões.

Podemos identificar que a partir do Momento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, houve avanços no que diz respeito às políticas públicas em saúde mental. Além de também ações públicas por parte da sociedade e do Estado. Foi a partir desse movimento que houve toda a criação e implementação dos serviços substitutivos, enquanto alternativa para o cuidado e o tratamento descentralizado em todo o país.

Logo, como parte desse cenário do movimento reformista, podemos observar que tal processo impactou a cidade de Sousa por meio da implementação dos serviços substitutivos, ou seja, a criação dos serviços dos CAPS. Isso proporcionou a cidade o sinal de referência para a pessoas que tinham ou tem algum tipo de transtorno mental, visto que antes dos ares da reforma antimanicomial chegar até a cidade a mesma não contava com nenhum serviço desse tipo, tendo que recorrer as cidades de Cajazeiras, Campina Grande e João Pessoa, a fim de encontrarem um tratamento.

Percebeu-se também que a população em situação de rua demanda de muita assistência para além da questão de falta de moradia, tais como: saúde, educação, alimentação, vestimentas. Além dos cuidados com a saúde física e/ou mental. Demandam de políticas públicas para retirada de documentos pessoais e que proporcione a esses sujeitos suas inserções em programas de geração de renda, como bem destacaram os nosso colabores da pesquisa.

Contudo, observou-se que se por um lado tais sujeitos são visíveis por acarretarem medo, perigo à população dita estabelecida de Sousa, por outro lado, há uma invisibilidade no que diz respeito essa assistência prestada a essa população que se encontram nas calças, praças, avenidas e ruas da cidade e, que, no entanto, ficam à mercê da caridade e da benevolência da sociedade, visto que as ações e políticas públicas são insuficientes para atender as demandas.

No que diz respeito a assistência, observou-se que os homens e mulheres em situação de rua na cidade de Sousa encontram nas instituições religiosas daquela cidade ajuda caritativa/filantrópica, o que lhes vale a vida! O trabalho, de alguma forma, se encaminhou para A Casa da Misericórdia que, ao longo das primeiras inquirições sobre o tema, foi crescendo aos nossos olhos, a partir de matérias em sítios eletrônicos, nos relatos de Assistentes sociais, nas experiências de sousenses que insistiam falar sobre o papel da referida

instituição para essa parcela esquecida da população, o que se confirmou nos relatos dos nossos entrevistados, que quer Assistentes Sociais ou não referenciaram o trabalho prestado pela Casa da Misericórdia de Sousa, notadamente no contexto da crise sanitária provocada pelo corona vírus.

Em relação à saúde mental dessa população de rua em Sousa, verificou-se que são sim pessoas que sofrem de algum tipo de adoecimento mental, pois há presente na realidade dessas pessoas o uso de drogas, sejam elas lícitas e ilícitas, desemprego, abandono familiar etc., ou seja, são pessoa que demandam de um suporte no que tange à saúde emocional como bem salientou nossos colaboradores da pesquisa. No mais, a pesquisa destacou também que durante a pandemia da *COVID-19* houve sim um aumento significativo de adoecimento mental entre as pessoas em situação de rua na cidade, conforme os relatos dos nossos entrevistados, entretanto, ficam em evidência que tais sujeitos são abandonados pelo Estado, que delega às instituições filantrópicas a assistência aos mesmos.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Deidvid de; SALVADORI, Lizandra Vaz. Pessoas em situação de rua, exclusão social e rualização: reflexões para o Serviço Social. **Anais [...]** Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC, 27 a 29 de outubro de 2015. Disponível em: [https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo\\_3\\_188.pdf](https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_188.pdf). Acessado em: 14 set. 2022.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-4, 1995. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSUNÇÃO, Clara. **Brasil não sabe quantas pessoas em situação de rua foram contaminadas pela COVID-19**. São Paulo: Rede Brasil Atual, 2022. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/pessoas-situacao-de-rua-contaminadas-COVID-19/>. Acesso em: 18 out. 2022.

BANDEIRA, Manuel. **O bicho**. Rio de Janeiro: Cultura Genial, 1947.

BARRETO, Lima. **O cemitério dos vivos**. 1. ed. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

BOSQUETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil. *In*: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ ABEPSS/ CEAD-UNB, 2009. Disponível em: <https://portalidea.com.br/cursos/bfdaa6c0ecd6e9f622631979427c5a5a.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2022.

BRASIL. Blog Grupo Aliança pela Vida. **As drogas e o álcool entre moradores de rua**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://blog.grupoaliancapelavida.com.br/as-drogas-e-o-alcool-entre-moradores-de-rua/>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Código Penal de 1890. **Decreto nº 847**, de 11 de outubro de 1890. Brasília: Ministério da Justiça, 1890. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1851-1899/d847.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%20847%2C%20DE%2011%20DE%20OUTUBRO%20DE%201890.&text=Promulga%20o%20Codigo%20Penal.&text=Art.,que%20n%C3%A3o%20estejam%20previamente%20estabelecidas](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%20847%2C%20DE%2011%20DE%20OUTUBRO%20DE%201890.&text=Promulga%20o%20Codigo%20Penal.&text=Art.,que%20n%C3%A3o%20estejam%20previamente%20estabelecidas). Acesso em: 30 out. 2022.



BRASIL. Governo Federal. **Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: [https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua\\_.pdf](https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf). Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Lei das Contravenções Penais. **Decreto-lei nº 3.688**, de 3 de outubro de 1941. Brasília, DF: Presidência da República, 1941. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3688-3-outubro-1941-413573-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Lei%20das%20Contraven%C3%A7%C3%B5es%20Penais.&text=Art.,n%C3%A3o%20disponha%20de%20modo%20diverso>. Acesso em: 7 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados referentes à reforma psiquiátrica**: redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar. Portal da saúde. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Lei da Reforma Psiquiátrica. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2001. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf). Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_tecnico\\_raps\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf). Acesso em: 25 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass**: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf). Acesso em: 4 out. 2022.

BRASIL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf). Acesso em: 25 ago. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VIII da Ordem Social: Seção II da Saúde. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 24 ago. 2022.

BRITO, Fátima Saionara Leandro. **Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande – PB**. 2011. 198f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade de Pernambuco, CFCH, Programa de Pós-Graduação em História – Recife: O autor, 2011. Disponível em: <https://www.culturagenial.com/poema-o-bicho-manuel-bandeira/>. Acesso em: 9 jan. 2023.

ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, v. 5, n. 3, p. 547-563, fev. 1999. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100001>.

SCOREL, Sarah. **Vidas ao léu: trajetória de exclusão social**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FRANÇA JUNIOR, Reginaldo Pereira. **COVID-19 e Saúde Mental dos(as) Trabalhadores (as)**: expressões e repercussões frente aos processos de trabalho na atenção hospitalar no sertão da Paraíba. Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUJB/UFCG, Campina Grande, 2020.

FRANCISCO, Wagner de Cerqueira e. **População em situação de rua**. Brasil Escola, 2021. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/populacao-situacao-rua.htm>. Acesso em: 14 set. 2021.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs). **Método de Pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 120p.

GIL, Antônio Carlos. **Método e técnicas de Pesquisa Social**. 6.Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Anna Luiza Castro. **A reforma psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa, PB**. 2013. 263 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

HONORATO, Bruno Eduardo Freitas; OLIVEIRA, Ana Carolina S. População em Situação de rua e **COVID-19**. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 1064-1078, jul./ago, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200268>.

JUNQUEIRA, Helmara Giccelli Formiga Wanderley. **Doidos (as) e doutores: a medicalização da loucura na Província/Estado da Parahyba do norte 1830 – 1930**. 2016. 465f.

Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, CPCH, Programa de Pós Graduação em História, Recife – PE, 2016.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, Mariana. **No Brasil, mais de 220 mil pessoas estão em situação de rua**. Observatório do 3º Setor, 2020. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/noticias/no-brasil-mais-de-220-mil-pessoas-estao-em-situacao-de-rua/>. Acesso em: 15 set. 2022.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de. **Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de França/SP**. 2009. 426p. Tese (Doutorado Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESCO). França, 2009.

MACIEL, Silvana Carneiro *et al.* Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicologia: Ciência E Profissão**, v. 29, n. 3, p. 436–447, 2009. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300002>.

MARTINS, Matheus Eduardo Rodrigues; ASSIS, Fátima Buchele; BOLSONI, Carolina Carvalho. Ressuscitando a indústria da loucura?! **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e190275, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190275>.

MOLLAT, Michel. **Os pobres na Idade Média**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.

NASCIMENTO, Cilija Oliveira do. Vidas que pedem socorro: políticas públicas de saúde mental e população em situação de rua na cidade de Cajazeiras - PB. 2018. 60f. Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal de Campina Grande, Sousa/PB, Brasil, 2018. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/12269/3/CILIJAO%20OLIVEIRA%20DO%20NASCIMENTO%20-%20TCC%20SERVIC%20SOCIAL%202018.pdf>. Acesso em: 30 set. 2022.

NORONHA, Karopy Ribeiro; BOEIRA, Bruna Canello. **Raps - Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Vitallogy, 2021. Disponível em: <https://vitallogy.com/feed/Raps+-+Rede+de+Atencao+Psicossocial+no+Sistema+Unico+de+Saude+%28SUS%29/1805>. Acesso em: 30 set. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico. *In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. pp. 35-48. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-04.pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

PANORAMA HOSPITALAR. Notícias. **As Santas Casas nasceram junto com o Brasil**. Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul, Ano V, N. 22, nov. 2018. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil>. Acesso em: 20 out. 2022.

PASSOS, Rachel Gouveia. **“Holocausto ou navio negreiro?”: inquietações para a reforma psiquiátrica brasileira.** *Argum.*, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. doi: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Quais os tipos de atendimento em CAPS?** São Paulo, 2022. Disponível em: <https://blog.portaleducacao.com.br/quais-os-tipos-de-atendimento-em-caps/>. Acesso em: 2 ago. 2022.

SANGLARD, Gisele; LOPES, Maria Antônia. Pobreza e assistência: debates historiográficos. *Tempo*, v. 24, n. 2, p. 280-284, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/TEM-1980-542X2018v240205>.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus (PANDEMIA CAPITAL)**. São Paulo: Boitempo, 2020.

SILVA, Andresa Richelly da. **“Fecha a porta que lá vem Santa”**: estigmas e preconceitos contra as pessoas com transtornos mentais na cidade de Sousa-PB. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Campina Grande, Sousa, 2021.

SOUSA, Jaci Araújo de. **Territórios do tráfico de drogas em Cajazeiras-PB**: características, organização e conflitos, 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Geografia) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2017. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/6623/3/JACI%20ARA%20C3%9AJO%20DE%20SOUSA.%20TCC.%20LICENCIATURA%20EM%20GEOGRAFIA%202017.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

SOUSA, Rainer Gonçalves. **"A Caixa de Pandora"** Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilestola.uol.com.br/mitologia/a-caixa-pandora.htm>. Acesso em: 18 out. 2022.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WIJK, Livia Bustamante van; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1130–42, 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711511>.

## ANEXOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa** “População em Situação de Rua: Saúde Mental, Assistência Social e Filantropia na Cidade de Sousa – PB, Durante a Pandemia de COVID-19”, que tem como objetivo geral fazer uma análise sociopolítica das condições de saúde mental da população de rua da cidade de Sousa – PB, no contexto da pandemia de COVID-19. O trabalho também visa entender os limites da Assistência Social para essa população e a atuação da Casa de Misericórdia junto às pessoas em situação de rua na referida cidade. Essa pesquisa é desenvolvida pelo estudante Moisés Elias Casimiro, do Curso de Serviço Social, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira, caracterizando-se como Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Quanto aos riscos, observamos que são mínimos, entretanto, reconhecendo a possibilidade de desconforto, constrangimento que podem ocorrer durante as entrevistas, o pesquisador se compromete a tratar com o devido respeito, e tentando sempre para os limites do colaborador. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o tema acima proposto que deverá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar participar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. As informações obtidas neste estudo serão utilizadas apenas para a pesquisa a que se propõe e sua identidade não será revelada.

Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos adicionais acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando acharem mais conveniente. Contatos e esclarecimentos da pesquisa com a Prof.<sup>a</sup>. Orientadora Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira: (83) 9.9123-7169/helmaragiccelli@hotmail.com e com o estudante pesquisador: (83) 9.8153-6599/casimiroelias@gmail.com.

Este termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Sousa – PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO UTILIZADO NAS ENTREVISTAS

**Instituição:**

**Dados pessoais**

**Nome:**

**Idade:**

**Endereço:**

**Profissão:**

**Cargo que ocupa ou exerce na instituição:**

1. Há quanto tempo você trabalha/ colabora na instituição?
2. No período em que trabalha/ colabora, como você descreveria a atuação da instituição junto à população de rua da cidade de Sousa?
3. Para você quem são essas pessoas que ocupam as ruas e calçadas da cidade de Sousa como moradia? Elas possuem casas, família, emprego... quais suas condições de saúde física e mental? Possuem alguma enfermidade no corpo, deficiências físicas e/ou mentais? São usuários de drogas lícitas e/ou ilícitas?
4. Quais as principais causas/fatores para que essas pessoas estejam em situação de rua?
5. Na sua opinião qual a atuação do governo de Sousa para minimizar os danos dessa população de rua?
6. As políticas públicas para a população de rua são eficazes, em sua opinião? Como o governo Federal e Estadual tem atuado junto às pessoas em situação de rua?
7. Que outras questões além da questão de falta de moradia, tais pessoas demandam?
8. Quais desafios as pessoas em situação de rua na cidade de Sousa enfrentam diariamente?
9. Você sabe dizer se durante a pandemia de *COVID-19* as pessoas em situação de rua de Sousa receberam algum tipo de ajuda do governo municipal, estadual e/ou Federal?
10. Como você descreve as pessoas em situação de Rua da cidade de Sousa?
11. Como as pessoas em situação de rua chegam a ser atendidas pela instituição? Elas procuram ajuda sozinhas ou precisam de ajuda de terceiros?
12. Você conhece alguma instituição filantrópica que ajude/acolha pessoas em situação de rua na cidade de Sousa?
13. Se sim, como você vê a atuação dessa instituição?
14. As pessoas em situação de rua conhecem seus direitos? Elas se enxergam como sujeitos de direitos?

15. A instituição tem assistido alguma pessoa em situação de rua que apresente algum tipo de adoecimento mental? Como tais pessoas chegaram à instituição?

16. Durante a pandemia houve entre as pessoas em situação aumento nos quadros de adoecimento mental?

17. Como você descreveria a atuação da população de Sousa em relação aos homens e mulheres que estão em situação de rua?

18. Na sua opinião, quais seriam as ações mais urgentes que deveriam ser tomadas para amenizar os problemas dessa população, em Sousa?