



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

CAROLINE SANTOS DE SOUZA

**SIGNIFICADOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE RUA EM TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM**

CURITIBA

CURITIBA

2017

CAROLINE SANTOS DE SOUZA

**SIGNIFICADOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE RUA EM TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM**

CURITIBA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária

Orientadora: Profa. Dra. Ana Claudia Nunes de Souza
Wanderbroocke

CURITIBA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

S719 Souza, Caroline Santos de.

Significados da rede de atenção psicossocial para pessoas
em situação de rua em tratamento de álcool e outras drogas
em Curitiba / Caroline Santos de Souza; orientadora Prof^a
Dra. Ana Claudia Nunes de Souza Wanderbroocke.
94f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,
Curitiba, 2017.

1. Rede de atenção psicossocial. 2. População em situação
de rua. 3. Uso de álcool e drogas. 4. Intersetorialidade.
5. Psicologia social comunitária. I. Dissertação (Mestrado) –
Programa de Pós-Graduação em Psicologia/ Mestrado em
Psicologia. II. Título.

CDD – 362.292

Nome: Caroline Santos de Souza

Título: Significados da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em situação de rua em tratamento de álcool e outras drogas em Curitiba

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Banca examinadora

Professora Doutora Grazielle Tagliamento

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura _____

Professor Doutor Márcio Cesar Ferraciolli

Instituição: Universidade Federal do Paraná

Assinatura _____

Professora orientadora Doutora Ana Claudia Nunes de Souza Wanderbroocke

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura _____

Aos meus admiráveis pais, Dival e Dirce, por todo
amor, incentivo e por fazer-me forte.

À minha filha Rafaella, pela compreensão e por
me presentear todos os dias com sua existência.

Ao meu companheiro, Marcelo Kimati, pelo seu
fundamental apoio, paciência, generosidade e
afeto, que me ensina a cada dia ser uma pessoa
melhor através do seu amor “infinito vai e volta”.

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Ana Claudia N. de Souza Wanderbroocke**, pela sua dedicação e paciência com que compartilhou todo seu conhecimento. Por ser a pessoa que, mais do que professora, foi meu apoio, mantendo-me firme mesmo com as adversidades que surgiam no dia a dia.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social Comunitária**, da Universidade Tuiuti do Paraná que acompanharam o meu trabalho.

Aos **membros da Banca Examinadora** de defesa desta dissertação, **Profs. Drs. Grazielle Tagliamento e Márcio Cesar Ferraciolli**, pelas pertinentes contribuições.

A toda **equipe do CAPS**, que apoiou esta pesquisa e abriu espaço à sua realização.

Aos **participantes** desta pesquisa, que de forma acolhedora acreditaram neste estudo como um espaço de escuta ao compartilhar suas intensas histórias de se viver na rua.

À **Josiete Trentini, Dilma Rosembach, Gabrielle Wendeel, Aline Okabaiasse e Naiane Flores**, pelas valiosas contribuições e apoio.

Às **colegas, Paula Cordeiro, Angela, Vanir e Nara**, pela torcida e ouvido amigo.

Às minhas **irmãs, Claudia, Carla e Camile**, pelo apoio em todas as decisões da minha vida.

Obrigada!

À minha **família**, pela torcida e por compreender a minha ausência nos momentos de descontração.

Às minhas **gatas, Liona e Frida**, que me fizeram doce companhia durante as madrugadas de leituras.

E a **todos** que contribuíram para que mais essa etapa fosse vencida.

RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo compreender os significados da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em situação de rua em tratamento de álcool e drogas em Curitiba, e como objetivos específicos se propôs a: 1) conhecer os itinerários terapêuticos utilizados por estes usuários na sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, 2) levantar as expectativas em relação à RAPS por usuários de álcool e outras drogas em situação de rua e 3) conhecer a experiência destes usuários na utilização da RAPS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada, com gravação em áudio e com base em um roteiro de perguntas previamente estabelecidas. Participaram da pesquisa 15 pessoas do sexo masculino, com idades entre 24 e 61 anos, que estiveram em situação de rua entre 2 meses e 8 anos. As entrevistas ocorreram no Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de álcool e outras drogas que possuem leitos (CAPS ad III) no município de Curitiba. Para a análise dos dados foi utilizada a metodologia qualitativa, as respostas das entrevistas foram submetidas à Análise das Práticas Discursivas de acordo com Spink (2004) que visa elucidar as formas pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais cotidianas e no uso institucionalizado da linguagem. Apresentou como elementos indispensáveis os enunciados orientados por falas, as formas e os conteúdos como repertórios interpretativos com base no referencial teórico da Psicologia Social Comunitária (Paugam, 2003; Montero, 2004; Sawaia, 2013; Sarriera & Saforcada, 2014) e do construcionismo social (Spink & Medrado, 2004; Gergen, 2010). Analisaram-se as categorias: 1) consumo anterior de drogas e em situação de rua, 2) a construção do cotidiano face à exclusão e ao estigma, 3) os desdobramentos do uso de álcool e outras drogas na rua, 4) início do acesso na RAPS e 5) experiências após acessar a RAPS. O estudo permitiu concluir que a trajetória das ruas à RAPS e da RAPS ao tratamento foi marcada por diferentes significados pelos usuários, destacando a falta de informação sobre os serviços existentes e receio em acessá-los. A burocracia também foi outro fator observado na articulação entre os dispositivos acessados, resultando em abordagens de baixa intersetorialidade, em situações que demandariam um planejamento integrado de ações a partir de um fluxo articulado de políticas públicas. Por outro lado, os participantes narraram experiências de acolhimento fundamentais para ressignificar a relação com os equipamentos de saúde e dar abertura para a busca de tratamento. Destaca-se a necessidade de identificar estratégias numa perspectiva intersetorial, para a concretização da saúde como direito de cidadania, fortalecendo os modelos específicos de atenção, buscando o princípio da equidade com o fortalecimento de uma rede de atenção psicossocial que visem melhores condições de vida e de acesso.

Palavras-chave: Rede de Atenção Psicossocial. População em situação de rua. Uso de álcool e drogas. Intersetorialidade. Psicologia Social Comunitária.

ABSTRACT

The objective of the present research was to understand the meanings of the Psychosocial Attention Network for street people in alcohol and drug treatment in Curitiba, and as specific objectives it was proposed: 1) to know the therapeutic itineraries used by these users in their insertion in the city's psychosocial care network (RAPS), 2) raise expectations regarding RAPS by users of alcohol and other drugs on the street, and 3) know the experience of these users in the use of RAPS. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. The information was collected through a semistructured interview, with audio recording and based on a script of previously established questions. Fifteen men, aged between 24 and 61 years, who were in the street situation between 2 months and 8 years, participated in the research. The interviews took place in the Psychosocial Care Center for treatment of alcohol and other drugs that have beds (CAPS ad III) in the city of Curitiba. In the analysis of the data used the qualitative methodology, the answers of the interviews were submitted to the Analysis of Discursive Practices according to Spink (2004) that aims to elucidate the ways in which people, through language, produce meanings and position themselves in relationships and the institutionalized use of language. It presented, as indispensable elements, statements oriented by speeches, forms and contents as interpretive repertoires based on the theoretical reference of Community Social Psychology (Paugam, 2003; Montero, 2004; Sawaia, 2013, and Sarriera & Saforcada, 2014). Social constructionism (Spink and Medrado 2004; Gergen, 2010). The categories were analyzed: 1) previous consumption of drugs and in the street, 2) daily construction in the face of exclusion and stigma, 3) the unfolding of alcohol and other drugs on the street, 4) the beginning of access In RAPS and 5) experiences after accessing the RAPS. The study allowed to conclude that the trajectory of the streets to RAPS and RAPS to the treatment was marked by different meanings by the users, highlighting the lack of information about the existing services and fear of accessing them. The bureaucracy was also another factor observed in the articulation between the accessed devices, resulting in low intersectoral approaches, in situations that would demand an integrated planning of actions from an articulated flow of public policies. On the other hand, the participants narrated fundamental reception experiences to re-signify the relation with health equipment and to open up the search for treatment. It is necessary to identify strategies in an intersectoral perspective, to achieve health as a right of citizenship, strengthening specific models of care, seeking the principle of equity with the strengthening of a network of psychosocial care aimed at better living conditions and Access.

Keywords: Psychosocial Attention Network. Population in street situation. Use of alcohol and drugs. Intersectoriality. Community Social Psychology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gênero.....	19
Figura 2 – Principais motivos de saída para a rua.	20
Figura 3 – Expansão da rede de centros de atenção psicossocial no Brasil.	31
Figura 4 – Custo e investimento na rede de saúde mental no país.	32
Figura 5 – Itinerário terapêutico.	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Serviços de referência pelo perfil social e epidemiológico da população em situação de rua 37

Tabela 2 – Participantes da pesquisa.....52

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras Drogas
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CR	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CREAS POP	Centro de Referência Especializado da Assistência Social para População em Situação de Rua
CRR	Centro de Referência Regional em Álcool e outras Drogas
CRS	Central de Resgate Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAS	Fundação de Ação Social
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
IPO	Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNPR	Movimento Nacional para a População em Situação de Rua
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde Familiar
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos

SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SPA	Substância Psicoativas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema único de Saúde
UAI	Unidade de Acolhimento Institucional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
1.1 Conceito e Caracterização da População em Situação de Rua	17
1.2 Vulnerabilidade, Estigma e Exclusão	22
1.3 RAPS e Política Nacional de Saúde Mental.....	29
1.4 Constituição da Rede e da Política de Cuidado a Usuários de Álcool e Drogas no Brasil	35
1.5 Modelos e Polarização: Redução de Danos e Proibicionismo	42
1.5.1 Proibicionismo.....	42
1.5.2 Redução de Danos (RD).....	44
2 MÉTODO	49
2.1 Fundamentos Ontológicos e Epistemológicos.....	49
2.2 Delineamento do Estudo.....	50
2.3 Participantes e Local.....	51
2.4 Instrumento	52
2.5 Procedimentos de Coleta de Dados	52
2.6 Procedimento de Análise de Dados	53
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
3.1 Consumo Anterior de Drogas e em Situação de Rua	55
3.2 A Construção do Cotidiano face à Exclusão e ao Estigma.....	57
3.3 Os Desdobramentos do Uso de Álcool e outras Drogas na Rua.....	60
3.4 Início do Acesso na RAPS	64
3.5 Experiências ao Acessar a RAPS	69
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
4.1 Algumas Recomendações	78
REFERÊNCIA	81
APÊNDICES	87
Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista.....	87
Apêndice 2 – Autorização de Realização da Pesquisa e Coleta de Dados	89
Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
ANEXO.....	94
Anexo 1 – Certificado de Aprovação do CEP.....	94

INTRODUÇÃO

Para a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe, 2000), a população em situação de rua é um segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade, em praças, calçadas, marquises, jardins, embaixo de viadutos, em locais abandonados, terrenos baldios, esconderijos, albergues públicos ou em organizações sociais. Conforme o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, considera-se essa população como um grupo heterogêneo, constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência por meio de atividades produtivas, desenvolvidas nas ruas, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular.

Quanto aos principais motivos para estar em situação de rua, a pesquisa produzida pelo MDS (2007) mostra que 29,1% foram para rua por conta das desavenças familiares; 35,5% por causa do uso de álcool e outras drogas e 29,8% por desemprego. Ressalta-se que não houve pesquisas, no âmbito nacional, posteriores à apresentada pelo MDS. Portanto, por meio desses dados apresentados, torna-se evidente que as causas para esse fenômeno vão além de fatores socioeconômicos, mesmo que estes sejam o pano de fundo para o desencadeamento das questões mencionadas.

De acordo com Bulla, Mendes e Prates (2004), de uma forma geral, a ruptura de vínculos familiares, a questão do desemprego, a violência, a perda de algum ente querido, perda de autoestima, alcoolismo, drogadição, transtorno mental, entre outros fatores, são os principais motivos que levam as pessoas a morarem nas ruas. São vivências de rupturas sucessivas e que, com muita frequência, estão associadas ao uso de álcool e drogas.

Para diversos autores, como Minayo e Deslandes (1998), Vargas (2001), Varanda e Adorno (2004), Medeiros e Rameh-de-Albuquerque (2010), Saporì (2010) e Adorno, Rui, Lima, Malvasi, Vasconcellos, Gomes e Godoi (2013), observa-se, frequentemente, o uso de álcool e de drogas como determinante nos problemas familiares, na ruptura de vínculos, exclusão social e na procura da rua como moradia. Snow e Anderson (1998) afirmam, inclusive, que o uso de álcool e drogas é considerado, há muito tempo, como uma das dimensões culturais que compõem o estilo de vida de quem mora na rua. Trata-se, portanto, de um complexo fenômeno de exclusão, pois por inúmeras razões, na trajetória para a rua, encontram-se com laços e vínculos sociais rompidos e passam a vivenciar violência, repressão, perdas de vínculos e de referenciais, marcação de estigmas e rótulos.

Em dez anos de trabalho atuando como psicóloga, no âmbito das Políticas Públicas de Saúde, especificamente na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba por meio de ações, em território com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) inscritos no Programa de Saúde Mental, obtive a oportunidade de trabalhar com pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas. Anos depois, ampliei minha atuação nessa área ao coordenar um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com leitos 24 horas. Posteriormente, ao executar um projeto do Departamento de Política sobre Drogas me aproximei de forma assídua e intensa à população em situação de rua em uso de drogas.

Ao observar especificamente essa população, enquanto atuava em um projeto, me deparei com questionamentos sobre a vulnerabilidade e o estigma que sofrem, potencializados por fazerem uso de álcool e outras drogas. Essa condição acarreta dificuldades para acessar os serviços do município, desde dispositivos básicos de saúde, até a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Constatei que nem sempre as pessoas em situação de rua acessam os serviços oferecidos e este fato despertou o meu interesse no sentido de compreender melhor como as pessoas em

situação de rua significam para os serviços oferecidos, como os acessam e qual a trajetória seguida até haver adesão ou disposição para o tratamento.

Entende-se a RAPS como uma rede que organiza os serviços de atenção para o atendimento específico às pessoas com problemas mentais, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, sendo que essa rede integra o SUS. Concentra-se nos serviços de base comunitária, desenvolvidos e preparados para se adequarem às necessidades dos usuários e familiares valorizando o Projeto Terapêutico Singular (PTS), principal instrumento de trabalho interdisciplinar dos CAPSs, que possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário, sua família por meio de abordagem humanizada e antimanicomial (Ministério da Saúde [MS], 2011a). Em geral, as práticas de cuidado voltadas para estes usuários ficam concentradas no eixo específico das políticas (Dias, 2013), ou seja, serviços especializados ofertados pela RAPS.

De acordo com o Decreto nº 7.053/2009, esse coletivo passou a ser considerado como população vulnerável. Para enfrentar essa questão, as políticas públicas organizaram-se em dois eixos de atendimento: não específico e específico. O primeiro diz respeito à ampliação de acesso aos serviços convencionais, como Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Centros de Referência da Assistência Social (CRASs). O segundo, eixo intersetorial, cria dispositivos específicos, como Consultórios na Rua (CRs), Centros POP, Unidades de Acolhimento Institucional (UAIs) e CAPSs ad, que são parte integrante da RAPS. Trata-se de um processo em constante revisão e reformulação no âmbito das políticas federais, estaduais e municipais dadas a dinâmica social e as novas demandas que são continuamente identificadas (Dias, 2013). Dessa forma, se faz necessário compreender como se dá o acesso a essa rede de serviços e qual o seu significado para os usuários.

Cabe mencionar que a existência de pessoas em situação de rua em uso de drogas, não é um fenômeno ou condição que ocorre particularmente no Brasil, uma vez que as economias

capitalistas modernas no ocidente têm sido as mais eficientes em produção de miséria e exclusão. Pesquisas internacionais também apontam as experiências vividas por essa população caracterizando a fragilidade relacionada à perda do emprego, à dependência dos serviços sociais e da saúde específicos e à determinante ruptura dos vínculos sociais, que conduz a um alto grau de marginalização e estigma (Soucy, 1995; Burt, 2001; Gladwell, 2016).

No Brasil, considera-se que tem havido esforços do poder público Federal e dos movimentos sociais em desenvolver políticas direcionadas a essa população, no sentido de oferecer acolhimento, tratamento e reinserção social. Por outro lado, atualmente no poder público Municipal inicia-se uma gestão com diferentes diretrizes voltadas para este público, que se evidenciou por meio de ações já nos primeiros dias da gestão com o fechamento de serviços destinados especificamente para a população em situação de rua e lavagem das calçadas onde estes permaneciam durante a noite. Esses acontecimentos denotam a necessidade de um constante olhar da sociedade para as populações vulneráveis de forma a garantir a aplicabilidade das políticas já instituídas e buscar avanços.

Com base na problemática exposta, buscou-se desenvolver a presente pesquisa sob a perspectiva da Psicologia Social Comunitária, área que valoriza a construção de práticas comprometidas com a transformação social, pautada em uma ética voltada para o protagonismo das pessoas e do coletivo, e que luta contra as formas de vulnerabilidade ou exclusão (Montero, 2004). Entende-se que uma das formas de combater a vulnerabilidade é ampliando as possibilidades de participação, criando espaços para que as vozes dos diversos atores sociais possam ser levadas em conta para a compreensão da realidade. Diante disso, a pesquisa em Psicologia Social Comunitária se compromete em buscar o protagonismo de seus participantes, como também com o processo de construção conjunto do conhecimento, em uma relação de comunicação horizontal, colocando-os como centrais nessa ação, a fim de que este intercâmbio seja gerador de novos aportes capazes de instigar a transformação da realidade.

Sendo assim, a presente pesquisa apresenta como objetivo geral compreender os significados da RAPS para pessoas em situação de rua em tratamento de álcool e drogas. Como objetivos específicos, propõe-se a levantar as expectativas em relação à RAPS por usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, conhecer os itinerários terapêuticos utilizados por estes usuários em sua inserção na RAPS, bem como conhecer a experiência desses usuários na sua utilização.

A pesquisa é composta por quatro partes principais. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico que apresenta uma breve revisão de literatura sobre a) Conceito e caracterização da População em Situação de Rua; b) Vulnerabilidade, estigma e exclusão apresenta questões relativas ao estigma, exclusão social e o sentimento de invisibilidade que perpassa essa população através das diferentes vulnerabilidades; c) Rede de Atenção Psicossocial e Política Nacional de Saúde Mental realizam um resgate nas portarias e modelos de atenção; d) Constituição da Rede e da Política de cuidado a usuários de álcool e drogas no Brasil, busca compreender as diretrizes da política que se constitui de estratégias de cuidados baseados nos referenciais da reforma psiquiátrica e serviços comunitários; e e) Modelos e polarização da Redução de Danos e Proibicionismo, observa as estratégias e abordagens de maior integração entre usuários de drogas e serviços de saúde. A segunda parte refere-se à metodologia, onde explicitamos os fundamentos do método, o delineamento do estudo, a seleção dos participantes e o local, o instrumento utilizado, o procedimento de coleta de dados, bem como os relacionados aos aspectos legais e o procedimento de análise dos dados. Segue-se a terceira parte, onde apresentamos os resultados obtidos e as discussões. Por último, as considerações finais, nas quais se integra e discutimos os resultados e reflexões sobre as principais conclusões.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Conceito e Caracterização da População em Situação de Rua

Conforme o Decreto nº 7.053/2009, considera-se como população em situação de rua um grupo populacional heterogêneo que possui como pontos comuns a pobreza extrema, ausência do suporte familiar, inexistência de domicílio convencional regular e que se utiliza de espaços públicos como habitação e para o sustento, ou faz uso de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Ainda que o conceito publicado em decreto estabeleça o conceito de população em situação de rua, a literatura aponta para a heterogeneidade do fenômeno. Varanda e Adorno (2004) ressaltam duas diferentes categorias com referência ao tempo de permanência na rua: 1) como sendo da rua, permanentemente e 2) de ficar na rua, circunstancialmente. Não há, entretanto, delimitação temporal para essas duas categorias.

Com referência ainda ao Decreto nº 7.053/2009, ambas as categorias, independente da cronicidade da situação de rua, preenchem os critérios de vulnerabilidade, ruptura de vínculos e, em especial, utilização de serviços públicos voltados a essas populações. Ao considerar a questão do uso de serviços públicos por populações vulneráveis, a utilização do sistema de abrigamento e inserção em outras políticas públicas, voltadas para população em situação de rua, tende a caracterizá-las como tal, conferindo com isso identidade a partir da inserção institucional. No mesmo sentido, Paugam (2003), ao abordar a sociologia da pobreza, aponta para o papel da utilização de instituições estatutárias na caracterização da vulnerabilidade. Para o autor, o *status* de vulnerabilidade se caracteriza especialmente pela utilização contínua de serviços e benefícios públicos de assistência.

Historicamente, a atenção intersetorial voltada para a população em situação de rua no Brasil teve início entre os anos de 1970 e 1980, a princípio com destaque em São Paulo e Minas Gerais. A Igreja Católica realizou, nesses estados, as primeiras ações de organização das pessoas que se encontravam nessa condição, por meio da implantação de casas de assistência e organização dos movimentos de representação popular (Candido, 2006). Com o aumento da representatividade desse coletivo, os gestores públicos dos municípios de maior porte começaram a criar estratégias para identificação e abordagem de suas demandas. Em Belo Horizonte no ano de 1993, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social assume agenda política das ações fomentando a realização do Fórum da População em Situação de Rua. Por meio desse primeiro evento, surgiu a proposta da realização de um censo específico para este grupo social, a fim de conhecer sua realidade, caracterizar o perfil, identificar instituições que atuavam com essa população e ainda implementar programas de apoio (MDS, 2007).

Importante ressaltar que estudos específicos e de caracterização relacionados ao tema em nível nacional só iniciaram no final de 2007 pelo governo brasileiro, uma vez que não era de alcance das pesquisas censitárias por serem baseadas em domicílios. Somente em agosto de 2007 o MDS, em conjunto com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), iniciou a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua com o objetivo de quantificar e observar a caracterização socioeconômica desse coletivo (MDS, 2008a).

De acordo com a pesquisa que procedeu a contagem de pessoas em situação de rua, participaram pessoas acima de 18 anos, em uma amostra de 71 municípios brasileiros com população total superior a 300 mil habitantes correspondentes à época, onde foram identificadas 31.922 pessoas. Tais dados, oriundos do Sumário Executivo do Censo (MS, 2009a), ainda que desatualizados por terem sido levantados em 2007, constituem referência nacional para se compreender um pouco melhor as características da população em situação de rua nos grandes centros urbanos.

A partir da pesquisa anteriormente citada, constatou-se que a população em situação de rua em 2007 era na sua maioria masculina (82%), encontrava-se em faixas etárias entre 25 e 44 anos (53%), aproximadamente 69% declararam-se como afrodescendentes, 29,5% se declararam pretas e 39,1% pardas (Figura 1). Apresentavam níveis de renda baixos, 52,6% recebia de R\$ 20,00 a R\$ 80,00 semanais.

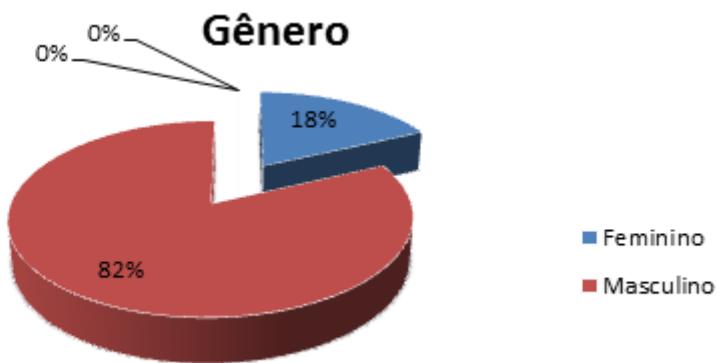


Figura 1 – Gênero.

Fonte: MDS (2008a).

Dos entrevistados 74% sabiam ler e escrever, 17,1% não sabiam escrever e 8,3% apenas assinavam o seu próprio nome. A maioria não estava estudando no período da entrevista (95%). Constatou-se que 48,4% não concluíram o ensino fundamental e 17,8% não souberam responder e ou não lembraram, apenas 3,2% concluíram o ensino médio. A maior parte das pessoas pesquisadas declarou que dormia na rua (69,6%), 22,1% relatou dormir em albergue ou outras instituições e 8,3% costumavam alternar entre dormir na rua e dormir em abrigo. Os principais motivos apontados para viver e morar na rua estavam relacionados aos problemas de alcoolismo e/ou outras drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças com familiares (29,1%) (Figura 2).



Figura 2 – Principais motivos de saída para a rua.

Fonte: MDS (2008a).

Da mesma forma, o MDS (2008a) relaciona que os principais motivos pelos quais as pessoas passam a viver e morar na rua se referem aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, questões relacionadas ao desemprego e dinâmica familiar conflituosa, evoluindo para rompimento de vínculo familiar. Estes fatores também apresentam correlações entre si e/ou passam a ser consequência um do outro. Estudiosos como Varanda e Adorno (2004) e Silva (2006) afirmam que a existência desse grupo social é um fenômeno que surge através das transformações em vários aspectos no âmbito social, econômico e político e que atingem as grandes metrópoles, em alcance mundial. A rua pode constituir um abrigo para os que, sem recursos, dormem em logradouros públicos ou ainda sinaliza uma situação na qual representa seu habitat e que nele desenvolve-se uma intrincada rede de relações. Vivendo em condição precária, circunstancial ou permanente, essas pessoas buscam a rua como abrigo ou moradia, situações que podem ser dispostas num *continuum* e, no decorrer do tempo, se tornar estável na condição de morador.

Para Silva (2006), são vários os fatores que desencadeiam a existência de pessoas em situação de rua, alguns são estruturais como a inexistência de trabalho e renda, ausência de moradia, mudanças econômicas e institucionais de grande impacto social, entre outros; biográficos como alcoolismo, drogadição, rompimento de vínculos familiares, transtornos

mentais; além de desastres naturais como enchentes, terremotos e incêndios. Ainda segundo a autora, é evidente que se trata de um fenômeno multifacetado que não pode ser explicado desde uma perspectiva unívoca e mono causal, assim como são múltiplas as realidades deste coletivo. Porém, apresenta particularidades de acordo com o território a que se vincula. Na contemporaneidade, apresenta-se nos grandes centros urbanos, expressando fortemente a questão social. Salienta-se que as pessoas que vivem essa realidade são duramente estigmatizadas e levadas a enfrentar o preconceito da sociedade quanto ao grau de dignidade e valor moral minimamente aceito.

Ghirardi, Lopes, Barros e Galvani (2005) afirmam que a população em situação de rua sofre a marginalização provocada pelo capital e é vista como socialmente inútil. Mas, ao mesmo tempo, viver na rua não significa viver sozinho, mas criar novos vínculos com diferentes pares. Portanto, viver e estar na rua é também enfrentar a dificuldade e o desafio de criar a possibilidade de gerar estratégias para manutenção da própria existência. Viver na rua é romper com o mercado e seu estilo de vida, o que não significa a eliminação total do trabalho ou o impedimento à subsistência, mas o desenvolvimento de novos meios, de formas específicas de garantia da sobrevivência. A condição de morador de rua faz com que o sujeito utilize uma capacidade de enfrentamento de carências e dificuldades de toda ordem, além de exigir que ao mesmo tempo ele se adapte e se sujeite a outras referências de vida social, bastante distintas daquelas anteriormente vividas (Vieira, Bezerra, & Rosa, 1994).

Devido à angústia crescente e da indignação com a violência e o descaso em relação às pessoas em situação de rua, alguns integrantes desse coletivo se organizaram e, por meio de reivindicações, mobilizações e encontros com o presidente da República, Encontros Nacionais, auxiliaram na construção e publicação do Decreto nº 7.053/2009. Essa conquista fortaleceu um grupo que se denominou Movimento Nacional para a População em Situação de Rua (MNPR).

De acordo com o MDS (2008a), foram realizados no Brasil encontros nacionais da População em Situação de Rua a partir dos quais surgiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.053/2009), fortalecendo a necessidade de políticas destinadas ao enfrentamento das difíceis condições vivenciadas, visando superar abordagens assistencialistas ou higienizadoras que mantêm a invisibilidade dessa população em relação às suas verdadeiras necessidades.

Em Curitiba, o MNPR calcula um contingente de 4.000 pessoas, esse dado, no entanto, carece de documentação ou fonte pública de consulta. Considerando a grande vulnerabilidade dessa população, entende-se que muitas destas acessem os serviços de saúde mental do município. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por volta de 20% dos leitos de acolhimento nos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas e de funcionamento 24 horas (CAPSs ad 24 horas) são ocupados por usuários em situação de rua (MNPR, 2015).¹

A saúde, conceituada como uma perspectiva ampla, resultante de um conjunto de condições em relação à habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde, entre outros fatores, demonstra o contraponto diante das situações vivenciadas pela situação de rua (MS, 1986). Devido à grande complexidade, demonstra-se o grande desafio atual do SUS, suas redes de atenção e ações intersetoriais no que diz respeito ao atendimento integral, adequado para essa população em situação de rua (Junior, Nogueira, Lanferini, Ali & Martinelli, 1998).

1.2 Vulnerabilidade, Estigma e Exclusão

Por meio dos trabalhos realizados no âmbito da saúde sobre a Aids e direitos humanos, iniciaram-se as primeiras discussões sobre pessoas discriminadas socialmente, tais como

¹ Dado obtido em relatórios de acompanhamento interno da sede do movimento de população de rua de Curitiba.

homossexuais e usuários de drogas. Nesse contexto, surge o conceito de vulnerabilidade em contraposição ao conceito de “grupo de risco” em relação à contaminação pelo vírus HIV. A identificação da doença a determinados grupos sociais que o termo estabelecia como usuários de drogas e homossexuais gerou forte estigma e preconceito (Ayres, Sala, Castanheira, Schraiber, Nemes, Goncalves, & Teixeira, 1990).

O conceito de vulnerabilidade foi primeiramente associado à saúde pública, especificamente no contexto da epidemia da Aids. Porém, com a origem da discussão sobre Direitos Humanos, o termo inicialmente associado à defesa dos direitos de cidadania de grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, passou a ser designado a uma percepção ampliada e reflexiva, com ações pautadas em estratégias que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos (Ayres et al., 1990).

Conforme Ayres, França Junior, Calazans e Saletti Filho (1999), a vulnerabilidade apresenta três eixos interdependentes relacionados ao indivíduo e à coletividade, que partem da compreensão do comportamento individual ou da vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença, no caso a Aids, ou vulnerabilidade programática. Porém, a projeção da vulnerabilidade social expande-se para além do campo da Aids e da saúde. Assim, observa-se que a vulnerabilidade cresce quando surgem situações que evidenciam a falta de acesso à informação, aos serviços básicos de educação e falta de confiança ou credibilidade na sustentação de estratégias de ação. Evidencia-se, a partir desses aspectos, um deslocamento na atribuição da condição de vulnerabilidade, que já não se constitui como característica própria do indivíduo, mas como resultado da combinação de determinados arranjos sociais e políticos que vão incidir sobre os sujeitos, ampliando-se para a esfera da vida social, alinhando-se aos campos da educação, do trabalho, das políticas públicas em geral, na medida em

que se refere às condições de vida e suportes sociais, e não à conduta individual, como marcava o conceito de risco.

Segundo Kaztman (2000), ao se compreender que a vulnerabilidade apresenta diversas considerações e um caráter multifacetado, ressalta-se que um dos consensos sobre o seu conceito é que abrange várias dimensões. Assim é possível identificar situações de vulnerabilidade dos indivíduos, referindo-se à capacidade de resposta diante de situações de risco ou constrangimentos, a capacidade de enfrentá-los e a potencialidade de surgir consequências significativas para os afetados. Ainda de acordo com o autor, a vulnerabilidade revela a fragilidade de uma pessoa para acessar ou se beneficiar das oportunidades disponíveis nos âmbitos socioeconômicos para favorecer e melhorar sua condição de bem-estar ou impedir deterioração. Considera que essa condição seria resultante de uma fragilidade ou falta de articulação entre os requerimentos de acesso às estruturas de oportunidades oferecidas pelo mercado, pelo Estado e pela sociedade e os indivíduos que permitiriam usufruir dessas oportunidades.

Na busca de compreender de forma mais detalhada as especificidades do conceito de vulnerabilidade, autores como Abramovay, Castro, Pinheiro, Lima e Martinelli (2002) a definem como uma perspectiva complexa e multifacetada, pela análise da organização de diferentes vetores que dificultam o acesso aos bens e serviços, sendo uma situação em que os recursos e habilidades de certo grupo social são insuficientes e inadequados para desempenhar as oportunidades oferecidas pela sociedade, ascendendo a maiores níveis de bem-estar ou diminuindo a deterioração das condições de vida.

Segundo Adorno (2001), a vulnerabilidade está relacionada com a exclusão econômica e social. Esse autor afirma que um indivíduo ou um grupo torna-se vulnerável quando ocorre uma situação que o leva a romper seus vínculos sociais com o trabalho, a família ou seu círculo de relações. Ao mesmo tempo, salienta a mudança existente na alteração do termo carência para o

de vulnerabilidade. De um viés que enfatiza o paternalismo, isto é, carência nas relações sociais passa-se a perceber o sujeito como um cidadão de direitos. O enfoque do viés para os direitos em detrimento das carências desenvolve a oportunidade de analisar as potencialidades, singularidades e protagonismo dos sujeitos, grupos e comunidades e não somente analisar a vulnerabilidade a partir de indicadores que apresentem a falta de algo. Porém, é de grande importância avaliar o acesso da população à rede de serviços disponíveis, bem como a organização dessa própria rede: escolas e unidades de saúde, assistência social, atenção psicossocial, os programas de cultura, lazer e de formação profissional. Trata-se de considerar as ações do Estado e se estas promovem justiça e garantia de acesso à rede de serviços.

A vulnerabilidade na maioria das vezes é associada diretamente a condições de pobreza e miserabilidade e, assim, demonstrada através de índices socioeconômicos. É inegável que a pobreza é um dos grandes eixos nos quais se assentam diversas situações de vulnerabilidade social da sociedade capitalista, uma vez que produz a exclusão da população em relação a políticas e serviços públicos. Além disso, afeta diretamente a garantia de direitos e cidadania. Portanto, ressalta-se a necessidade de não desprezar o aspecto socioeconômico, mas compreendê-lo associado aos processos de exclusão em relação ao acesso a serviços e políticas de cidadania (Abramovay et al., 2002).

O conceito de vulnerabilidade observado ressalta um enfoque que prioriza a análise do acesso da população a serviços e políticas públicas e de cidadania, observando não somente para a escassez de recursos, mas, principalmente, para a potencialidade da população em lidar com os recursos existentes. Ao relacionar a vulnerabilidade com população em situação de rua em uso de substâncias, nos deparamos com a perspectiva estigmatizante de que essa população é considerada socialmente vulnerável por produzirem modelos, modo de ser e referenciais excluídos da imaginada ordem social. Portanto, quando essas pessoas são vistas como vivendo fora de situações mínimas desejadas e estabelecidas pela sociedade são progressivamente

vinculadas à marginalização, a inutilidade social e ameaçadora da ordem social (Adorno et al., 2013). Nesse sentido, Coimbra (2001) afirma que surge o sentimento de incompetência, inferioridade e invisibilidade dessas pessoas vulneráveis que são convencidas de que não podem expressar suas opiniões por serem tidas como excluídas, inibindo possíveis desejos e a possibilidade de lutar pelos seus direitos.

Um modelo teórico bastante utilizado na caracterização e entendimento de populações em situação de rua e que também fazem o uso de drogas é o modelo explicativo de estigma, desenvolvido por Goffman na década de 1980. Para esse autor, na medida em que uma condição de vida de uma pessoa, seja esta física ou social, traz consigo um atributo marcante e depreciativo, este atributo se suplanta aos demais. O termo, segundo Goffman (1988), vem da ideia de que algumas condições marcam a pessoa, de forma que passam a nortear suas relações sociais. Para o autor, essas características podem manifestar-se de três formas de estigmas diferentes:

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical.

Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família (Goffman, 1988, p. 7).

Baseado em Goffman (1988), no caso da população em situação de rua e que faz uso de drogas, o estigma associado é ainda maior e está voltado para uma visão moral, conectando o consumo de álcool e drogas à fraqueza, inconsistência moral ou doença mental. Essas características têm ainda como marca o fato de serem facilmente identificáveis e suplantando qualquer outro atributo do estigmatizado. Nesse sentido, o processo de categorização (“drogado”,

e, no caso de população em situação de rua, “mendigo”) é determinante para a restrição de possibilidades de vida. Essas possibilidades de vida se tornam de algum modo reduzidas na maneira em que as pessoas constroem uma teoria para o estigma, utilizando-se de uma ideologia que tenta explicar a inferioridade e o perigo que esta representa, racionalizando a animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social.

Buscando ampliar o entendimento dessa problemática, Aggleton e Parker (2001) propõem repensar o estigma, o preconceito e a discriminação como processos sociais ligados a estrutura do poder e dominação. Os autores promovem um entendimento mais amplo da estigmatização enquanto processo social, sendo o estigma utilizado para a produção e reprodução de desigualdade social; sendo o estigma empregado por diversos atores sociais reais e identificáveis que buscam legitimar o seu próprio status dominante dentro das estruturas de desigualdade social existentes (Aggleton & Parker, 2001). Também tecem considerações sobre como as pessoas estigmatizadas e discriminadas pela sociedade aceitam e internalizam o estigma a que estão sujeitas. Isso decorre, do que denominam de sujeição a um aparato simbólico opressivo, que possui a função de legitimar desigualdades de poder embasados em entendimentos diferentes de valor e valia, assim, os grupos oprimidos, estigmatizados, apresentam forças limitadas para resistir.

A população em situação de rua em uso de álcool e outras drogas, além de vivenciar o estigma, também está intimamente relacionada à identidade de subclasse observada por Bauman (2005). Segundo o autor, alguns sujeitos são destinados à identidade de subclasse, entre eles: mendigos, sem-teto, viciados, analfabetos, mães solteiras ou membros de outras categorias arbitrariamente excluídas da lista oficial dos que são considerados adequados e admissíveis, pertencem a uma região inferior na hierarquia do poder. A principal característica desse conceito é a própria ausência de uma identidade, a abolição ou negação da individualidade, do rosto. Essas pessoas são rejeitadas porque não correspondem ao perfeito funcionamento do ciclo econômico

e não são compatíveis com a economia capitalista. Dessa forma, o autor abre espaço para uma crítica profunda do capitalismo em sua versão globalizante, excludente e desumana.

Segundo Wanderley (2008), o processo de exclusão é complexo e multifacetado, pois se configura pelas dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. Trata-se de um processo sutil e paradoxal, traz a impossibilidade de partilhar, tendo como consequência a vivência de privação. Essa situação de privação coletiva é entendida por exclusão social que abrange a pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade, não acessibilidade e não representação pública. A exclusão é perversa e frequentemente se manifesta na culpabilização individual dos próprios excluídos. O fenômeno da exclusão não está restrito aos extratos mais pobres da população, esse processo atinge todas as camadas socioeconômicas. Pobreza e exclusão não são sinônimas de um mesmo fenômeno, contudo estão articuladas, pois, na maioria das vezes, observamos o estado de pobreza propiciando acúmulo de precariedades, potencializando os mecanismos de exclusão.

Sawaia (2009) concebe a exclusão não como uma falha do sistema, mas como um produto de seu funcionamento. Seus mecanismos estão inseridos nas estratégias históricas de manutenção de uma ordem social perversa, no estabelecimento de formas de desigualdade, nos processos de mercantilização das coisas e das pessoas e na concentração de riquezas nas mãos de poucos. O excluído é parte integrante da sociedade, repondo e sustentando a ordem social. Mecanismos de exclusão e de inclusão formam um par indissociável, um par dialético.

Dessa forma, a vulnerabilidade, o estigma e a exclusão social são indicadores de iniquidades sociais, referenciais importantes para os profissionais que atuam junto à População em Situação de Rua, pois se centram tanto na capacidade de enfrentamento e de superação dos problemas individuais e da coletividade quanto na determinação dos riscos pelos quais essa mesma população está exposta no seu cotidiano. Conforme a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (MDS, 2008b), é importante que se reflita sobre as

visões estigmatizantes da sociedade civil e também do próprio Estado sobre a atuação de ações paternalistas, assistencialistas, higienizadoras e autoritárias na tentativa de resolver as questões complexas do processo de cuidado e reinserção dessa população na lógica do trabalho, moradia, família, da saúde e outras tantas esferas de que estão relacionadas. Assim como é necessário considerar os direitos dessas pessoas, o exercício da cidadania e sua capacidade de mobilização política, incluindo a participação institucional (Ayres, 1997).

1.3 RAPS e Política Nacional de Saúde Mental

O modelo de atenção à saúde mental atualmente em vigor no país é decorrente de uma legislação que passou a ser executada a partir do início dos anos 2000, pautado na ampliação da rede de atenção comunitária, nos princípios da desinstitucionalização e protagonismo de pessoas com transtornos mentais e usuárias de álcool e drogas (Trapé, 2010).

Esse modelo toma como referência ações de tratamento, cuidado, promoção e atenção, que se orientam por um ideário ético-político substitutivo do modelo hospitalocêntrico (Costa-Rosa, 2013), e empodera todos os níveis de atenção para atuarem de forma integral em saúde mental. Corresponde à incorporação por parte do Estado brasileiro de articulações realizadas desde o início da década de 1980 por movimentos sociais, críticos à política de atenção pautada em hospitais psiquiátricos e de denúncias de violação de direitos humanos existentes nessas instituições (Dias, 2013), processo que foi denominado de Reforma Psiquiátrica Brasileira (Tenório, 2002; Amarante, 2003; Pitta, 2011; Delgado, Gomes, & Coutinho, 2001).

A RAPS, por meio da Portaria nº 3.088 (MS, 2011b), estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso do álcool e outras drogas integrando o SUS. A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os CAPSs; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); os Centros de Convivência e

Cultura, as UAIs, e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPSs III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Apresenta em suas diretrizes o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania. Defende a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde, promove o acesso e o cuidado integral de forma intersetorial aos serviços, valoriza o controle social de seus usuários e desenvolve-se na lógica da singularidade do sujeito em tratamento. Elenca eixos estratégicos que são fundamentais em sua implementação: a ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental, a qualificação da rede de atenção integral à saúde mental, ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação, ações de prevenção e de redução de danos.

A RAPS surge por meio da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas que é orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216, onde propicia a superação do modelo asilar e promove a garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais e em uso de álcool e outras drogas. Nessa perspectiva, prioriza iniciativas que visam garantir o cuidado integral centrado nos territórios, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando progressiva inclusão social (Amarante, 2007).

Para melhor compreensão da RAPS, ressalta-se a importância da discussão sobre o início da Reforma Psiquiátrica. Entre os autores que discutem o processo, Tenório (2002) aponta que a partir da abertura política e o fim do governo militar (1985) passou a existir um ambiente propício ao surgimento e expansão de movimentos sociais como o da Reforma Psiquiátrica. Ao fim da ditadura, somam-se movimentos políticos que interferiram na Reforma Sanitária e que culminaram na constituição do SUS; como a promulgação da Constituição de 1988, e a rediscussão do papel do Estado na saúde. Os princípios básicos do SUS, universalidade, integralidade, equidade e participação social foram instituídos pelas Leis nºs 8.080/1990 e

8.142/1990 e criaram uma condição propícia à readequação das noções de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, elementos fundamentais à estruturação da nova política de saúde mental. Pitta (2011) ressalta ainda a importância dos movimentos sociais junto ao movimento antimanicomial brasileiro, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), criado em 1978.

Segundo dados do MS (2015), a partir da década de 1990, passou a existir uma mudança no modelo de financiamento dos serviços de saúde mental. A partir de 2002, várias experiências nacionais como os CAPSs de Santos e Campinas, equipamentos comunitários de saúde mental e defensores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, passaram a ser apoiadas e financiadas pelo governo federal (Dias, 2007). Dessa forma, o principal dispositivo de atenção nesse novo modelo de assistência, o CAPS, passou a demarcar a significativa expansão da Rede de Atenção Psicossocial no país, como mostra a Figura 3.

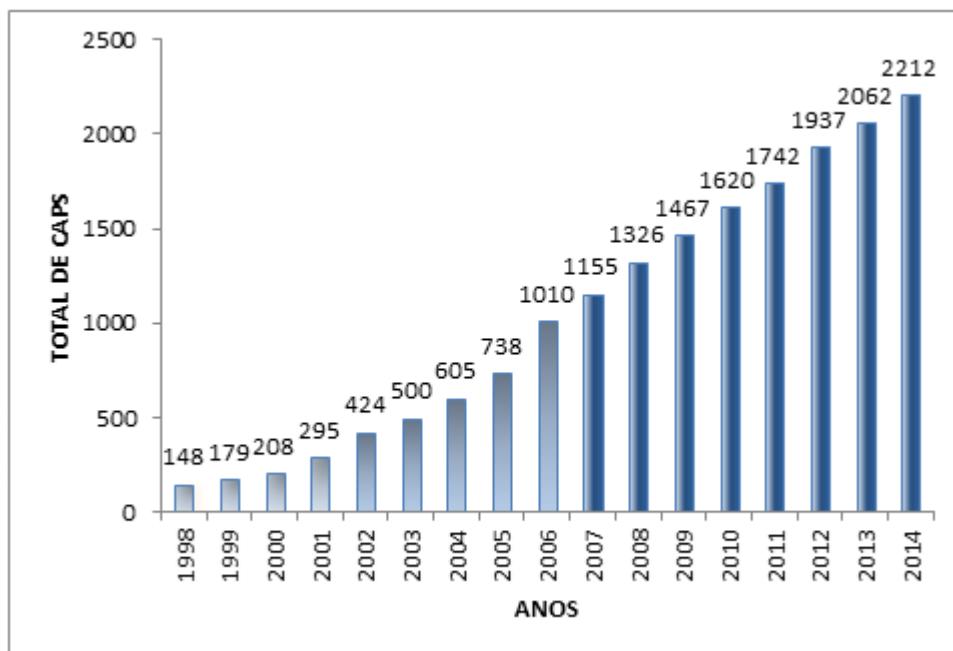


Figura 3 – Expansão da rede de centros de atenção psicossocial no Brasil.

Fonte: MS (2015).

Concomitantemente, houve um aumento progressivo do custeio de serviços não hospitalares, e diminuição do custeio de leitos psiquiátricos (Figura 4). O ano de 2007 marca uma inversão desse financiamento, a partir de quando os recursos investidos na rede comunitária ultrapassaram percentualmente o investimento em leitos de hospitais psiquiátricos (MS, 2015).

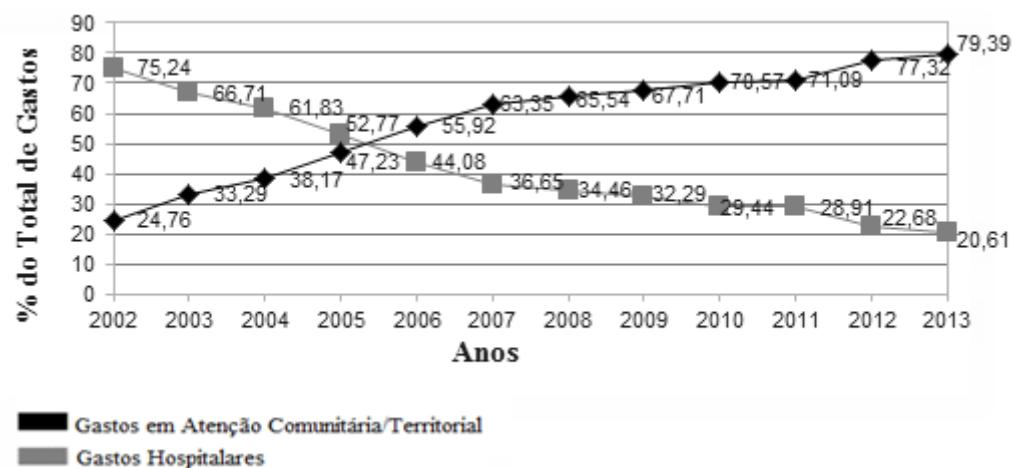


Figura 4 – Custeio e investimento na rede de saúde mental no país.

Fonte: MS (2015).

Porto (2012) identifica três diferentes fases do movimento da Reforma Psiquiátrica no país. O primeiro deles terminaria em 2001, o segundo em 2008 e o terceiro vem até o período atual. Durante as três fases do movimento da Reforma existia a implantação das diretrizes nacionais para saúde mental na atenção primária e ocorrem também importante expansão da rede de CAPSs, passando de 224 para 1690 serviços. Para o autor, na terceira fase (2008 em diante), ocorrem a institucionalização das ações de saúde mental na Atenção Primária, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Essa adota a estratégia do matriciamento como fundamental para a ampliação do acesso em saúde mental nesse nível de atenção. Sendo o matriciamento, ou apoio matricial, uma nova estratégia de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam um plano de intervenção pedagógico-

terapêutico estruturando, um tipo de cuidado colaborativo entre a rede de saúde mental e a atenção primária (Campos, 1999).

Nesse terceiro momento, ou o atual, há como uma das suas características a necessidade de desenvolvimento de ações em rede, evidenciada principalmente pelos desafios assistenciais referentes ao aumento da prevalência do uso de drogas no país. A rede de atenção, nesse âmbito, corresponde a um conjunto de serviços que apresenta formas de articulação e interlocução, de forma a se tornarem complementares (Dias, 2013).

Entre os autores que discutem o conceito de redes, Lavras (2011) entende as redes de atenção à saúde como combinações organizativas de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção, apoio diagnóstico e terapêutico, onde são executados procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam fortalecer a integralidade do cuidado. Apresentam-se como um processo de superação da fragmentação sistêmica, sendo observadas como mais eficazes, tanto em termos de organização interna quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

A concepção de rede de saúde mental garante com isso: 1) a integralidade do cuidado, com a articulação racionalizada de recursos de saúde, além de 2) aumentar a capacidade de acesso aos usuários ao sistema. Na organização do SUS, outro referencial é fundamental neste debate: a capacidade de definição do sistema a partir da lógica regional.

Na medida em que o governo federal estabelece um desenho de sistema pautado na referência populacional para a abertura ou não de serviços de saúde, anula a lógica territorial e as particularidades de cada população, assim como sua história. Dessa forma, a portaria inviabiliza, por exemplo, que aquele município que opte por realizar as ações de saúde mental na atenção primária amplie o número de profissionais da área na atenção primária. Da mesma forma, estabelece parâmetros populacionais nos quais a grande maioria da população brasileira não tem

acesso a serviços especializados e ao seu financiamento, visto que a maior parte dos brasileiros vive em municípios de pequeno e médio porte. Esse princípio favorece um dos grandes problemas das políticas públicas brasileiras, a concentração de recursos tecnológicos nas capitais e municípios de grande porte. A contradição estrutural da política condensada e regulamentada em 2011 está em propor um sistema pautado na particularidade e na característica comunitária dos serviços e não criar possibilidade de que características sejam desenvolvidas e consolidadas. A portaria de 2011 propõe “pacotes” de serviços possíveis referenciados na dimensão populacional e cada município. Essa lógica se desenvolve ainda quando o teor e lógica dos referenciais da portaria foram incorporados nos planos de enfrentamento ao uso de drogas, onde há maior disponibilidade de recursos (Dias, 2013).

Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009) advertem que, mesmo com todos os avanços ocorridos na atenção à saúde mental, a prática de uma assistência integral e humanizada é uma proposição a ser atingida, constatando-se, no cotidiano dos serviços, intervenções desarticuladas e fragmentadas. Referem que tal fragmentação pode estar associada à coexistência de duas lógicas divergentes de atenção, uma relacionada ao modelo centrado no procedimento exclusivamente médico, historicamente instituído, e a outra, ao modelo do cuidado integral em rede, centrado no cuidado do usuário. Os autores salientam que, num mesmo serviço, podem residir práticas que expressam, por um lado, o distanciamento e o isolamento produzido entre os interesses de usuários e o cuidado a eles oferecido, e, por outro, práticas dirigidas ao fortalecimento e autonomia do sujeito, criando a efetivação de uma prática fortalecedora do modelo de atenção psicossocial. Por meio da subjetividade, contempla-se principalmente a dimensão relacional na composição de vínculos, matéria-prima essencial para a promoção do cuidado em saúde mental.

1.4 Constituição da Rede e da Política de Cuidado a Usuários de Álcool e Drogas no Brasil

Ainda que iniciativas de cuidados referentes a usuários de álcool e drogas viessem sendo desenvolvidas no país, a partir de 2003 houve um alinhamento dessas ações à política de saúde mental, pautada nos referenciais da Reforma Psiquiátrica Brasileira e na organização da nova rede substitutiva de cuidados.

As políticas desenvolvidas no âmbito do MS podem ser descritas fazendo-se referência a dois documentos que ilustram momentos distintos. O primeiro, Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (MS, 2003), foi desenvolvido por um grupo de trabalho e que no ano anterior instituiu formas e financiamento federal a serviços comunitários, incluindo os CAPSs de funcionamento exclusivamente diurno (MS, 2002).

Os princípios envolvidos nesse sentido priorizavam o caráter comunitário do cuidado, com o financiamento de serviços de saúde mental voltados aos usuários em território, contrariando uma política hegemônica até então pautada no atendimento hospitalar. Da mesma forma, a portaria que institui os serviços de funcionamento comunitário, define as práticas a serem desenvolvidas, equipe devida ao dispositivo e parcerias com comunidade e demais serviços a serem estabelecidos (Totugui, Giovanni, Cordeiro, Dias, & Delgado, 2010).

Em 2003, a rede comunitária no país era ainda insipiente e buscava diretrizes para sua ampliação, pautadas nos princípios do SUS, de equidade, universalidade e integralidade do cuidado. Por outro lado, já se apontava para a relevância de ações em redução de danos, onde salientava-se a importância epidemiológica do uso de álcool e outras drogas no país e da necessidade de uma rede intersetorial de cuidados para essas populações.

Por ocasião da IV Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu em 2010, Totugui et al. (2010) publicaram uma avaliação da política assistencial a usuários de drogas, salientando

os dispositivos criados no âmbito da Reforma Psiquiátrica e os princípios que estruturavam tais ações. Um dos pontos críticos ressaltados pelos autores era o baixo acesso de usuários de drogas aos serviços convencionais de saúde previstos no âmbito do SUS e a alta prevalência de transtornos mentais. Esse cenário fez com que, a partir de 2009, o MS financiasse projetos de consultórios de rua, voltados para usuários de álcool e outras drogas.

A partir desse cenário, o segundo documento que dá ênfase para as Políticas de álcool e drogas intitula-se Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica (MS, 2011b) e trata-se de um relatório de gestão do período 2007-2010. Este documento faz uma descrição do impacto do crescimento do consumo de *crack* no país e o impacto disto nas ações de gestão que, por conseguinte, desenvolveu planos de intervenção nacional. Descreve a diversidade de dispositivos financiados nesse período, com a implantação de casas de acolhimento transitório, consultórios de rua e CAPS ad de funcionamento 24 horas (MS, 2011b).

Com base na Portaria nº 3.088 (MS, 2011a), os serviços de referência pelo perfil social e epidemiológico da população em situação de rua seriam os apresentados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Serviços de referência pelo perfil social e epidemiológico da população em situação de rua.

Dispositivo	Descriptivo
CAPS II	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, <u>indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes</u> .
CAPS III	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad, indicado para Municípios ou regiões com <u>população acima de duzentos mil habitantes</u> .
CAPS ad	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, <u>indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes</u>
CAPS ad III	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com <u>população acima de duzentos mil habitantes</u> .
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.
UNIDADE DE ACOLHIMENTO	Oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses.
Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.	Oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Fonte: MS (2012).

Complementando ainda a descrição de serviços responsáveis pelo cuidado deste coletivo, é necessário citar a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (MS, 2011c), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa portaria descreve como equipamento estratégico para o cuidado de populações de rua os Consultórios na Rua:

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. (MS, 2012, p. 62).

Determina-se que essas equipes também deverão realizar suas ações, de forma itinerante desenvolvendo abordagens na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de UBS do território onde está atuando, mantendo-se articuladas e desenvolvendo ações conjuntas com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e Núcleo de Apoio à Saúde Familiar [NASF]), e dos CAPSs, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições que compõem o Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

Ainda nesse contexto, os Consultórios na Rua, instituídos pela PNAB, integram o componente atenção básica da RAPS e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na PNAB (MS, 2012), buscando identificar e atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de

álcool, *crack* e outras drogas. Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais de acordo com o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) e prestam atenção integral à saúde de uma referida população *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde. As equipes de Consultório na Rua atuam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos CAPSs, dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (MS, 2012).

Com base nessa população e considerando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, surge a importância de conhecer a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas dentro do contexto dos planos emergenciais criados para a ampliação de acesso ao tratamento e prevenção. Os Planos de Governo para a ampliação de acesso a usuários de drogas desenvolvidos entre 2009 e 2011 foram 3, descritos a seguir:

a) Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010), MS (2009b)

Plano com foco nos 100 maiores municípios, com população superior a 250.000 habitantes, além do segmento populacional formado por crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco, mantendo-se ainda a diretriz de foco em populações vulneráveis. O plano estava focado em 4 eixos principais, cada um deles com objetivos específicos, conforme descrito:

O **eixo I** estava pautado na resposta dada à opinião pública em relação à dificuldade de acesso de usuários de drogas ao tratamento. Nesse sentido, estava voltado para o aprofundamento de dispositivos de atenção que vinham sendo desenvolvidos até então, com a ampliação do número de CAPS. Implementava também incentivo para a incorporação junto aos NASFs de profissional de saúde mental. Mostra-se como importante ainda o desenvolvimento de novos

dispositivos de atenção. O quinto objetivo do eixo, cria financiamento para as chamadas Casas de Acolhimento Transitório, unidades de acolhimento com funcionamento e estrutura baseados na experiência de Recife e que dois anos depois seriam renomeadas como Unidades de Acolhimento. Esse financiamento se deu em forma de edital, previa custeio anualizado e incorporava um novo dispositivo à RAPS. Importante ainda salientar que as Casas de Acolhimento constituíam uma opção à demanda política de financiamento de comunidades terapêuticas, não contempladas nesse plano (MS, 2009b).

Da mesma forma que o eixo I, o **eixo II** teve como desdobramento o surgimento de editais de financiamento de novos dispositivos, no caso não de atenção, mas de formação e qualificação da RAPS. Os cursos de especialização e o surgimento do observatório nacional foram desenvolvidos junto à Secretaria de Política sobre Drogas (SENAD), sendo que o MS, a partir do PEAD, criou os primeiros Centros de Referência Regional em Álcool e outras Drogas (CRRs), posteriormente incorporados junto à SENAD. Outros dispositivos inaugurados nesse plano pelo MS, mas que não tiveram expansão após 2011, foram as Escolas de Supervisores Clínico Institucionais e as Escolas de Redutores de Danos. Ainda, a chamada Rede de Pesquisa em Saúde Mental criou edital de financiamento de estudos regionais e nacionais sobre o uso de *crack* e outras drogas (MS, 2009b).

Os **eixos III e IV** diziam respeito à participação social e apontavam uma forte diretriz em direção à garantia de direitos humanos. Dois pontos importantes devem ser salientados: o surgimento do primeiro financiamento sistematizado para os projetos de consultórios de rua através de edital. Em segundo, a expansão do número de CRAS e CREAS no país e a tentativa de colocar em pauta a postura da mídia em relação às drogas (MS, 2009b).

b) Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (Decreto nº 7.179/2010)

Este plano seguiu como complemento ao PEAD e teve como desdobramento novos editais de financiamento. Aparece o primeiro edital de financiamento de comunidades terapêuticas.

Lançado em maio em forma de decreto, era uma resposta à pressão da mídia à expansão do uso de *crack* em áreas públicas. A partir deste plano, surgiram editais de financiamento de novos projetos de consultório na rua, expansão das escolas de supervisores clínico institucionais, apontava a SENAD como gerenciadora da política sobre drogas no âmbito federal. O plano ainda responde a uma demanda da classe médica de expansão do número de leitos em hospital geral para usuários de drogas. É ainda importante salientar que a partir deste plano surgiram dois novos dispositivos de atenção: as unidades de acolhimento para crianças e adolescentes e os CAPSs álcool e drogas de funcionamento 24 horas (Dias, 2013).

c) *Crack, é Possível Vencer* (2011)

A inclusão do *crack* como elemento central na política deve-se ao aumento dos níveis de seu consumo no país e o prejuízo que o abuso dessa droga produz, tanto no aspecto pessoal quanto no comunitário e social. Esse último plano, em vigor até hoje, implicou a adesão formal de estados e municípios com o cumprimento de metas de expansão da rede de saúde mental, álcool e outras drogas (Dias, 2013).

Plano *Crack, é Possível Vencer* surge durante o primeiro governo Dilma Rousseff e tem uma lógica política diversa, pela incorporação das Redes Estratégicas e Prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção Oncológica. Todas essas redes teriam ordenação realizada a partir da atenção primária à saúde. Este plano aboliu as ações de supervisão clínica institucional e a formação destes profissionais. Os consultórios de rua passaram a ser consultórios na rua, sendo gerenciados não pela saúde mental, mas pela atenção primária (Decreto nº 7.179/2010). Outro desdobramento do plano, ainda, foi a publicação da portaria da Rede de Atenção Psicossocial em 2011 com seus componentes, funcionamento e organização interinstitucional.

1.5 Modelos e Polarização: Redução de Danos e Proibicionismo

O enfrentamento do uso de álcool e outras drogas segue discursos antagônicos: o proibicionismo e a redução de danos, que serão contextualizados quanto à sua origem e direcionamentos para a abordagem dos usuários do sistema público de saúde.

1.5.1 Proibicionismo

Em revisão crítica, Alves (2009) sistematiza o conjunto de ações identificadas como abordagens voltadas para promoção de abstinência como parte de um discurso proibicionista. Essa lógica leva ao entendimento de que as ações do Estado devem procurar a diminuição do acesso ao uso de drogas a partir da repressão ao tráfico e consequentemente da oferta. O autor identifica o proibicionismo como um discurso, originado no século XIX nos Estados Unidos, inicialmente voltado para o consumo de álcool, mas que ao longo do século XX se expandiu para outros tipos de droga.

Ainda para o mesmo autor, o proibicionismo vincula-se a um modelo explicativo acerca do uso de drogas que apresenta duas vertentes: o primeiro de caráter moral, que entende a drogadição como um defeito, que demanda a criminalização do usuário, entendido como alguém defeituoso. A segunda vertente está pautada na ideia de doença, que entende o consumo de drogas e a dependência como uma patologia determinada biologicamente, demandando tratamento e reabilitação. Para o autor, ambas as vertentes implicam a eliminação do uso de drogas, pela prisão ou tratamento. Nessa perspectiva, a abstinência é a única meta viável num discurso de não tolerância às drogas (Alves, 2009).

Dias (2013) aponta para o fato de que a suposta epidemia de *crack* abriu espaço para o surgimento de políticas mais duras de caráter proibicionista. Para o autor, um dos desdobramentos

foi a inclusão, a partir de 2011 do financiamento de comunidades terapêuticas, equipamentos com métodos orientados para abstinência, e no plano de atenção a usuários de *crack* no país: *Crack, é Possível Vencer*. Essa vertente proibicionista sustentou ainda políticas de institucionalização sistemática e compulsória de usuários de drogas em alguns municípios do país, dando início a um amplo debate jurídico e político sobre a sua legitimidade.

Gimenez e Diel (2013) analisam a expansão da tendência proibicionista em articulação com uma demanda criada pela mídia. Segundo as autoras, existe frequente inversão de papéis, na qual as drogas ganham vida e protagonismo, enquanto os usuários tornam-se, para a opinião pública, objetos passivos diante da substância. Nesse sentido, estariam justificadas as ações involuntárias pelo Estado de forma maciça, na medida em que o uso de drogas tornaria todos os sujeitos semelhantes. Essa perspectiva, que coloca a droga, em especial o *crack*, como sujeito, aparece principalmente quando há expansão de seu uso para a classe média, fato que ocorreu recentemente apesar de haver registros do uso dessa substância desde o início da década de 1990, conhecida como “cocaína dos pobres”.

O discurso predominante na mídia acerca do consumo de *crack* tem assim duas vertentes: por um lado uma visão determinista dos resultados do uso da droga, colocando o usuário num local passivo. A outra vertente é a expressão urbana e social desse consumo, a cracolândia, onde os usuários se assemelham a zumbis, são destituídos de protagonismo e passíveis de ações públicas em larga escala. Ainda para Gimenez e Diel (2013):

As associações entre drogas e crime, drogas e morte passam a ser um passo dentro destas estratégias midiáticas, em que no contexto atual o crack é o principal vilão. Essa estratégia é um desdobramento da construção do crack enquanto uma entidade viva. Pois não basta ser vivo, o crack é um ser mau, que incita a violência e o crime, em suma, uma entidade maléfica. Diabólico, maléfico e epidêmico, o crack passa a ser rodeado por significantes

que evocam medidas autoritárias em que o poder médico se vê respaldado pelo poder midiático como o salvador das vidas arrastadas pelo crack na atualidade (p. 179).

Esse discurso passa rapidamente a ser hegemônico e a vertente proibicionista se integra a um discurso médico-psiquiátrico, pressionando as políticas para usuários de drogas. A decorrência desse fenômeno pode ser facilmente observada nos planos de ampliação de acesso a usuários de drogas, que condensam um esforço na manutenção da linearidade da política iniciada em 2002. O MS, por um lado, passa a representar a vertente de preservação do discurso de 2002, com o desenvolvimento de novos dispositivos e tecnologias de abordagem (como as Casas de Acolhimento Transitório e os Consultórios de Rua). Por outro lado, a SENAD – depois Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas –, na ocasião ligada ao Gabinete da Presidência da República e tradicionalmente dirigida por militares, adota abordagens pautadas no proibicionismo (Dias, 2013).

1.5.2 Redução de Danos (RD)

A RD está historicamente associada ao Departamento DST/Aids no Brasil, uma vez que, por ocasião da formulação da Política de Atenção Integral a Usuários de Drogas (MS, 2003), estava articulado a movimentos sociais surgidos na década de 1980, período de plena expansão da epidemia da doença no país e no mundo. Decorrente das preocupações associadas à epidemia, o usuário de drogas passa a ser visto pela perspectiva da vulnerabilidade, devido ao compartilhamento de seringas e sexo desprotegido, levando, consequentemente, à prática da RD a fazer parte da agenda das políticas públicas (Fonseca, 2012).

A articulação entre reforma da assistência em saúde mental, política de RD com usuários de drogas e aliança com os movimentos sociais desde a década de 1980, demarcam as raízes históricas da gestão em saúde no Brasil. O caso emblemático, nesse sentido, foi o governo de

Telma de Souza, pelo desenvolvimento de práticas de RD (como troca de seringas) entre usuários de cocaína na região portuária do município de Santos, assim como a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e surgimento de uma rede de serviços comunitários, além de, finalmente, uma forte aliança com movimentos sociais na lógica da gestão participativa (Machado, 2006; Garcia, Leal, & Abreu, 2008).

Conforme Dourado e Bastos (2011), falar sobre uso de drogas e HIV/Aids nos remete a uma estreita e significativa relação entre o consumo e cenas de uso que são caracterizadas pela prática do sexo comercial e desprotegido com múltiplos parceiros. Considera-se também o aumento do consumo de *crack*, com consequências ainda pouco conhecidas para a dinâmica da epidemia de HIV/Aids, mas inegáveis consequências em termos de quadros de dependência, violência e exclusão social.

É importante ainda contextualizar o direcionamento da política de 2003, na qual o ministro da Saúde Humberto Costa, que anteriormente havia sido secretário municipal da saúde de Recife, um dos municípios com maior enfrentamento ao aumento de prevalência de uso de drogas e sua associação com a epidemia de Aids durante a década de 1990, ressaltou no prefácio do texto:

Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental, e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de

forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (MS, 2003, p. 6).

Este período, de 2002 e 2003, fortaleceu não só uma perspectiva de atenção psicossocial e de abordagem comunitária, mas marcou um predomínio da perspectiva da RD como discurso hegemônico dentro da política assistencial a usuários de drogas. Segundo Domanico (2006), pensando na possibilidade de novas estratégias para a diminuição dos agravos aos usuários de drogas e HIV+ e também na maior integração entre usuários de drogas e serviços de saúde, surgiu a abordagem de RD em 1989 como um conjunto de estratégias associadas ao uso de drogas injetáveis, já que essa via de administração elevou significativamente as notificações de Aids.

Conforme a Política do MS para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (MS, 2003), a RD é entendida como estratégia ou método que está voltado para a defesa da vida do sujeito, considerando que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser atingido, tendo, portanto, que lidar com as singularidades, diferentes possibilidades e escolhas. O acolhimento à demanda do sujeito é algo importante para a verificação do que é necessário e possível, o qual deve ser demandado e ofertado sempre estimulando a participação e o engajamento. Para sua eficácia, propõe interações através do vínculo dos profissionais com os usuários.

A Portaria nº 1.028 do MS, de 1 de julho de 2005, define que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

Segundo Passos e Souza (2011), a RD está se consolidando como um importante movimento nacional, dando ênfase para o desenvolvimento de uma outra política de drogas possível e democrática surgindo como uma nova proposta de atenção em saúde. Esse processo de ampliação e definição da RD como uma nova abordagem para a política pública brasileira de

saúde de álcool e outras drogas tem implicado um processo de enfrentamento e embate com as políticas antidrogas que tiveram suas bases fundadas no período ditatorial, baseadas na repressão e guerra às drogas através do proibicionismo. Portanto, a RD se constitui como uma política do âmbito da saúde que se direciona a reduzir ou minimizar os agravos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas em vez de simplesmente ignorá-los ou condená-los.

Domanico (2006) ressalta que a RD como estratégia preventiva para os danos sociais e questões relacionadas à saúde dos usuários de *crack* ainda apresenta um pequeno avanço devido à falta de apoio financeiro, programático e de estratégias eficazes. É importante ressaltar que os usuários de *crack* fazem parte de uma população exposta à elevada vulnerabilidade individual e, portanto, as práticas de redução de danos devem ser pontuais e continuadas. Além disso, é importante que promova o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, registrando a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas.

Para Dourado e Bastos (2011), a RD é uma estratégia de saúde pública que propicia uma maior integração entre usuário de drogas e serviço, respeitando as questões éticas e os direitos humanos, priorizando a manutenção da vida e permitindo a redução de agravos à saúde nessa população. É a possibilidade de a pessoa relatar de forma aberta e tranquila sua condição de usuário de substância sem ser julgado e desqualificado moralmente, e requisito fundamental para um bom plano de assistência e cuidados. Segundo os autores, as práticas de RD não devem ser dirigidas somente aos usuários individuais, mas também aos seus parceiros, suas redes sociais e a comunidade em geral. Essa prática é realizada *in loco* através de orientações, informações e insumos, prioritariamente exige que essa aproximação seja conquistada e não imposta, sendo assertiva no direito do usuário e ao respeito às suas diversidades.

O enfoque principal da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (MS, 2003), em consonância com as mudanças implantadas no campo da Saúde Mental, sustenta-se na ênfase da RD, baseado no respeito à cidadania e às escolhas dos usuários e direcionada à integralidade de sua saúde. A RD sustenta-se nos argumentos compreendidos de que a dependência de substâncias é um transtorno no qual predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência e abandonam os serviços que sustentam essa meta. Outros usuários sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário. Por isso, a necessidade do enfoque da RD, pois se tem que, necessariamente, lidar com as singularidades e escolhas considerando que as práticas de saúde devem levar em conta essa diversidade.

Para que a política de saúde demonstre coerência, alcance a eficácia e a efetividade, precisa contar com distintas estratégias de cuidado que se complementem e não concorram. Nesse sentido, o retardo do consumo de drogas, a RD associada ao consumo e a superação do consumo devem ser elementos fundamentais para sua construção. A ação do cuidado passa a ser focada no território, com a construção de redes de suporte social, com equipamentos da rede de saúde que visam a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação de forma contínua (MS, 2003).

2 MÉTODO

2.1 Fundamentos Ontológicos e Epistemológicos

Partindo da perspectiva da Psicologia Social Comunitária, esta pesquisa adota como pressuposto ontológico a visão de que o ser humano, em sua individualidade, é o resultante de suas relações sociais. De acordo com Sarriera e Saforcada (2014), o ser humano não pode ser ou existir sem o outro, pois ao mesmo tempo em que é singular, resulta de uma trama de relações sociais. Esse entendimento leva em conta o contínuo processo recursivo de trocas entre as pessoas e o contexto e que, por meio deste processo mútuo de influências, se constitui a realidade nas suas condições materiais, sociais, econômicas e culturais. A realidade, portanto, é uma construção social produzida, de acordo com Montero (2004), por um ator social ativo e que protagoniza a vida cotidiana.

Com base na ontologia adotada, a produção do conhecimento nessa perspectiva deixa de lado a busca por um retrato fiel da realidade e teorias explicativas generalizáveis que se utilizam de mecanismos de normatização e classificação, como na pesquisa tradicional positivista. Pelo contrário, com base no entendimento que a realidade é socialmente construída, busca-se o saber local, comunitário ou de grupos sociais específicos, uma vez que as comunidades ou grupos produzem paradigmas, que dão sentido à vida (Gergen, 2010). Entende-se que toda pessoa é produtora de conhecimento, na medida em que critica, atua e reflete a partir da realidade construída no discurso e nas ações sociais (Montero, 2004).

Producir conhecimento pela perspectiva da Psicologia Social Comunitária aproxima-se da proposta construcionista social de Spink e Medrado (2004), que busca evidenciar as explicações para a realidade vivenciada pelos participantes por meio das descrições, interpretações e registros que as pessoas fazem de si e do ambiente em que estão vinculados. Isto

porque, nessa perspectiva, não se separa sujeito e objeto do conhecimento, ou seja, o sujeito constrói a realidade e por sua vez a transforma. A pesquisa, portanto, enfatiza que a realidade não é determinada pela natureza das coisas, mas é construída a partir da história, dos acontecimentos, das práticas e relações sociais que reconhece que a construção do significado deve ser tratada dentro da lógica temporal. Nesse sentido, o significado também é visto como uma construção social, um processo coletivo, interativo, onde as pessoas através da dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas constroem termos em que buscam compreender e lidar com as situações e fenômenos à sua volta, dando sentido às suas próprias ações (Spink & Medrado, 2004).

Na produção de conhecimento em Psicologia Social Comunitária a neutralidade cede lugar à implicação do pesquisador na busca por explicitar as condições sociais produtoras de desigualdades, exclusão e vulnerabilidades. O pesquisador se compromete a dar voz às pessoas e às diferenças nas possíveis descrições de mundo, comprometendo-se com o dissenso e a participação democrática. No caso da presente pesquisa, entende-se que dar voz às pessoas em situação de rua, que fazem uso de álcool e/ou outras drogas e buscar o significado da RAPS para estes usuários do sistema público de saúde, é uma forma de valorizar o protagonismo dos usuários do sistema para os quais as políticas públicas são elaboradas, mas que nem sempre têm espaço para manifestar sua opinião.

2.2 Delineamento do Estudo

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, transversal, descritiva e exploratória. Segundo Sampieri, Collado e Baptista (2013), a pesquisa descritiva e exploratória realiza o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos. Descreve um fenômeno em um determinado período possibilitando sua definição e seu delineamento, bem como um planejamento flexível,

permitindo estudar o tema sob vários aspectos. A pesquisa qualitativa compreende uma interpelação ampla, dinâmica e contextual, onde busca compreender ou interpretar a construção de conhecimento, as opiniões e as expectativas das pessoas a partir da participação em práticas discursivas sociais, históricas e culturalmente situadas.

Nessa perspectiva, em consonância com o referencial adotado nesta pesquisa, os dados da pesquisa foram construídos por meio de entrevistas semiestruturadas, pois estas possibilitam maior flexibilidade, profundidade e reflexão (Minayo & Deslandes 1998), bem como sendo um instrumento rico para coletar dados, permite que os participantes expressem, descrevam e narrem sua percepção sobre o seu tratamento no uso de álcool e outras drogas e suas considerações quanto ao significado da RAPS. Buscou-se com isso conhecer e explorar a riqueza dos temas resultantes da fala dos participantes. As indagações na perspectiva adotada exploram a vivência, as descobertas, os percursos e as histórias das pessoas sobre suas vidas e como contam ou compartilham com os outros.

2.3 Participantes e Local

A pesquisa foi realizada no âmbito de um CAPS ad III do município de Curitiba. O CAPS em questão possui 12 leitos 24 horas e presta acompanhamento às pessoas com problemas relacionados ao uso e dependência de álcool e outras drogas, ofertando cuidado na perspectiva das diretrizes e estratégias de redução de danos.

Fizeram parte dessa pesquisa 15 pessoas do sexo masculino, que estiveram em situação de rua entre 2 meses e 8 anos. Esses participantes foram incluídos na pesquisa, por meio da indicação da equipe do serviço, por atingirem os critérios de inclusão, estarem em situação de rua e por acessarem o CAPS para tratamento. Os participantes tinham entre 24 e 61 anos, sendo 12

com escolaridade de nível fundamental e 3 de nível médio. Quanto à procedência, 5 eram do interior do estado do Paraná, 5 de Curitiba e 5 de diferentes cidades do país.

Tabela 2 – Participantes da pesquisa.

Participantes	Idade	Sexo	Escolaridade	Naturalidade
P1	36 anos	Masculino	Fundamental	Curitiba
P2	52 anos	Masculino	Fundamental	Piraquara
P3	51 anos	Masculino	Fundamental	Telêmaco Borba
P4	37 anos	Masculino	Médio	Laranjeiras do Sul
P5	45 anos	Masculino	Fundamental	Curitiba
P6	36 anos	Masculino	Médio	São Paulo
P7	24 anos	Masculino	Fundamental	Curitiba
P8	34 anos	Masculino	Fundamental	Cascavel
P9	29 anos	Masculino	Fundamental	Curitiba
P10	27 anos	Masculino	Médio	Curitiba
P11	34 anos	Masculino	Fundamental	Boa Vista
P12	61 anos	Masculino	Fundamental	Marialva
P13	41 anos	Masculino	Fundamental	Belo Horizonte
P14	32 anos	Masculino	Fundamental	Santos
P15	39 anos	Masculino	Fundamental	Florianópolis

Fonte: Ficha de identificação das entrevistas.

2.4 Instrumento

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas, com gravação em áudio, com base em um roteiro de perguntas previamente estabelecidas (Apêndice 1) que abordou as seguintes temáticas: a) o cotidiano na rua e história de vida; b) o uso de drogas pela população em situação de rua; c) buscas por tratamento e cotidiano institucional; d) significado e expectativas acerca da RAPS.

2.5 Procedimentos de Coleta de Dados

Primeiramente, a proposta da pesquisa foi apresentada para o diretor do Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba para explicar o objetivo da pesquisa

e solicitar autorização (Apêndice 2). Na sequência, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia Ltda. – Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia (IPO) sob o CAAE 53447715.10000.5529 (Anexo 1).

De posse das autorizações, foi estabelecido o primeiro contato com a coordenadora do CAPS ad III e sua equipe, que também foram orientados sobre a pesquisa e seu processo. Para iniciar a coleta de informações por meio das entrevistas, a equipe do serviço fez a indicação dos usuários que se encaixavam nos critérios de seleção da pesquisa. A partir das indicações, a pesquisadora abordou individualmente os usuários para explicar os objetivos da pesquisa e convidá-los a participar. Com aqueles que aceitaram, as entrevistas aconteceram no mesmo dia, tendo em vista que o CAPS funciona com portas abertas, ou seja, o usuário pode permanecer o tempo que desejar, o que dificultaria agendamentos futuros. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) para lerem e assinarem antes do início das entrevistas, sendo reforçada a questão pertinente ao sigilo e anonimato. Todos os participantes aceitaram colaborar prontamente, sem interpelações ou desagrado diante do convite.

As entrevistas foram realizadas em um consultório, no horário de permanência do usuário em tratamento, com duração média de 50 minutos, em um encontro com cada participante. Os encontros foram gravados em áudio com o consentimento dos entrevistados para posterior realização da transcrição e análise.

2.6 Procedimento de Análise de Dados

As entrevistas foram submetidas à Análise das Práticas Discursivas de acordo com Spink e Medrado (2004). Segundo os autores, essa técnica visa elucidar as formas pelas quais as pessoas, por meio da linguagem produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais cotidianas, e o

uso institucionalizado da linguagem. Apresentou-se como elementos indispensáveis: os enunciados orientados por falas, as formas, que são os gêneros de fala e os conteúdos, que são os repertórios interpretativos (Spink & Medrado, 2004).

De acordo com essa proposta, os passos da análise constituíram-se em transcrição na íntegra de todas as entrevistas realizadas, leituras flutuantes, reflexivas e exaustivas das transcrições das entrevistas, a princípio sem categorizar, permitindo que novos sentidos surjam da leitura do texto. Em seguida, o processo de análise é sistematizado em um mapa de associação de ideias constituído com os entrevistados nas colunas e nas linhas as falas correspondentes e as primeiras categorias gerais. Após essa fase, as categorias foram novamente organizadas tendo em vista os objetivos da pesquisa.

As narrativas dos participantes foram organizadas em 5 categorias:

- Consumo anterior de drogas e em situação de rua;
- A construção do cotidiano face à exclusão e ao estigma;
- Os desdobramentos do uso de álcool e outras drogas na rua;
- Início do acesso na RAPS;
- Experiências ao acessar a RAPS.

As cinco categorias orientaram a apresentação dos resultados que foram discutidos de forma a dialogar com a literatura sobre população em situação de rua, política sobre drogas e RAPS, sob a perspectiva do construcionismo social e da Psicologia Social Comunitária.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Consumo Anterior de Drogas e em Situação de Rua

Ao iniciar as entrevistas, a pesquisadora procurou traçar junto aos participantes, a sua trajetória para a rua, como forma de aproximação e aquecimento para as demais questões a serem abordadas, mas também por reconhecer a singularidade deste processo.

Entre os motivos apontados pelos participantes para terem saído de suas casas para a rua, foram mencionadas diferentes situações, entre elas, o uso de álcool e outras drogas, conflitos familiares e/ou rompimento de vínculos e consequentemente as perdas de oportunidades, como o emprego. Foi comum encontrar mais de um destes fatores presentes nas narrativas, como nas de P3, P4 e P8:

*O que me levou a morar na rua, foi o próprio **alcoolismo** que veio para o meu **desequilíbrio emocional**. Meu pai falou assim para mim: ‘ou você quer os pais ou você quer a pinga’. Eu falei: ‘então, o senhor que me mande pra rua’. Aí **meu pai botou um litro de pinga na minha sacola e me mandou embora**. (P3)*

*Eu fui morar na rua depois que eu comecei a usar o **crack**, fazia 10 anos que eu estava morando com minha mulher. Eu trabalhava, pegava meu pagamento e **gastava tudo em droga**, pagava alguma continha, mas era uma raridade. O resto que sobrava do dinheiro gastava tudo em crack, e **começou a dar muita briga e eu bebia ainda**, aí acabei **abandonando minha mulher**. Saí de casa e não voltei mais... preferia **viver na rua pra não viver brigando...** Ela não queria que eu usasse droga, nem bebida e eu não conseguia ficar sem. (P4)*

Minha família foi em uma delegacia e registrou um boletim de ocorrência, que eu não poderia ficar na casa, que eu trazia risco para eles, por eu ser usuário de drogas, então tive que me afastar, tive que ir pra rua, não tive outro lugar para ir. (P8)

Para os participantes desta pesquisa, ir para a rua foi, em todos os 15 casos, um desdobramento do uso de substâncias e seu uso ficou acentuado nessa condição. Quando a necessidade do uso da droga foi preponderante à relação familiar ou trabalho a rua surgiu como lugar de possibilidade, ou seja, de estar livre em relação ao uso. Pode-se pensar que ir para a rua significou desenvolver uma forma de compensação em relação às suas perdas e tentativa de criar novas estratégias e recursos de sobrevivência e vínculos. Esses dados coincidem com os descritos por Bulla et al. (2004), ao evidenciar um conjunto de condicionantes econômicos, sociais, psicológicos e culturais capazes de, como resultado, excluir a pessoa da convivência familiar e por falta de alternativa, lançá-la na rua.

O uso de álcool e outras drogas acentuam a fragilidade dos laços familiares, a dificuldade em manter atividades laborais e convívio social. Nesse contexto de precariedade material e relacional, algumas pessoas acabam recorrendo às ruas como única opção de sobrevivência e de moradia. Independentemente dos fatores que levaram ao consumo, as consequências recaem sobre as relações familiares, intensificando o conflito, quando não aceitam, não conseguem ou não sabem como conviver com o familiar usuário, como se pode perceber nos discursos dos participantes P11 e P12:

Foi pelo uso contínuo da droga, estava muito... eu ia para a favela, não voltava e abandonei tudo. Acabei abandonando o trabalho, a vida pessoal, a vida social, que é onde eu tenho mais dificuldade para voltar a me relacionar com as pessoas. Acho que esses foram os fatores predominantes para eu ir para a rua e me afundar mais nas drogas. (P11)

Eu fiquei sem chão, eu tinha pai, tinha mãe, irmão tudo né, mas eu não quis saber de família e fiquei sozinho realmente, me larguei no mundão, aí usando álcool, drogas, só cadeia e roubos e pequenos furtos, pra manter o vício. (P12)

Uma vez em situação de rua, o consumo foi intensificado, dado que coaduna com Varanda e Adorno (2004), que também observaram a rua como espaço potencializador do consumo de álcool, maconha, *crack*, cocaína e inalantes. Os autores consideram que a rua, traz a possibilidade de fazer o uso, livre de cobranças, julgamentos, tensões e conflitos com os familiares, além disto, desinibe e atua como anestésico para que suportem todas as imprevisibilidades e desconfortos, como a sujeira, a insegurança, as doenças e o frio:

Na realidade eu comecei a se reunir com os piás para beber, foi bem na época que eu saí de casa, às vezes chegava em casa e a minha mãe dizia: ‘mas já tá desse jeito’, ‘ah mãe, que saco’. E aí foi indo, daí o tempo foi passando e foi aumentando e ao invés de tomar um litro já tomava dois. Depois de tomar 2 já tomava 3, aí se controlava tomava um pouquinho e ia embora, mas quando foi um tempo já não se controlava e se não tivesse caindo não estava bom e perdi o controle, né. (P1)

3.2 A Construção do Cotidiano face à Exclusão e ao Estigma

Sabe-se que cada pessoa que passar a viver na rua constitui gradualmente uma nova rotina, estabelecendo relações sociais com as outras pessoas nessa mesma situação e, assim, construindo o seu novo cotidiano:

Logo no começo era bem complicado porque eu não sabia o que iria fazer, eu não sabia se iria trabalhar, eu não sabia pedir um pão ou qualquer outra coisa pra comer. Às vezes estava com muita fome, era bem complicado, depois eu fui conhecendo outros moradores de rua. (P1)

Para os entrevistados P7 e P10, a incerteza de passar os dias na rua e as dificuldades de lidar com suas necessidades básicas foram ressaltadas:

Na verdade, é tudo muito ruim assim sabe, porque você não tem nada certo, você não tem um lugar para você dormir certo, você não tem um lugar certo para você comer. Tudo depende de cada pessoa, uns roubam para poder comer, outros para poder se vestir, outros pedem, outros se prostituem. (P7)

É um pouco complicado né, é difícil. É difícil para o banho, para a higiene bucal, e tudo mais... Para dormir é complicado, dormir no chão de papelão, sem coberta às vezes. De dia é mais complicado, de noite não, de dia é complicado por que você tem que ficar andando, arrumando alguma forma pra comer, suprir seu vício. (P10)

Como as falas dos participantes indicam, uma vez na rua, passaram a viver as incertezas relacionadas aos primeiros momentos de vida na rua, expostos às condições precárias, com dificuldades para o acesso aos direitos básicos de cidadania, como o trabalho, habitação, alimentação, saneamento e saúde.

A condição em que passam a viver leva ao afastamento da rede social anterior, resultando numa tendência ao isolamento ou formação de grupos que lhes confirmam o pertencimento. Isso ocorre devido às sucessivas experiências que resultam em sentimentos de menos valia, vergonha e humilhação, decorrentes do descrédito e atitudes estigmatizantes na relação com as pessoas que mantêm contato, seja a população em geral ou até mesmo policiais, que supostamente deveriam proteger todos os cidadãos sem discriminá-los.

Embora alguns participantes desta pesquisa tenham mencionado que a situação de rua representa por vezes a liberdade, poucas cobranças e exigências, as narrativas expressam a vulnerabilidade dessa população, ocasionada pela exposição à discriminação e ao estigma:

Eu passava muita vergonha na rua, os caras chamavam 'vagabundo, vai trabalhar'.

Passava muita raiva, muita vergonha. Muito humilhante na rua. Ia pedir dinheiro,

alguma coisa para comer a pessoa falava ‘piá, novo, desse tamanho, vai trabalhar vagabundo’. Pelo olhar da pessoa eu já me sentia desrespeitado, quando você chegava para pedir algo a pessoa já se levantava, saía do lugar, ignorava, olhar de raiva, desrespeito, medo. (P10)

Daí tipo, é muito difícil assim sabe, tipo em questão de preconceito também, tem muita gente que tem preconceito, até a polícia. Arrebenta mesmo, não vou falar que batem, porque eles arrebentam, pegam você e arrebentam, porque pra eles é tudo marginal e na rua também tem vários aqueles, não sei como falar, skinhead. É um risco constantemente assim, porque você tem risco com a polícia, você tem risco com os próprios moradores da rua também, por desavença, e por causa desses skinhead. É muito difícil para você comer, para você se vestir, pra você ter sua higiene o seu banho, não é uma coisa boa não. (P7)

O que acontece com a pessoa que está morando na rua, é que ela é totalmente ignorada, né, ela não é nunca bem vista, é uma pessoa muito perigosa, é uma pessoa que está sendo mal vista, ainda é maltratado e não tem ninguém. (P12)

Tem gente que pensa assim: ‘ah, a pessoa não quer responsabilidade, não quer compromisso, não quer isso, não quer aquilo, é sem vergonha’. Mas sei lá, quando você vê, você já está ‘muito louco ’entendeu? Você está ali, está na rua e às vezes você quer sair, mas você está ali, e não consegue sair. (P9)

Os repertórios utilizados para fazer a descrição de si próprios em relação às demais pessoas demonstram como a realidade da exclusão vai sendo gradativamente construída para as pessoas que estão em situação de rua. Os repertórios de menos valia em relação à descrição de si utilizados constroem identidades e, apoiando-nos em Sawaia (2013), pode-se dizer que o morador de rua se encontra numa prisão difícil de sair, por se sentirem desqualificados e rejeitados, se

voltam ao próprio grupo e às práticas com as drogas. Dessa maneira, a condição de abandono e de exclusão social são práticas que os impulsionam cada vez mais para as calçadas.

A partir dessas experiências cotidianas, as pessoas em situação de rua, vão se aproximando e construindo uma realidade à parte, onde se compartilha o mesmo espaço e tempo e as interações com outras pessoas, que não estejam na mesma condição, se restringem cada vez mais. Trata-se da construção de uma realidade de exclusão que ocorre pela representatividade de ameaça e que pelos mecanismos de comparação, a sociedade marginaliza, exclui ou afasta os indivíduos e grupos que são considerados uma ameaça constante às estruturas sociais, uma vez que não se consegue manter um movimento relacional com o diferente. Dessa forma, a sociedade limita e delimita a capacidade de ação da pessoa estigmatizada, marca-a como desacreditada e determina os efeitos maléficos que ela pode representar. De acordo com Melo (2000), quanto mais visível for a marca, menos possibilidade tem de tentar romper ou ocultá-la nas suas inter-relações, pois, já identificada, dificilmente poderá reverter a imagem formada anteriormente pelo padrão social. Com a contínua experiência do estigma, o sujeito passa a entender a condição a qual está submetido e os padrões de relação social decorrentes disso (Goffman, 1998), pois a sua identidade é constituída por meio das relações sociais, que o informam constantemente do não pertencimento e da rejeição impostos pela sociedade, constituindo formas de subjetividade (Adorno, 2011).

3.3 Os Desdobramentos do Uso de Álcool e outras Drogas na Rua

Tomando como referência os dados provenientes deste estudo, com base nas histórias narradas e a imersão no conjunto de informações coletadas nas entrevistas, pode-se dizer que diante das experiências de estigma e exclusão, as pessoas em situação de rua tendem a buscar apoio e proteção entre outras pessoas na mesma condição, o que pode levar ocasionalmente a

formação de grupos. Muitas vezes, usam a droga como uma forma de aproximação, sociabilidade e divertimento para formação de grupos de uso, apesar dos riscos individuais e sociais aos quais estão expostos, em outros momentos, relatam usar a droga para aquecer do frio da rua, diminuir a fome e facilitar o sono, porém esse uso colabora para exacerbar estigmas associados a esses grupos sociais. O uso de álcool e drogas é elemento socializador, facilitando a aproximação e as relações. Porém, da mesma forma como o uso de substâncias é por horas citado como um facilitador das relações, outras se torna uma ameaça, denotando a constante vulnerabilidade a que as pessoas estão sujeitas na rua:

Morar na rua, hoje dorme embaixo de uma marquise, hoje você dorme em baixo de uma ponte, às vezes você dorme embaixo de lanchonete, bebe, você tem que beber pra dormir, usa drogas também, a convivência e frio, no verão está tudo bem, mas no frio você tem que beber, beber pra passar o frio. (P5)

A gente sempre simpatiza com alguém, a gente vê no olho da pessoa que pode ficar junto e a gente toma, bebe junto, fuma junto, é aquela pessoa que também não quer ficar sozinha porque sabe que é sujeira, é ruim, é risco de vida pra gente. De repente a gente está conversando com pessoas, parece que todo mundo é conhecido. São 10 amigos, mas na verdade ninguém conhece ninguém. Na verdade, um vem daqui, outro dali e se junta todo mundo e vão pro mesmo canto e quando você menos espera tem dois ou três que pulam em você como já fizeram comigo. (P12)

Nessa mesma direção, pode-se dizer que há uma implícita delimitação de identidade e espaços na formação dos grupos na rua de acordo com o tipo de droga usada, assim como descrito por Adorno et al. (2013). Na rua, a rede de convivência, relações e significados do uso de drogas são potencializados por este circuito de identificação entre as pessoas que compartilham a mesma droga, facilitando a identidade de grupo e a construção de regras de sociabilidade:

*Têm vários grupos assim na rua, é o grupo do **alcoolista** de um lado, o usuário de **maconha** do outro, o usuário de **crack** do outro, o usuário de **cocaína** do outro, tem até do **tradicante**, né. Aqui no Centro de Curitiba... acho que em qualquer cidade você tem que saber se comportar no meio daquele grupo. (P15)*

A rua, assim como pode oferecer espaço para o uso livre de álcool e drogas, sem a pressão exercida nas relações familiares, com o passar do tempo vai mostrando outra faceta para a pessoa que se encontra nessa condição. São situações extremas de sofrimento emocional, descontrole e vulnerabilidade aos diferentes tipos de violência, como ilustrados nas seguintes narrativas:

*Cheguei ao ponto até de querer **me matar**, se não fossem uns amigos, amigos entre aspas, porque esse negócio de tudo drogado, né, não existe amizade, **um é contra o outro**, é só na hora que tem dinheiro, quem tem droga que é amigo, saiu disso já não tem mais amizade, eu tentei me enforcar e os caras não deixaram. (P4)*

Via assim muitas pessoas ficar três, quatro dias no uso direto, sem se cuidar, sem comer, sem dormir né. É uma coisa assim bem desagradável assim de ver né. Em qualquer lugar é a hora, não tem hora, não tem lugar, você acaba perdendo o medo de tudo e de todos né. Então você não tem mais nada, na verdade você vive somente pra aquilo. (P6)

*O que a pessoa faz pra usar droga, esses dias eu assisti que o cara matou o outro pra roubar um celular, quanto custa àquele celular que ele vai trocar por um pouco de crack. Até chegar outro usuário e pegar dele ou alguma coisa assim, entende. Eu vi tudo isso na rua, eu tô te contando alguns flashes, então, é muita cena de violência na rua e hoje você vê que tem um índice alto de **homicídio**. Eu vi pessoas morrendo, eu vi o cara parar com a moto ali no centro e descarregar uma arma e daí já o corpo estendido no chão. Já vi um morador de rua que foi morto, então não é muito fácil assim jogar o cachimbo em cima do cara. Porque **morador de rua morre bastante**. (P15)*

*Comecei na bebida e **cometi um homicídio**, acabei matando uma pessoa numa **briga** que eu tive, depois disso desandou a minha vida. Começou a pesar para mim e eu não me senti mais a mesma pessoa. Na minha família nunca ninguém foi preso, ninguém fez nada de errado e **eu fui preso**, passei por um monte de dificuldades, e fui só **me envolvendo cada vez mais com bebidas e drogas** e fui destruindo a minha vida. (P4)*

*Você não sabe o que a pessoa vai fazer por mais uma dose, eles **podem te matar por causa de mais uma dose**. Só que para mim foi uma grande experiência, está sendo a última se Deus quiser, porque se não tiver **disciplina na rua**, se você pegar emprestado nem que seja uma manta, um alimento, alguma coisa, ou fazer alguma promessa e se você não cumprir com aquilo ali, **vai custar a tua vida**. (P15)*

Ao estar em situação de rua, há por vezes certa associação entre o uso de drogas e o envolvimento com as redes de ilegalidade e violência, onde pessoas que já sofriam cotidianamente com a vulnerabilidade e invisibilidade da rua vivenciam uma dinâmica dolorosa por meio da prostituição, furtos, mendicância e tráfico para a aquisição de drogas, também descrito por Minayo e Deslandes (1998).

Evidencia-se por meio dos dados coletados que são vários os mecanismos de interferência no cotidiano dos moradores de rua. A rua surge em consequência de perdas e rupturas de vínculos pelo uso de drogas e consequentemente potencializa seu consumo, associando fatores como más condições de vida, estigma e cenas de violência. Nesse sentido, a violência não aparece como mero fator de agressão física, mas também como forma de linguagem, como ato de comunicação. Não só por qualquer decisão consciente de suas vítimas ou praticantes para se obter a droga ou para se conviver na rua, mas também por ser a expressão limite de conflitos para cuja solução não se pode contar com formas institucionalizadas de negociação e assim criam suas próprias regras.

O morador de rua adapta-se ao espaço segregador, limitado, vulnerável e vai se reconstruindo na medida em que esse espaço o molda, trazendo à tona suas emoções, na maioria

das vezes instigadas pelo uso de drogas, em forma de raiva, angústia, euforia, medo, dor, alegria, assim como externando sua agressividade através de seus gestos, falas e desejos, desencadeando possíveis situações de conflitos e violências.

A partir desse panorama, é possível notar que na maneira que desenvolveram a socialização em grupos compartilham acordos e mantêm regras mínimas para segurança e respeito, mesmo que nem sempre sejam bem-sucedidos. As emoções decorrentes dessas experiências parecem ser vividas com intensidade e, portanto, exige das pessoas em situação de rua grande esforço para se adequarem às dificuldades e buscar recursos para a sobrevivência (Domanico, 2006; Adorno et al., 2013). Pode-se pensar, que estes esforços ora incluem o uso de substâncias e ora podem proporcionar reflexão sobre a necessidade de interromper o uso.

3.4 Início do Acesso na RAPS

Apesar da ampliação dos serviços de saúde e assistência social destinados aos cidadãos por meio do SUS e do SUAS, um grande número de pessoas ainda não usa os serviços públicos oficiais ou pouco se relacionam com a assistência instituída. No caso das populações vulneráveis, como a população em situação de rua, a maioria ainda busca alternativas diversas para suprir necessidades básicas de higiene e de saúde, como no exemplo a seguir:

*É um pouco **complicado**, né, é bem difícil. Porque para o banho tem que usar **chafariz** ou **banheiro da igreja**, pra outras vezes usar o **banheiro de comércio** e pra dormir é complicado, dormir no **chão de papelão**, sem coberta às vezes... pra comer, pedir **esmola** ou **catar do lixo**. (P10)*

A maior parte dos entrevistados demonstrou possuir pouca ou nenhuma informação sobre os serviços existentes no município para população em situação de rua e seu tratamento para uso

de álcool e outras drogas. A seguinte narrativa ilustra a experiência de uma pessoa que somente a partir do acesso no Centro POP ficou sabendo de outros dispositivos de tratamento:

Nunca tinha visto ou ouvido isso, até o consultório da rua eu fui conhecer depois que eu estava lá no centro POP, daí que me falaram do Consultório de rua, que tinha médico, mandavam pra dentista tal, nem do Posto de Saúde na época eu não me lembra mais, entende? Ninguém dizia vá na Unidade de Saúde lá, vá fazer um tratamento lá, lá tem um psiquiatra, não, nunca ninguém me falou, nem me chamou pra isso. (P2)

Devido ao processo de exclusão que as pessoas estão sujeitas na rua e com o contato com pessoas de outros grupos sociais limitado, como descrito na categoria anterior, a existência de serviços de saúde e assistência social destinados à população em situação de rua nem sempre é conhecida. Pode-se supor que o processo de exclusão a que estão submetidos também seja o motivo para que não busquem o sistema destinado à população em geral, como as UBS e a Assistência Social. Pois, conforme ilustrado na narrativa de P2, ‘ninguém dizia para eu ir’, pode significar que ele sabia da existência das UBS, mas não de que ele poderia acessá-las na sua atual condição. Talvez isto tenha contribuído para que ‘esquecesse’ da existência das UBS.

Portanto, observa-se que a informação ao usuário é essencial para que o acesso se transforme em uso dos serviços e que sua falta gera um fator que prejudica a inserção do cidadão no sistema e no cuidado à sua saúde. As pessoas em vulnerabilidade, muitas vezes, são vitimizadas pelos problemas estruturais da própria rede de serviço criada para acolhê-los e que, com dificuldade de acesso, têm sua situação agravada pela contínua permanência em condições insalubres, sujeitas à violência ou ainda sob a ação contínua de álcool e drogas.

Dessa maneira, os dados evidenciam a importância de que os serviços específicos consigam estabelecer proximidade com as pessoas e grupos de moradores de rua, para que a informação possa alcançá-los, como aconteceu com o participante P2, pois a ausência, insuficiência ou inadequação de políticas públicas ao dificultar o acesso ao sistema, condena a

uma vida restrita às drogas como dispositivo de fuga, anestesiamento e prazer, tal como descrito por Alves (2009) e Garcia et al. (2008).

Por outro lado, nem sempre ter acesso significa ser acolhido, pois ocorre de os serviços estarem mais centrados na burocracia institucional do que nas necessidades daqueles a que se destinam:

*Por exemplo, no Centro POP tem **muita burocracia**, tem a sua panela, tem a panela deles, por exemplo. Você vai lá, conversa, faz tudo com a assistente social, a assistente social manda você para o CREAS, você às vezes **não tem dinheiro pra ir**, sendo que eles mandam você lá pro CREAS, **pra depois passar por uma burocracia do CREAS, mandar um papel pra você conversar**, para falar onde você morou, se você tem família e tal. Às vezes você pode ter a família, mas a família não te quer lá, daí se você tem família em Curitiba, você já **não pode ficar no Centro POP**, daí por exemplo, às vezes você roubou ou da família ou você tirou tudo da sua família e **eles querem que você volte pra tua família** e quem é que vai aceitar você lá, ninguém. Essa é a burocracia deles. (P5)*

Após acessarem a rede de serviços, os relatos dos participantes refletem a necessidade de ajuste e articulação entre os serviços de saúde e a comunidade específica de atendimento. Também para a importância da liberdade de usar os serviços de saúde sem estigmatização e para a disponibilidade e aceitabilidade dos profissionais dos serviços quanto à realidade das pessoas em situação de rua.

Pode-se identificar nos relatos que a ausência de alinhamento referente à estrutura e aos fluxos de funcionamento do sistema/serviço de saúde impacta negativamente não somente no acesso a esses serviços como consequentemente na relação do profissional com o usuário e sua adesão, como descrito na fala de P5. Além disto, os relatos chamam a atenção para a importância da questão relacional, sendo que usuário do serviço e profissional dependem um do outro, de uma relação acolhedora e esclarecedora para realizar o cuidado. O conhecimento e o acesso às

informações sobre tratamento são imprescindíveis para a realização de escolhas e para o empoderamento do usuário, como também foi discutido por Porto (2012) e Medeiros e Rameh-de-Albuquerque (2010):

Olha, na época de rua eu não sabia que podia ir direto no CAPS, então, eu sabia que existia, mas não sabia que podia vir procurar. Pensei que tinha que passar por um hospital, médico encaminhar e tudo mais, pra depois passar por aqui. Muitas vezes as pessoas vão atrás da gente pra intervenção, mas a gente não acaba escutando por medo, muitos não conhecem, nunca entraram nesse lugar, nunca ouviram falar. Ouviram falar mas ouvir falar aqui dentro do CAPS é uma coisa, ouvir falar lá fora é outra coisa, totalmente distorcido, então muita gente que acaba passando por aqui, passa bem, faz as coisas bem, chega lá fora, acaba falando mal ou errado do próprio lugar, então isso influencia os outros que nunca participaram. (P6)

O participante P4 relata sua insegurança e desconhecimento sobre o serviço:

A gente vem um pouco cabrero, vem com medo porque a gente não sabe como vai ser tratado, não sabe se vão te xingar... não imaginava que seria assim, cheguei meio assustado. Eu vim pedir um lugar pra eu sair da rua, pedir um internamento em algum lugar, foi isso que eu pedi e não sabia que já iam conseguir pra eu ficar aqui uns 15 dias em leito, fiquei muito alegre aquele dia, estava mal pra caramba. (P4)

Outro impedimento para acessar os serviços, conforme descrito por P6 e P4 são as próprias experiências anteriores de exclusão tanto na rua, conforme discutido na categoria 5.2, quanto com o sistema de saúde ou de pessoas de sua rede relacional. O pressuposto da construção social conduz ao entendimento de que a realidade é construída por meio dos intercâmbios linguísticos das pessoas em contextos sociais específicos (Spink, 2004). Dessa forma, o compartilhamento de opiniões e pontos de vista contribuiu para a construção de uma imagem acerca das vantagens ou desvantagens de se buscar tratamento para o uso de álcool e drogas e

quanto à abordagem profissional. Ainda, há que se considerar que as pessoas que estão em situação de rua também trazem memórias construídas em períodos anteriores (Spink & Medrado, 2004), que, por sua vez, também podem conter preconceitos em relação à situação em que se encontram na atualidade e que podem impedi-las de agir no sentido de buscar ajuda.

Apesar das dificuldades encontradas com a informação e divulgação dos serviços, as narrativas dos participantes indicam que contatos a partir da rede pessoal, bem como os serviços municipais que abordam as pessoas em situação de rua (CR e Intervidas), de abrigamento e Centro POP foram as vias mais acessadas à RAPS, como será ilustrado mais adiante nesta pesquisa. Outros serviços (comunidades terapêuticas, hospitais, UPA, Consultório na Rua e os CAPSs) também foram citados, como ilustrado a seguir:

Eu fui lá no consultório de rua, eu fui no centro POP ...eu fui indicado, daí eu fui lá por um amigo meu que morava na rua. É, vai lá no centro POP, que eles deixam você tomar banho, trocar de roupa. Daí você toma banho, troca de roupa, toma café, almoça, dai, tem uma palestra lá...eu cheguei a ficar na UAI. (P1)

Fiquei por aí até que consegui encontrar ajuda, né, no centro POP, que me tiraram ali de baixo da ponte, vim aqui no CAPS e pedi se tinha condições de me internar aqui, eles me arrumaram, fiquei 15 dias aqui e falei que não tinha condições de eu voltar pra rua de volta né...que não teria adiantado nada eu ter ficado aqui esses 15 dias e voltar pra rua, ai eles conseguiram me encaminhar pro Hauer [Centro de referência para população em situação de rua que fica no bairro Vila Hauer], lá no Hauer eu tô com um mês lá. (P4)

Dessa maneira, entende-se que há a necessidade de informar continuamente sobre os dispositivos de assistência existentes e de que forma costumam abordar o usuário e encaminhar o tratamento. As narrativas dos participantes ilustram como o acesso aos equipamentos de saúde que gerava medo, pela expectativa de terem a condição de excluído mais uma vez afirmada pelos profissionais, teve o seu significado transformado pela experiência de acolhimento.

3.5 Experiências ao Acessar a RAPS

Ao acessar a rede de serviços, pode-se levantar as expectativas dos participantes em relação ao tratamento de álcool e outras drogas e conhecer a experiência destes usuários na utilização da RAPS:

Tenho força de vontade né, senão nem estaria aqui e está sendo muito bom... as pessoas estão tratando bem a gente aqui... nossa a gente não tem nem como agradecer, né, o tratamento que fazem aqui no CAPS, lá no centro POP que estou no Hauer também nossa, não tem reclamação. Ah eu achei bom, e um primeiro passo ali foi tudo né, porque se eles não tivessem me dado essa ajuda eu não tinha conseguido, nem sabia o que era paz nessa época, fiquei sabendo através deles, dessa abordagem que eles fizeram e eu achei bom...ajuda muito as pessoas que tão na rua aí, não vou dizer todos, porque tem uns que não querem mesmo, vai lá as pessoas que tem vontade de mudar. Quem quer, que aceita, né, numa boa tudo, e é bom, eu acho que é o primeiro passo e é muito bom, é muito importante isso aí, pra nós que moramos na rua. (P4)

No relato de P4 a forma como foi acolhido e compreendido nos equipamentos da RAPS criou possibilidade para que iniciasse uma tentativa de tratamento. Esse relato é importante para que se possa refletir sobre a importância do acolhimento nas abordagens profissionais, que pode significar o início de um processo em direção ao reconhecimento da necessidade de tratamento, por meio da valorização da pessoa e resgate de sua autoestima. Por outro lado, a falta de oportunidades pode significar a desistência em buscar apoio e tratamento, assim como a acomodação na condição marginal, refletindo a vulnerabilidade programática, conforme descrita por Ayres, França Junior, Calazans e Saletti Filho (2003).

O participante P4 significa a RAPS como uma forma de ajuda para aqueles que querem deixar de usar drogas, ou seja, coloca a vontade da pessoa como ponto fundamental no processo.

Nesse entendimento, sempre haverá aqueles que não irão aderir por não desejarem o tratamento, ou seja, P4 apresenta uma visão centrada na vontade da pessoa. Por outro lado, na perspectiva da interdependência entre pessoa e contexto, pode-se pensar que a disponibilidade de serviços com potencialidade de oferecer ajuda e acolhimento pode aumentar a probabilidade de pessoas que queiram tratar-se.

As narrativas de P6 e P5 ilustram os significados de resgate da autonomia e autoestima por meio das atividades oferecidas no CAPS:

É como se tirassem um peso enorme das suas costas, porque você lá fora tinha uma responsabilidade de cuidar de você mesmo né e aqui você tem a responsabilidade, mas você sabe lidar com ela. Eles ensinam a lidar com a responsabilidade, não você carregar a responsabilidade, mas lidar com ela. Isso daí foi bem importante pra mim. Saber dividir as coisas, administrar... faz superbem, eu vir aqui escutar, conversar, dialogar sobre as dificuldades do dia a dia, com as conquistas também, nem sempre é dificuldade é conquista também. Então isso daí que fez uma grande diferença na minha vida. (P6)

Mudou meus pensamentos, minha autoestima também tá mudando, meu pensamento agora é agilizar a minha documentação e trabalhar né, eu estou até ansioso louco pra trabalhar pra mim também não ficar vivendo só no CAPS eu preciso correr atrás de emprego, alugar uma casa, pra tentar fazer alguma coisa ainda. (P5)

No discurso acima de P5, acessar a RAPS significou o seu empoderamento, que por sua vez possibilitou o movimento de participação na sociedade. Valorizou a oportunidade de sua reinserção social numa perspectiva mais ampla, que inclua o seu fortalecimento enquanto cidadão de direitos de modo que isso repercuta numa mudança na sua condição social e emocional através do fortalecimento da autoestima e a ressignificação de expectativas.

Ao relatarem suas experiências, expectativas e significados em relação ao tratamento e à RAPS, os participantes fizeram várias sugestões, a partir das suas próprias vivências:

Ah eu acho que deveria existir mais né, mais CAPS, é que tem poucos né, que nem neste aqui tem bastante gente que frequenta aqui né, tem umas reuniões que a gente frequenta que tem muita gente e nem todo mundo consegue falar eu acho que é pouco, tem que ter mais CAPS, eu acho né. É mais que nem aqui tem o CAPS, se tivesse ali [fala nome do local], mas tem que vir aqui né, se tivesse um lá né, lá [fala nome do local] não tem né, já seria bom né, poderia acolher mais gente que está na rua.... eu acho que seria bom isso.

(P4)

P4 significa o espaço da fala como algo importante para o seu tratamento e que com o excesso de usuários no serviço esse espaço fica prejudicado. Demonstra que a troca de experiências com outros usuários pode significar um caminho para que ampliem suas capacidades e aprendizagens mútuas, no sentido de poderem reavaliar suas ações e ressignificar suas questões individuais.

Para P5 o fluxo de encaminhamentos dos serviços apresenta trâmites burocráticos que por vezes explicitam o significado de protecionismo para alguns usuários, aumentando a dificuldade de efetivação desse atendimento de modo integrado, impedindo a acessibilidade, equidade e singularidade dos sujeitos e perdendo com isso alcance e efetividade:

Na verdade, aqui eu não tenho o que falar porque é bom, agora pro Centro POP... lá tem muita gente que quer se internar lá e eles tem uma burocracia muito grande, tem vaga lá e tem uma burocracia muito grande e não interna no Centro POP, por exemplo, aí parece que eles têm os escolhidos pra se tratar lá. (P5)

Os participantes P6 e P11 nos dizem sobre a necessidade de maior divulgação, orientação sobre os serviços e o aumento das abordagens na rua:

É que nem, a gente tem propagandas de tudo o que é tipo na televisão né, então eu acharia isso um marketing, falar sobre isso daí, né, nas redes né, de televisão. Eu acho que seria importante, muita gente não conhece né, e como a televisão é um modo mais

comunicativo que a gente vê hoje em dia, seria o mais fácil né, o mais prático né. Uma maior divulgação, isso. Em hospitais, né, também, né, rede hospitalar. Também acho meio importante, porque muita gente faz tratamento em hospital, só que não conhece o resto dos tratamentos saindo do hospital. Quando elas saírem do hospital podem dar continuação ao tratamento delas, porque muita gente não conhece essa parte. Alguns sabem que existe o CAPS, só que eles não veem o CAPS como tratamento, como se não fosse tratamento. A visão totalmente distorcida deles né, mas tem uma parte que é importante entendeu, você estar aqui, você estar né, estar dialogando, ter as coisas, saber, aprender mais. Eu aprendi muita coisa aqui dentro. (P6)

Aumentar o fluxo de vagas no CAPS, entendeu... Então aumentar a abordagem às pessoas que estão na rua. É, aumentar a abordagem, conversar, 'ôh, vamos lá no CAPS, lá é legal, dá para você sair da rua'. Abordar, orientando as pessoas. Ter mais leitos, mais profissionais. Mais profissionais seria bom né, não teria assim uma sobrecarga em cima do profissional que atende tanta gente que eu vejo que tem horas ali que você... Têm quatro, cinco pessoas querendo falar com uma pessoa só, isso ajudaria. (P11)

As falas de P6 e P11 levantam a necessidade de superar as estruturas fragmentadas na gestão dos serviços, com ações unificadas e fluxos articulados, capazes de prestar informações sobre outros serviços específicos para essa população ou serviços existentes no próprio território. É necessário que se pense em qualificar cada vez mais as equipes que atuam nas abordagens ou nos serviços, para que também se tornem responsáveis em dar respostas às demandas da população atendida. Apesar da complexidade da estrutura da rede, da diversidade de ações desenvolvidas e do compromisso das equipes para com o trabalho, os dados desta pesquisa apontam para a necessidade de uma intersetorialidade mais efetiva entre os serviços da rede, sobretudo, em relação à divulgação do dispositivo e da sua abordagem terapêutica.

Importante ressaltar que os participantes deste estudo estavam, no momento das entrevistas, inseridos na RAPS através do acolhimento em CAPS. Porém, percorreram uma trajetória terapêutica de acesso em vários outros dispositivos que compõem a rede, assim como acessaram a rede e voltaram diversas vezes para a rua como podemos observar na Figura 5 a seguir.

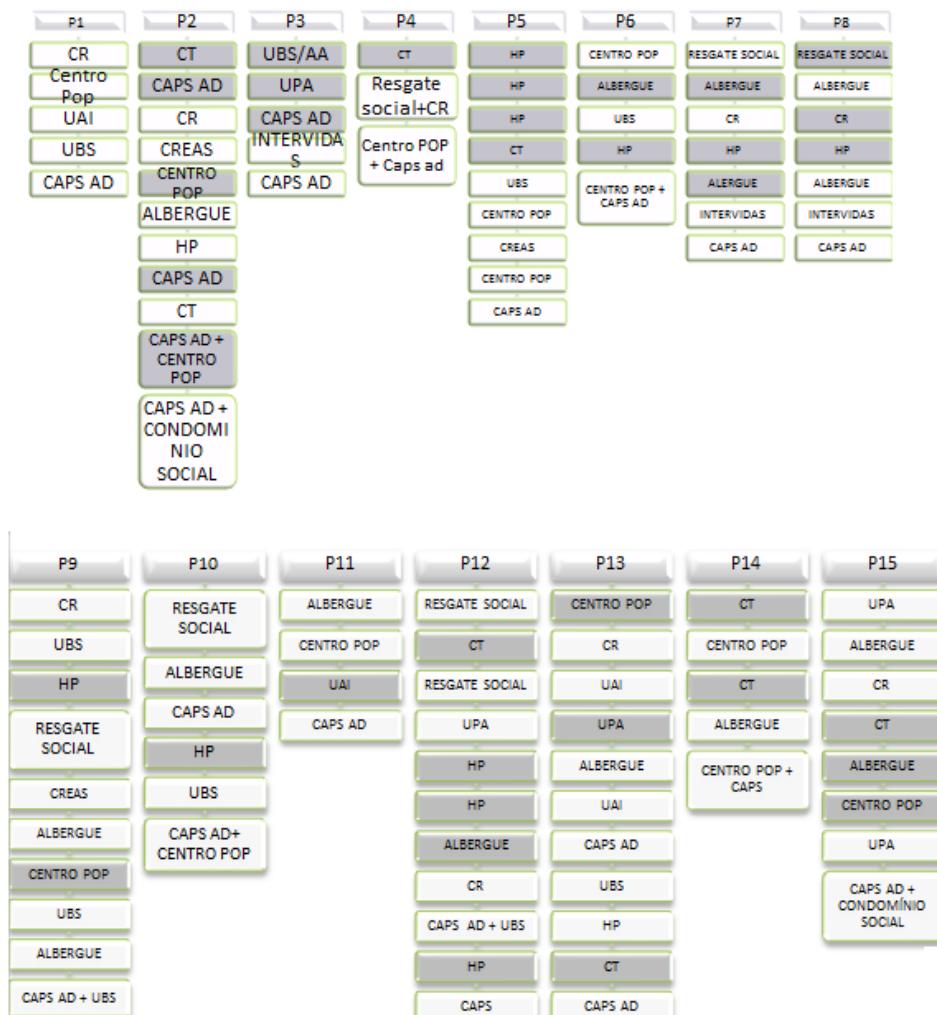


Figura 5 – Itinerário terapêutico.

Fonte: Dados levantados nas entrevistas com os participantes.

Pode-se observar na ilustração acima o acesso dos participantes aos diversos serviços antes de acessarem especificamente o CAPS, denotando trajetórias incertas e aleatórias, bem como diversas voltas para a rua (conforme as marcações nos quadros representadas em cinza

escuro). Por outro lado, os dispositivos de abordagem como os CR e o Intervidas e os de abrigamento e Centro Pop configuraram com maior frequência como dispositivos anteriores ao CAPS, podendo-se supor uma maior aproximação entre eles.

Identifica-se que a maior parte das abordagens acontecem num único dispositivo, sendo mais raros os projetos que envolvem dois ou três serviços públicos simultaneamente, ainda que a complexidade dos usuários demande abordagens intersetoriais. Isso possivelmente sugere dificuldade de interlocução SUS/SUAS, com abordagens de pouca intersetorialidade o que demanda um planejamento integrado de ações e sua priorização enquanto intervenção realizada, a partir de um conjunto articulado de políticas públicas.

Sabe-se que a saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros, garantido pela Constituição Federal de 1988 que a assegura enquanto direito universal através do Estado. Todo sujeito tem o direito ao acesso ao SUS, que tem como objetivo realizar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Anteriormente, o modelo utilizado dividia os brasileiros entre os que podiam pagar por assistência de saúde privada, os que tinham direito à saúde pública pela Previdência Social e os que não possuíam direito algum. Porém, observamos que nos dias atuais mesmo com os direitos adquiridos de acesso incondicional ao SUS, ainda se convive com a realidade desigual, excludente e pouco articulada (Campos, 1999; Alves, 2009). No caso específico da RAPS, os participantes deste estudo relataram a necessidade de melhor orientação de fluxos e divulgação dos serviços para a ampliação de acesso aos usuários. Porém, ao acessar o CAPS como um dos dispositivos disponíveis na rede, estes relataram uma relação positiva com o serviço, sendo caracterizado como um local de apoio e cuidado, tornando o sujeito protagonista de seu tratamento.

Assim, os participantes mencionam a importância, através de seu referencial, do fortalecimento das ações intersetoriais e compartilhamento de informações entre a RAPS, através de discussões ampliadas entre os serviços para minimizar a exclusão social e o estigma que

favorecem a vulnerabilidade e ampliar o acesso. Importante salientar o papel dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores nessa rede, como protagonistas no efetivo acesso aos serviços de saúde que deve sinalizar e buscar alternativas para as demandas implícitas, e para os importantes pontos de exclusão e dificuldade de acesso que os usuários enfrentam nesse complexo caminho em busca de solução para suas demandas. Essas percepções favorecem e potencializam as ações intersetoriais para o atendimento das necessidades sociais e de saúde na RAPS, tendo como princípio uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade pautada no protagonismo de seus usuários.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou compreender os significados da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em situação de rua em tratamento de álcool e drogas, buscando os itinerários terapêuticos utilizados, as expectativas e as experiências destes usuários em relação à RAPS.

Os dados apontaram para o uso de álcool e outras drogas anterior a ida para a rua e para a intensificação do consumo nesse contexto. Uma vez na rua as vivências de exclusão foram constantes e a condição de vulnerabilidade acentuada. As narrativas dos participantes retrataram pouco conhecimento dos equipamentos da RAPS antes de serem inseridos e consequentemente pouco acesso aos serviços oferecidos, inclusive os específicos, destinados ao público em questão. Os entrevistados, que se encontravam no CAPS, sentiram-se acolhidos em algum ponto dessa trajetória, o que possibilitou a busca por tratamento.

Os usuários da RAPS ingressaram por diferentes equipamentos, tanto do sistema público quanto privado de saúde ou assistência social. A trajetória até o CAPS mostrou-se incerta, com vários momentos de saída e volta para as ruas, e ilustrou que o caminho para o tratamento não foi linear, requerendo ações complexas e coordenadas para apoiar o usuário nesse processo.

A trajetória das ruas à RAPS e da RAPS ao tratamento foi marcada por diferentes significados. Pode ser destacado que foi comum o relato de falta de informação sobre os serviços existentes e receio em acessá-los, o que leva a pensar que o número de equipes que abordam a população em situação de rua, e que podem esclarecer sobre os mesmos, ainda é deficitário na cidade. Além disto, a falta de acolhimento quando a pessoa acessou a rede em alguns casos reafirmou o sentimento de exclusão ao perceberem os serviços mais voltados para a burocracia institucional do que para as necessidades do usuário.

Nessa direção, entende-se que a burocracia também impede a articulação entre os dispositivos acessados, resultando em abordagens de baixa intersetorialidade, em situações que

demandariam um planejamento integrado de ações a partir de um fluxo articulado de políticas públicas.

Por outro lado, os participantes narraram experiências de acolhimento fundamentais para ressignificar a relação com os equipamentos de saúde e dar abertura para a busca de tratamento. Os equipamentos de abrigamento e abordagem da população em situação de rua (CR e Intervidas) foram fundamentais nesse processo de desconstrução do processo de exclusão para a inserção na rede, possibilitando a liberdade de usar os serviços de saúde. Uma vez inseridos na RAPS e em processo de tratamento, novos significados foram trazidos à tona como o de apoio, de resgate da autoestima e da autonomia e de possibilidade de participação social cidadã.

As contribuições teóricas apresentadas nesta pesquisa apontam para a necessidade de se apropriar do contexto complexo das relações de exclusão, violência, estigma e vulnerabilidades dessa população com o olhar constituído a partir da linha de cuidado, percebendo e valorizando as demandas dos usuários na sua singularidade e protagonismo, implicando-os na construção de estratégias que fortaleçam a relação, comunicação e acesso aos serviços. Destaca-se a importância de identificar estratégias numa perspectiva intersetorial, para a concretização da saúde como direito de cidadania, fortalecendo os modelos específicos de atenção, buscando o princípio da equidade com o fortalecimento de uma rede de atenção psicossocial que visem melhores condições de vida e de acesso.

A complexidade da situação que envolve o cuidado à população em situação de rua relacionada ao consumo de álcool e outras drogas evidencia a necessidade de possíveis avanços, análises críticas das orientações políticas e o desenvolvimento dos mecanismos legais para a diminuição da coerção social e o aumento da coesão social.

Sugerimos que este estudo seja repetido em outros dispositivos da RAPS, pois não houve aqui a pretensão de avaliar os serviços, mas seu significado e estratégias de acesso pela população em situação de rua em uso de álcool e outras drogas. Além disto, este estudo se limitou aos

usuários já inseridos na RAPS e em processo de tratamento, por essa razão sugere-se que outros estudos abordem pessoas em situação de rua que não fazem uso da rede, para que, dessa forma, se possa avançar nas políticas destinadas ao enfrentamento das difíceis condições vivenciadas por essa população, que visem superar abordagens assistencialistas ou higienistas que mantêm a invisibilidade dessa população em relação às suas verdadeiras necessidades.

4.1 Algumas Recomendações

A partir das narrativas trazidas pelas pessoas em situação de rua em tratamento de álcool e outras drogas, da discussão desses dados com referência na literatura e das considerações apontadas no decorrer desta pesquisa, é importante realizar algumas recomendações com o objetivo de apoiar o avanço das políticas públicas. Com base nas entrevistas e no quadro de itinerário terapêutico apresentado, é possível realizar as seguintes recomendações para o enfrentamento das vulneráveis condições vividas por essa população, fortalecendo uma rede de atenção psicossocial que vise a melhores condições de vida e de acesso:

- desenvolver ações intersetoriais entre os serviços e profissionais que atuam com a população em situação de rua, com a finalidade de superar a desarticulação entre as diferentes redes identificada nas entrevistas;
- política intersetorial clara entre saúde e assistência social, com a mesma finalidade;
- ampliar o número de serviços de atenção a necessidades básicas (banho, comida, guarda-pertences), políticas básicas de inclusão e que constituem grande diferença na qualidade de vida apontada pelos entrevistados;
- importância de ações preventivas e terapêuticas nos serviços que compõem a RAPS, no sentido de ampliar o acesso de usuários a essa rede;

- mapear todas as instituições que configuram o atendimento específico a essa população para melhor divulgação e articulação com a rede;
- incorporar ações programáticas específicas para essa população, com a finalidade de promover equidade;
- investir em qualificação para os profissionais que atuam com essa população, possibilitando a escuta ampliada, qualificada e a construção de vínculos;
- elaborar e estabelecer fluxos alinhados entre os serviços da RAPS para atendimento em rede dessa população;
- eliminar barreiras burocráticas de acesso da população em situação de rua para uso dos serviços da RAPS;
- propiciar uma rede de cuidado que implica a reorganização da atenção em saúde em todos os níveis, permitindo a integralidade e coordenação do cuidado em consonância com as diretrizes da Política Nacional para a População em Situação de Rua;
- investir em estratégias de redução de danos com número ampliado de equipes de abordagem na rua; este estudo mostrou a efetividade dessa metodologia em estabelecer vínculo do usuário à rede, superando barreiras de acesso;
- apoiar o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo das pessoas ao acessarem os serviços da RAPS;
- desenvolver em rede ações intersetoriais de promoção, prevenção e redução de danos, visando à melhoria da qualidade de vida da população em situação de rua;
- propiciar ação integrada da atenção básica SUS e SUAS e saúde mental.

Espera-se, com uma eventual implantação dessas ações, favorecer e potencializar a atenção intersetorial voltada para o cuidado das pessoas que vivem em situação de rua. As recomendações vão também no sentido da ampliação do acesso aos serviços da RAPS e melhoria

na organização interna e em rede dos serviços públicos. Finalmente, as recomendações apontam para a necessidade de qualificação da forma como as equipes atuam no atendimento às demandas e necessidades dessa população que busca enfrentar o estigma e as vulnerabilidades que vivencia.

REFERÊNCIA

- Abramovay, M., Castro, M. G., Pinheiro, L. D. C., Lima, F. D. S., & Martinelli, C. D. C. (2002). *Juventud, violencia y vulnerabilidad social en América Latina: desafíos para políticas públicas*. Brasília, DF: UNESCO, BID.
- Adorno, R. C. F. (2001). *Capacitação solidária: um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social*. São Paulo: AAPCS.
- Adorno, R. C. F. (2011). Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica*, 15(3), 543-567.
- Adorno, R. C. F., Rui, T., Lima, S. S., Malvasi, P. A., Vasconcellos, P. M., Gomes, B. R., & Godoi, T. C. (2013). Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano [Ethnography of Crackland: notes about a research in urban territory]. *Saúde & Transformação*, 4(2), 4-13.
- Aggleton, P., & Parker, R. (2001). *Estigma, discriminação e Aids*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319.
- Amarante, P. (2003). *Saúde mental. Políticas e instituições: programa de educação a distância. Bases conceituais e históricas do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiote/Fiocruz, EaD/Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M. (1997). *Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia*. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. *Bol Epidemiol*, 15(3), 2-4.
- Ayres, J. R. C. M., França Junior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In R. M. Barbosa, & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder* (pp. 49-72). São Paulo: Editora 34.
- Ayres, J. R. C. M., França Junior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 117-139). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C., Sala, A., Castanheira, E. R., Schraiber, L. B., Nemes, M. I. B., Goncalves, R. B. M., & Teixeira, R. R. (1990). Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In L. B. Schraiber (Org.), *Programa em saúde hoje* (pp. 129-182). São Paulo: Editora Hucitec.
- Ballarin, M. L. G. S., Carvalho, F. B. D., & Ferigato, S. H. (2009). Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *Mundo saúde*, 33(2), 218-224.
- Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Bulla, L. C., Mendes, J. M. R., & Prates, J. C. (2004). *As múltiplas formas de exclusão social*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Burt, M. R. (2001). Homeless families, singles and others. Findings from the 1996 national survey of homeless assistance providers and clients. *Housing Policy Debate*, 12(4), 737-780.
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Candido, N. A. (2006). *Ação pastoral da igreja católica apostólica romana face ao direito à inserção social de pessoas em situação de rua*. São Bernardo do Campo: UMEESP.
- Coimbra, C. M. B. (2001). *Operação Rio: o mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública*. Rio de Janeiro: Oficina do autor. Niterói: Intertexto.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo: Unesp.
- Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (2009, 23 dezembro). Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (2010, 21 de maio). Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Delgado, P. G. G., Gomes, M. P. C., & Coutinho, E. D. S. F. (2001). Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3), 452-453.
- Dias, M. K. (2007). *Centros de atenção psicossocial: do modelo institucional a experiência social da doença* (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Dias, M. K. (2013). *Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios*. Natal: EdUnP.
- Domanico, A. (2006). *‘Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nóias!’ Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil* (Tese de doutorado). Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Dourado, I., & Bastos, F. I. (2011). HIV/AIDS como modelo de doença emergente. In N. Almeida Filho, & M. L. Barreto (Orgs.), *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações* (pp. 452-457). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe). (2000). *Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo*. São Paulo: Secretaria da Assistência Social/Fipe.
- Fonseca, C. J. B. (2012). Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes*, 1(1), 11-36.
- Garcia, M. L. T., Leal, F. X., & Abreu, C. C. (2008). A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 267-276.

- Gergen, K. J. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto NOOS.
- Ghirardi, M. I. G., Lopes, S. R., Barros, D. D., & Galvani, D. (2005). Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 601-610.
- Gimenez, C. P. C., & Diel, A. F. S. (2013). A justiça restaurativa e a política de redução de danos na nova lei de drogas. *Seminário Internacional de Mediação de Conflitos e Justiça Restaurativa*.
- Gladwell, M. (2016). Million-dollar murray. *The New Yorker*, 13, 96.
- Goffman, E. (1998). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora LTC.
- Junior, C. N., Nogueira, E. A., Lanferini, G. M., Ali, D. A., & Martinelli, M. (1998). Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*, 7(2), 47-62.
- Katzman, R. (2000). Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. *BID-Banco Mundial-CEPAL-IDE*, 5, 275-301.
- Lavras, C. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 867-874.
- Machado, A. R. (2006). *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Medeiros, P. F. P., & Rameh-de-Albuquerque, R. C. (2010). Modelo de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas da cidade de Recife: diretrizes em discussão. In R. Uchôa (Org.), *Ensaios sobre as drogas: necessidades humanas e políticas públicas* (pp. 85-100). Recife: Editora Universitária UFPE.
- Melo, Z. M. (2000). Estigmas: espaço para exclusão social. *Ciências, Humanas e Letras*, 4, 18-22.
- Minayo, M. C. D. S., & Deslandes, S. F. (1998). A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 35-42.
- Ministério da Saúde (MS). (1986). *Conferência Nacional de Saúde. Relatório final*. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde (MS). (2002). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*.
- Ministério da Saúde (MS). (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: MS.

Ministério da Saúde (MS). (2005). Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005 (2005, 4 de julho).

Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial da União*.

Ministério da Saúde (MS). (2009a). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Sumário Executivo do censo*. Brasília, DF: MS.

Ministério da Saúde (MS). (2009b). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009 (2009, 4 de julho).

Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União*.

Ministério da Saúde (MS). (2011a). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011, 26 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*.

Ministério da Saúde (MS). (2011b). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, DF: MS.

Ministério da Saúde (MS). (2011c). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (2011, 24 de outubro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*.

Ministério da Saúde (MS). (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: MS.

Ministério da Saúde (MS). (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental em dados 12, ano 10(12)*. Informativo Eletrônico. Brasília, DF: MS.

Ministério do Desenvolvimento social e Combate à Fome (MDS). (2008a). *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília, DF: MDS.

Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome (MDS) (2008b). *Política Nacional Para Inclusão Social da população em situação de rua para consulta pública*. Brasília, DF: MDS. Belo Horizonte: SMDS.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Movimento Nacional para a População em Situação de Rua. (2015). Cefuria: Curitiba.

Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.

Paugam, S. (2003). *A desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza*. Porto: Porto Editora.

Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.

- Porto, K. F. (2012). *Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Sampieri, R. H., Collado, P. F., & Baptista, M. P. (2013). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Saporì, L. F. (2010). *Os impactos do crack na saúde pública e na segurança pública: pesquisa*. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas, Centro de Pesquisas em Segurança Pública.
- Sarriera, J. C., & Saforcada, E. T. (Orgs.) (2014). *Introdução à psicologia comunitária. Bases teóricas e metodológicas*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Sawaia, B. (2009). Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 364-372.
- Sawaia, B. (2013). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Silva, M. L. L. D. (2006). *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Snow, D., & Anderson L. (1998). *Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Soucy, D. (1995). Charles Fort's Darvil: A Series of Prose Poems and Linda Smukler's Normal Sex. *The Prose Poem: An International Journal*, 4(1).
- Spink, M. J., & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 41-61) (3a. ed.). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. (2004). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (3a. ed.). São Paulo: Cortez.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59.
- Totugui, M. L., Giovanni, M., Cordeiro, F., Dias, M. K., & Delgado, P. G. G. (2010). Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais. In Sistema Único de Saúde (SUS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010* (p. 85). Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/MS.
- Trapé, T. L. (2010). *Agente comunitário de saúde e a saúde mental: faces e interfaces* (Dissertação de mestrado). Universidade de Campinas, Campinas.

- Varanda, W., & Adorno, R. C. F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 56-69.
- Vargas, E. V. (2001). *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de drogas* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Vieira, M. A. D. C., Bezerra, E. M. R., & Rosa, C. M. M. (1994). *População de rua: quem é, como vive, como é vista* (2a. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Wanderley, M. B. (2008). Refletindo sobre a noção de exclusão. In B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Editora Vozes.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista

Nome: _____ Idade: _____ Procedência: _____

I- População de rua como conceito, o cotidiano em rua e sua história de vida;

- 01) Há quanto tempo está em situação de rua?
- 02) Fale-me de sua vivência na rua.
- 03) Qual você considera ter sido o motivo para morar na rua?
- 04) Com quem você convive na rua?
- 05) Você espera deixar de viver na rua?

II- O uso de drogas pela população em situação de rua;

- 06) Você faz uso de qual substância e há quanto tempo?
- 07) Como acontece o uso de drogas em situação de rua?

III- Abordagens anteriores de tratamento e cotidiano institucional;

- 08) Antes de acessar o Caps você já havia procurado algum ponto de atenção disponibilizado pelas políticas municipais? (RAPS, FAS, CR, Hospital Psiq., CT, UMS)
- 09) Já tinha sido convidado a participar de algum tratamento?
- 10) Se sim ou se não, como se sentiu em qualquer uma das hipóteses?
- 11) Se já acessou anteriormente algum ponto de atenção e cuidado em relação ao uso de drogas, o que achou?
- 12) Qual era sua expectativa ao acessar um tratamento?

- 13) Existe alguma dificuldade para se iniciar um tratamento para uso de drogas estando em situação de rua? Se sim, fale sobre isso.
- 14) Após se inserir no serviço, algo mudou na sua vida?

IV- Percepções sobre o tratamento;

- 15) O que você acha do tratamento que está recebendo neste serviço? O que você acha que está dando certo? O que você acha que não está funcionando?
- 16) Que sugestões você daria a rede de saúde mental no tratamento de álcool e drogas?

Apêndice 2 – Autorização de Realização da Pesquisa e Coleta de Dados



Estudo: A PERCEPÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM CURITIBA

Pesquisadora responsável: Caroline S. de Souza Nascimento

Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná

À Direção do Departamento de Política sobre Drogas da Secretaria Municipal da Saúde

Assunto: Autorização para realização de pesquisa

Prezado(a) Senhor(a) Dr. Marcelo Kimati Dias

Vimos por meio desta, solicitar permissão para realizar a pesquisa intitulada: “**A percepção da Rede de Atenção Psicossocial de pessoas em situação de rua em tratamento de álcool e drogas em Curitiba**”, que será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas da Secretaria Municipal de Saúde e tem por objetivo analisar a percepção da Rede de Atenção Psicossocial por pessoas em situação de rua em tratamento de álcool e drogas e compreender a percepção sobre a RAPS nos cuidados à população de rua em tratamento de álcool e outras drogas a partir do referencial do usuário.

A responsável pela pesquisa é a aluna do mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná, Caroline S. de Souza Nascimento, fone de contato (041) 9229 6974 e sua orientadora é a professora Dra. Ana Claudia Wanderbroocke.

Para a realização da pesquisa será necessário que cada participante responda as questões formuladas por meio de uma entrevista, durante sua permanência de tratamento no Caps, com duração média de 45 minutos.

Após a conclusão da pesquisa nos comprometemos a informar para a Instituição os resultados obtidos e garantimos o total sigilo no que se refere a manter em anonimato os nomes e identidades dos participantes.

Agradecemos sua valiosa colaboração, sem a qual não seria possível a realização da pesquisa.

“Declaro ter lido, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Esta instituição está ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Assinatura da direção: _____

Dr. Marcelo Kimati Dias

Caroline S. Souza

Pesquisadora Responsável

Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Título do estudo: A PERCEPÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PELA POPULAÇÃO DE RUA NO TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Investigadora: Caroline Santos de Souza

Centro de Pesquisa: Programa de Mestrado em Psicologia Social comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná

Introdução

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo intitulado “A percepção da Rede de Atenção Psicossocial pela população de rua no tratamento de álcool e drogas em Curitiba”

É através das pesquisas que são possíveis a percepção de diagnósticos de possíveis problemas ou situações críticas, auxiliando assim na busca de soluções para os mesmos. O presente estudo visa analisar a utilização da RAPS pela população de rua no tratamento de álcool e drogas nos CAPS ad III de Curitiba e qual a percepção dos cuidados desta rede a partir do referencial do usuário.

Caso você decida participar da pesquisa, deverá responder através de uma entrevista a perguntas abertas sobre o tema, com duração média de 45 minutos, em seu ambiente de tratamento.

A sua participação neste estudo é voluntária, você tem a liberdade de recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Caso sinta que qualquer

questão lhe cause desconforto ou se mudar de ideia por outro motivo, poderá recusar-se a responder a pergunta, ou até mesmo, retirar seu consentimento de participação quando desejar, sem apresentar justificativa.

Esta pesquisa não oferece risco considerável, mas se ocorrer o profissional de referência de cada participante será comunicado para intervenção, assim como a Clínica de Psicologia da Universidade Tuiuti prestará atendimento prioritário. Ressalto que serão observados os princípios éticos de participação voluntária e consentida de cada sujeito, conforme as recomendações contidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisadora compromete-se a manter a confidencialidade sobre os dados coletados na entrevista, mantendo em sigilo o nome do participante, bom como a privacidade de seu conteúdo não comprometendo sua continuidade no tratamento. Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão ser publicados em eventos e periódicos científicos e, divulgados aos participantes.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora e pela sua participação na pesquisa você não receberá qualquer valor em dinheiro.

As informações existentes neste documento são para que vossa senhoria entenda perfeitamente os objetivos desta pesquisa, e saiba que a sua participação é espontânea. Qualquer dúvida poderá ser esclarecida pessoalmente pela pesquisadora.

Pesquisadora responsável: Caroline Santos de Souza Nascimento

Telefone para contato: (41) 9229 6974

Professora Orientadora: Dra. Ana Claudia Wanderbroocke.

Telefone para contato: (41) 99532166

Você pode ainda entrar em contato com o Comitê de Ética que aprovou este estudo nesta clínica:

Nome do CEP: IPO – Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia

Telefone: (41) 30945751

Endereço: Avenida República da Argentina, 2069 – Água Verde – Curitiba – PR

Agradecemos a sua participação.

Eu, _____ li o texto acima e comprehendi o objetivo da pesquisa da qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo voluntariamente em participar da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa e assinatura:

Local e data

Nome do pesquisador e assinatura:

ANEXO

Anexo 1 – Certificado de Aprovação do CEP

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
<p>Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM CURITIBA</p>	
<p>Pesquisador Responsável: Caroline Santos de Souza Nascimento</p>	
<p>Área Temática:</p>	
<p>Versão: 1</p>	
<p>CAAE: 53447715.1.0000.5529</p>	
<p>Submetido em: 21/02/2016</p>	
<p>Instituição Proponente: SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA</p>	
<p>Situação da Versão do Projeto: Aprovado</p>	
<p>Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável</p>	
<p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>	
<p>Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_562471</p>	

