

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JULIANA DA SILVA

**O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): OS DESAFIOS E AS
POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA**

VOLTA REDONDA

2019

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): OS DESAFIOS E AS
POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA/VR**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social do UniFOA como requisito à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aluna: Juliana da Silva

Orientadora:
Prof. Me. Rozana Aparecida de Souza

VOLTA REDONDA
2019



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:

O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): OS DESAFIOS E AS POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA

Acadêmica: JULIANA DA SILVA
Matricula: 201600435

Apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Serviço Social.

Aprovada em 12 de novembro de 2019.

Banca Avaliadora:



Professora Orientadora Rozana Aparecida de Souza – Mestre - UniFOA



Professora Avaliadora Ursula Adriane Fraga Amorim – Doutora - UniFOA



Professor Avaliador Ailton da Silva Carvalho – Especialista - UniFOA

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me abençoado em todos os momentos da minha trajetória acadêmica, me dando forças para prosseguir e chegar até aqui. In memoriam a uma pessoa que foi muito importante na minha vida: à minha mãe Maria das Graças, que sempre foi muito amiga e companheira e que de alguma forma esteve comigo nesta caminhada.

Ao meu filho amado Arthur pela paciência, compreensão e amizade, principalmente agora no final do curso quando estive mais ausente. Obrigada por todo carinho e amor, que me deu ânimo para seguir em frente, amo você!

Ao meu esposo Alan, por todo investimento que fez durante minha trajetória educacional, pela dedicação e por todo apoio e incentivo. Serei eternamente grata por tudo.

Agradeço minha irmã Daniela pelo apoio e carinho.

A minha orientadora, Prof.^a Rozana de Souza, por toda à sua dedicação, incentivo e paciência durante esse processo de aprendizado. Sempre serei grata pelo conhecimento adquirido no decorrer desses anos. Tenho grande admiração pelo seu trabalho e sinto-me honrada por ter sido sua orientanda.

A assistente social supervisora de estágio, Micheli da Silva Jacob Leal, que também me incentivou e apoiou durante minha formação, me proporcionou compreender os desafios da atuação do serviço social dentro do espaço

sócio-assistencial. A todos os demais profissionais do Serviço de Acolhimento Institucional Abrigo Municipal Seu Nadim, que me receberam de braços abertos durante meu período de estágio e da minha pesquisa realizada para esse trabalho.

A assistente social e Coordenadora do Serviço de Acolhimento Institucional Abrigo municipal seu Nadim Andreia Sargento, por me proporcionar uma experiência de estágio tão valiosa e me fazer crescer enquanto ser humano e profissional, fazendo-me refletir sobre a profissão e sobre a própria vida.

As minhas amigas e presentes da UniFOA, Mariana Rocha, Stéfany Soares e Joseane Almeida, pela amizade, conversas, conselhos, orações, choros e companheirismo durante esses quatro anos, e que não me deixaram desanimar. Levarei para sempre em meu coração todos nossos momentos, gratidão.

A Flávia Passos, a amiga que a faculdade me deu, eu agradeço pela amizade, pela parceria e cuidados. Com certeza uma amizade que levarei para a vida toda.

Aos meus colegas de turma, que com tudo, foram companheiros e essenciais para a construção de conhecimento em sala de aula.

A faculdade, aos funcionários e aos professores por todo ensinamento. Em especial para Prof^a Úrsula Adriane Fraga e Prof^o. Ailton da Silva Carvalho por aceitarem participarem da minha banca, vocês são maravilhosos.

As coordenadoras das instituições entrevistadas por colaborarem comigo neste

estudo, compartilharei meus conhecimentos e por me receberem tão bem.

As pessoas em situação de rua atendidas no Abrigo por dividirem comigo suas histórias de vida, anseios, dificuldades e conquistas me permitindo a aproximação com esta realidade.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram nesta caminhada e me incentivaram a chegar até aqui, muito obrigada!

Dedico este trabalho a toda população em situação de rua, que luta cotidianamente para que tenham uma vida digna e acesso aos direitos sociais.

Casinha Branca

Eu tenho andado tão sozinho ultimamente
Que nem vejo à minha frente
Nada que me dê prazer
Sinto cada vez mais longe a felicidade
Vendo em minha mocidade
Tanto sonho perecer

Eu queria ter na vida simplesmente
Um lugar de mato verde
Pra plantar e pra colher
Ter uma casinha branca de varanda
Um quintal e uma janela
Para ver o sol nascer

Às vezes saio a caminhar pela cidade
À procura de amizades
Vou seguindo a multidão
Mas eu me retraio olhando em cada rosto
Cada um tem seu mistério
Seu sofrer, sua ilusão

Peninha

RESUMO

A pessoa que vive em situação de rua é alvo de inúmeros estigmas e visões negativas de uma sociedade egoísta e individualista, em que a competição se sobrepuja à cooperação, pois falta à sociedade o entendimento de que ninguém está na rua simplesmente porque planejou isso para si, há toda uma trajetória de vida e social a ser levada em consideração quando tratamos dessa questão. Quando a pessoa encontra-se nesta situação e ainda tem um histórico de dependência química, o preconceito é maior ainda. A sociedade tende a criminalizar essa doença, muitas vezes são os profissionais de saúde que discriminam essa população. O atendimento à saúde da população em situação de rua no Sistema Único de Saúde (SUS) está assegurado pela Lei 13.714 de 24 de agosto de 2018. Segundo esta lei, não há exigência que pessoas nessas condições apresentem comprovante de residência e outros documentos de identificação pessoal para ser atendida no SUS, havendo assim o direito de acessar todos os serviços de saúde (básico, urgência/emergência, odontológico, etc.) de forma indiscriminada. Entretanto a falta de documentação ainda se constitui como um problema frequente para o acesso aos serviços públicos de saúde, mesmo existindo esta lei. Este trabalho de conclusão de curso de Serviço Social pretende identificar e analisar como se organiza o trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento à população em situação de rua no município de Volta Redonda. Para tanto fez-se necessário mapear junto a RAPS municipal quais as estratégias e ações são voltadas para a população em situação de rua, conhecer os protocolos de atendimento destinados a esse público na RAPS e identificar quais os desafios encontrados pelos profissionais das equipes multiprofissionais da RAPS nos atendimentos a população em situação de rua. A fim de operacionalizar os objetivos desse estudo optou-se pela pesquisa qualitativa. Os dados foram coletados através da realização de entrevistas aos responsáveis pelos serviços que compõem a RAPS buscando mapear as ações voltadas ao atendimento do público em tela: CAPS, CAPS AD e Consultório na Rua. Os resultados obtidos apontam a falta de equipamentos sociais e uma dificuldade na articulação entre os dispositivos e os serviços da rede.

Palavras-chave: População em Situação de Rua. Rede de Atenção Psicossocial. Volta Redonda.

ABSTRACT

The homeless person is the target of numerous negative stigmas and visions of a selfish, individualistic society in which competition outweighs cooperation, as society lacks the understanding that no one is on the street simply because they have planned it for themselves. , there is a whole life and social trajectory to consider when addressing this issue. When the person is in this situation and still has a history of chemical dependence, the prejudice is even greater. Society tends to criminalize this disease, often it is health professionals who discriminate against this population. The health care of the homeless population in the Unified Health System (SUS) is ensured by Law 13,714 of August 24, 2018. According to this law, there is no requirement that people in these conditions present proof of residence and other documents of personal identification to be attended at SUS, thus having the right to access all health services (basic, urgency / emergency, dental, etc.) indiscriminately. However, the lack of documentation is still a frequent problem for access to public health services, even though this law exists. This work concludes Social Work course aims to identify and analyze how is organized the work of the Psychosocial Care Network (RAPS) in the care of the homeless population in the municipality of Volta Redonda. Therefore, it was necessary to map with the municipal RAPS which strategies and actions are aimed at the homeless population, to know the service protocols for this public in RAPS and to identify the challenges faced by professionals of RAPS multiprofessional teams. in attendance to the homeless population In order to operationalize the objectives of this study, a qualitative research was chosen. Data were collected by conducting interviews with those responsible for the services that make up the RAPS seeking to map the actions aimed at serving the public on screen: CAPS, CAPS AD and Street Clinic. The obtained results indicate the lack of social equipments and a difficulty in the articulation between the devices and the network services.

Keywords: Homeless Population. Psychosocial Care Network. Round lap.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2. CAPÍTULO I: POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DEBATE SOBRE ESTE FENÔMENO..... | 17 |
| 2.1 População em situação de rua no Brasil..... | 17 |
| 2.2 Caracterização da população em situação de rua..... | 23 |
| 2.3 População em situação de rua: estigma e dependência química..... | 26 |
| 3. CAPÍTULO II: A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E OS SERVIÇOS DA REDE SUBSTITUTIVA OFERATDOS PELA RAPS..... | 31 |
| 3.1 Saúde mental no Brasil e o processo da Reforma psiquiátrica..... | 31 |
| 3.2 As práticas assistenciais voltadas aos dependentes químicos em uma proposta de rede substitutiva..... | 36 |
| 3.3 Rede de Atenção à saúde (RAS) e Rede de atenção psicossocial (RAPS)..... | 40 |
| 4. CAPÍTULO III: UMA ANÁLISE DO ATENDIMENTO DA RAPS Á POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA | 51 |
| 4.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Volta Redonda..... | 51 |
| 4.2 A identificação dos serviços na RAPS no município de Volta Redonda e a contribuição no atendimento à população em situação de rua | 59 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 71 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 77 |
| 7. ANEXOS | 85 |
| 7.1. Roteiro de entrevista..... | 85 |
| 7.2. Carta de anuência..... | 89 |
| 7.3 Parecer Consubstanciado do CEP | 90 |
| 7.4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 93 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Identificação dos serviços e coordenações entrevistadas | 58 |
|--|----|

LISTA DE SIGLAS

ABI – Associação Brasileira de Imprensa
BPC – Benefício de Prestação Continuada
BF – Bolsa Família
CARES – Centros de Acolhimento Regional
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infante – Juvenil
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CENTRO POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CPPII – Centro Psiquiátrico Pedro II
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CMPD – Coordenadoria Municipal de Prevenção às Drogas
CJM – Colônia Juliano Moreira
CSN – Companhia Siderúrgica Nacional
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CONGEMAS – Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CnaR – Consultório na Rua
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
ECS – Espaço de Cuidado a Saúde
GTI – Grupo de Trabalho Interministerial
HP – Hospital Pinel
IBASE – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
MJHC – Manicômio Judiciário Heitor Carrilho

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MPPR – Ministério Público do Paraná
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MNPR – Movimento Nacional de População de Rua
NASF – AB Núcleo Ampliado de saúde da Família e a Atenção Básica
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
OAB – Ordem dos advogados do Brasil
PNPS – Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua
PIA – Plano Individual de Atendimento
PTS – Plano Terapêutico Singular
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PNPR – Política Nacional para População em Situação de Rua
PSR – População em Situação de Rua
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RD – Redução de Danos
RUE – Rede de Urgência/Emergência
SEPREDEQ – Secretaria Estadual de Prevenção às Drogas do Estado do Rio de Janeiro.
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SMAC – Secretaria Municipal de Ação Comunitária
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPA – Serviço de Pronto Atendimento
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

1. INTRODUÇÃO

A escolha e o interesse pelo presente tema como objeto de estudo, deu-se a partir da leitura da realidade, observada durante o estágio curricular obrigatório no Serviço de Acolhimento Institucional Abrigo Municipal Seu Nadim, e seu mérito está justamente em refletir sobre algo que possa ser propositivo na garantia dos direitos dos usuários em acessar os serviços á eles destinados de forma integral.

Para Costa (2005), a exclusão social, que passamos a conhecer, tem origens econômicas, já referidas, mas caracteriza-se, também, pela falta de pertencimento social, falta de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda de autoestima. Acarreta consequências na saúde geral das pessoas, em especial a saúde mental, relaciona-se com o mundo do tráfico de drogas, relativiza valores e estabelece padrões e perspectivas de emancipação social muito restritos.

Conforme estimativa realizada pelo (Censo SUAS, 2015), existem cerca de 101.854 pessoas vivendo em situação de rua no Brasil. Para essas pessoas, viver nas ruas tem sido sinônimo de conviver com a violência diária que se dá de variadas formas: violência física e psicológica impostas pela exclusão social, intervenções violentas por parte de policiais ou de fiscais, remoções arbitrárias ou recolhimento de pertences, negligência no atendimento, ausência de políticas públicas. São vítimas de descaso, da discriminação, do preconceito e do desprezo que resultam, em muitos casos, em agressões, tentativas de homicídio, homicídios e chacinas, e ainda nas violações realizadas por agentes públicos no exercício de suas funções (IPEA,2016).

Segundo dados do I Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua realizada entre agosto de 2007 e março de 2008 apontam uso de drogas como principal razão pelas quais indivíduos se encontram em situação de rua, cerca de (35,5%), seguida do desemprego com (29,8%) e da quebra de vínculos familiares por desavenças (29,1%) (BRASIL, 2009).

De modo especial, pode-se dizer que o maior problema na área da saúde que atinge essa população está no campo das doenças mentais. Compõem esse quadro doenças como a dependência de substâncias psicoativas e as neuroses e psicoses,

de tal modo que a grande maioria de pessoas que vive nas ruas tem algum tipo de sofrimento psíquico, COSTA (2005).

Quando falamos sobre pessoas, sabemos que há particularidades na condição de várias delas e cada uma pode ter tido um motivo particular para viver nas ruas; mas há também questões em comum entre essas pessoas, que são repetidamente vistas em muitos casos.

A partir da necessidade de se pensar o atendimento aos usuários em situação de rua que faz uso abusivo de drogas, definiu-se como objetivo geral deste estudo identificar e analisar como se organiza o trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento à população em situação de rua no município de Volta Redonda.

Como objetivos específicos:

Mapear junto a RAPS de Volta Redonda, quais as estratégias e ações são voltadas para a população em situação de rua; conhecer os protocolos de atendimento à população em situação de rua, na RAPS e identificar quais os desafios encontrados pelos profissionais e equipes multiprofissionais da RAPS nos atendimentos a população em situação de rua.

Para o êxito dos objetivos traçados, a pesquisa utilizou-se de dados qualitativos. Segundo Minayo (2001, p. 22):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Após a aprovação no Comitê de Ética, a pesquisa foi previamente agendada pessoalmente pela pesquisadora junto a coordenação de cada equipamento. Foi

utilizado gravador em todas as entrevistas, que foram realizadas dentro das salas das coordenadoras e todas as informações coletadas foram pautadas nas falas das coordenadoras.

A partir dos dados levantados, foi realizada uma análise de como se organiza o trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento à população em situação de rua no município de Volta Redonda.

Contudo, este estudo busca levantar informações para lançar luz sobre a temática no cenário do quadro da saúde, como o atendimento e serviços ofertados nos equipamentos que oferecem intervenções no tratamento contra droga e álcool.

O conteúdo deste estudo está organizado em três capítulos. No capítulo 1 foram tratadas as questões sobre População em situação de rua no Brasil, a caracterização da população em situação de rua, estigma e dependência química e os principais autores abordados foram: José Paulo Netto, Marcelo Braz, Karl Marx, Maria Nunes, Alexandre da Rocha Klaumann, Brasil, Ana Paula Motta Costa, Erving Goffman, Erikson Furtado e Felipe Ronzani.

No capítulo 2 dissertamos sobre a saúde mental no Brasil e o processo da reforma psiquiátrica, as práticas assistenciais voltadas aos dependentes químicos em uma proposta de rede substitutiva e Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de atenção Psicossocial (RAPS). Os principais autores abordados foram: Brasil, Paulo Amarante, Supera, Eugênio Vilaça Mendes, Wallace Ferreira e Beatriz de Souza Pereira.

Já no 3º e último capítulo foi falado sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Volta Redonda, a identificação dos serviços da RAPS no município de Volta Redonda e a contribuição no atendimento à população em situação de rua.

2. CAPÍTULO I: POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DEBATE SOBRE ESTE FENÔMENO

2.1. População em situação de rua no Brasil

Na fase anterior ao capitalismo comercial¹¹, o trabalho era realizado mediante a interação do homem com a natureza, a fim de satisfazer as necessidades que são determinadas historicamente na sociedade pré-capitalista (NETTO e BRAZ, 2006).

[...] a satisfação material das necessidades dos homens e mulheres que constituem a sociedade - obtém-se numa interação com a natureza :a sociedade, através de seus membros (homens e mulheres) transforma matérias naturais em produtos que atendam as suas necessidades. Esta transformação é realizada através da atividade a que denominamos de trabalho (NETTO e BRAZ, 2006, p. 30).

A Chamada acumulação primitiva é apenas o processo histórico que dissocia o trabalhador dos meios de produção. É considerada primitiva porque constitui a pré-história do capital e do modo de produção capitalista. A estrutura econômica da sociedade capitalista nasceu da estrutura econômica da sociedade feudal. A decomposição desta liberou elementos para a formação daquela. (MARX, 1985, p. 830).

Por meio da análise histórica da acumulação primitiva de capital, Marx explica a gênese que desencadeou o surgimento de um novo modo de produção capitalista. Diante desse novo cenário, aparecem dois atores principais: de um lado, o capitalista, que é dono dos meios de produção e proprietário de dinheiro, ele aumenta suas riquezas com a compra do trabalho alheio; de outro lado situa-se o

¹¹O capitalismo comercial é o período inicial onde é muito importante o papel desempenhado pelos comerciantes/mercadores (NETTO e BRAZ, 2006).

trabalhador, expropriado de seus meios de subsistência, restando-lhe apenas uma alternativa que é vender sua força de trabalho (MARX, 1996).

Com a desagregação das relações sociais de produção feudais, o trabalho torna-se livre e o trabalhador, agora, está liberto para vender sua força de trabalho. De acordo com Marx: “O processo que produz o assalariado e o capitalista tem suas raízes na sujeição do trabalhador. O progresso consistiu numa metamorfose dessa sujeição, na transformação da exploração feudal em exploração capitalista”. (MARX, 1985, p.831)

O processo sócio-histórico do modo de produção capitalista tem sido marcado pela relação de exploração da classe trabalhadora pelo capitalista, em que se gesta diversas expressões da questão social, a exemplo do fenômeno população em situação de rua. A assim chamada “acumulação primitiva diz respeito ao processo histórico da separação entre o trabalhador e os meios de produção. É “primitiva” porque se constitui a pré-história do capital e do seu modo de produção (MARX, 2013 Apud PINTO & GONDIM, 2017, p.03).

No processo de expropriação, os camponeses ficam privados de seu meio de produção (a terra), ocorre assim, à dissociação entre o trabalhador e a propriedade. Os camponeses são obrigados a assalariarem-se, para garantir sua sobrevivência. Marx data com extrema precisão o início do processo de avanço do capitalismo na Inglaterra:

O prelúdio da revolução que criou a base do modo capitalista de produção ocorreu no último terço do séc. XV e nas primeiras décadas do séc. XVI. Com a dissolução das vassalagens feudais, é lançado ao mercado de trabalho uma massa de proletários, de indivíduos sem direitos, que “por toda a parte enchiam inutilmente os solares”. (MARX, 1985, p.833).

Pode-se observar que o modo de produção capitalista nasceu da exclusão e apropriação de grande parcela da população, e de uma crescente acumulação por uma minoria: “... o grande senhor feudal criou um proletariado incomparavelmente maior, usurpando os camponeses das terras...” (MARX,1985, p.833).

No Brasil a substituição da força de trabalho escrava pela força de trabalho livre, acontece em 1888, constituída de imigrantes europeus contratados,

inicialmente para as lavouras, sob regime de colonato e, em seguida, incorporados às oficinas e indústrias recém instaladas, em torno de 1870, na capital da província (NUNES,2016, p. 33).

Nunes (2016) também destaca que no período entre 1880 e 1930, a sociedade brasileira vai, paulatinamente, abandonando a característica agrário-exportadora, entrando na era da indústria e do trabalho livre e da maior dependência da política econômica face à dinâmica do mercado externo e do comércio cada vez mais internacionalizado. É a transição para o capitalismo.

Para Nunes (2016) esta transformação de agrário-exportadora para a era industrial provoca o êxodo o homem do campo para a cidade, em busca de emprego, mas sem estar qualificado, o fim da escravidão leva para as ruas o negro liberto, que não tem como conseguir trabalho, pois não está preparado. Estes fatores somados dão origem à constituição de pessoas em situação de rua no Brasil.

Outro fator importante, que cooperou para o agravamento da situação então vivida, foi a não absorção, pela produção capitalista, da força de trabalho disponível no mercado, gerando um contingente de trabalhadores sobrantes. Esse excedente populacional constituía a classe subalternizada, especialmente formada por pessoas que migraram das zonas rurais, algumas com baixa ou nenhuma escolaridade e sem qualificação profissional. Marginalizadas – deixadas à margem do desenvolvimento e do acesso a bens e serviços – um número significativo dessa população busca as ruas das cidades como a única forma de sobrevivência. Ali vivem, trabalham, relacionam-se, constituem modos de vida, cultura e história (NUNES, 2016, p. 333).

Ainda de acordo com Nunes (2016) este contexto traz um agravamento da questão social, contribuindo para que esta parcela da população fizesse das ruas seu espaço de moradia e/ou sobrevivência. Como consequência, há um aumento da população em situação de rua, principalmente nos grandes centros urbano, composta por crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias. Estas pessoas, que eram conhecidas nas cidades por viver da caridade, da Igreja e do Estado, que eram vistos, tanto pela Igreja quanto pelo Estado, como pessoas que

tinham pouca ou nenhuma capacidade ou potencial para realizar transformações efetivas em sua condição de vida, ganha, assim, novos contornos pela forma de ocupação do espaço e de sociabilidade num Brasil civilizado e industrializado.

Vale ressaltar que os debates a respeito da população em situação de rua não surgiram apenas dos esforços do Estado, mas de lutas e pressões da sociedade. Segundo Movimento Nacional da População de Rua:

Na década de 1960, já se observa iniciativas de organização em algumas cidades brasileiras. Nas décadas seguintes, apoiadas por organizações sociais, pessoas em situação de rua realizavam mobilizações e manifestações por melhores condições de vida e por políticas públicas que assegurassem sua autonomia. Neste momento, uma parte da população em situação de rua, que trabalhava na catação de material reciclável, formou as primeiras associações e cooperativas de catadores, depois organizadas no Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. No final dos anos 1990 e até o início dos anos 2000, inúmeras mobilizações nas principais cidades brasileiras tornaram visíveis, à sociedade e aos poderes públicos, as duras condições de vida na rua (BRASIL, 2010, pp.28 e 29)

A construção de propostas para o cuidado da população em situação de rua (PSR) no Brasil tem um longo histórico de intersectorialidade. Na década de 1970 e 1980, a Pastoral do Povo da Rua, da Igreja Católica, inicia movimento de organização de pessoas em situação de rua, com destaque para os municípios de São Paulo e Belo Horizonte. Tais iniciativas religiosas foram responsáveis por implantar casas de assistência aos então moradores de rua, organizar movimentos de representação popular, sobretudo em relação aos catadores de material reciclável, e realizar eventos e comemorações de mobilização social de cunho local (BRASIL, 2012 apud BASTOS, 2003; CANDIDO, 2006).

Com a redemocratização do país em 1988, ao preconizar que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, torna-se o marco legal para a luta pelos direitos sociais, bem como para as políticas sociais que vão se constituindo a partir de então. Processaram-se também as primeiras iniciativas de organização da população em situação de rua, contrariando a crença desenvolvida pelas práticas caritativas e assistencialistas de que este segmento da população não teria força de mobilização para buscar politicamente transformações individuais e

coletivas (BRASIL, 2011). A essa mobilização somaram-se as organizações multilaterais, especialistas, estudiosos, movimentos de igrejas etc.

A luta dos movimentos sociais pela cidadania resultou em direitos inscritos nos artigos 5º² e 6º³ da Constituição brasileira de 1988 que precisavam ser concretizados a partir de implementação de políticas públicas para esse segmento da população. Nesse contexto, entrando na década de 1990, foi instalado o Fórum Nacional de estudos sobre população de rua (1993), que congregava trabalhadores das organizações de atendimento, especialistas e militantes, dentre outros. (BRASIL, 2011, p. 15).

Em dezembro de 1993, é criada a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, que preconiza que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, como uma política de seguridade social, de caráter não contributivo, que provê os mínimos sociais e que será realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (NUNES, 2016)

Para Nunes, (2016) entre os apoiadores dos movimentos da população de rua, encontram-se as Pastorais Sociais que, juntamente com o Conselho Nacional de Igrejas Cristãs, promovem ações de apoio para que este segmento se organize, forme associações, cooperativas, etc. Foi a partir da Pastoral do Povo de Rua, que este segmento social passou a ocupar novos espaços públicos, se organizando para reivindicar melhores condições de vida.

O Grito dos Excluídos, que simbolizou a luta da população em situação de rua, foi promovido pela Pastoral Social com as demais Igrejas do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs, movimentos sociais, entidades e organizações da sociedade civil. No dia 07 de setembro de 1995, mobilizou indivíduos, organizações e movimentos sociais com o objetivo de dar visibilidade aos direitos e necessidades da população que tinha as ruas como seu espaço de moradia e sobrevivência (BRASIL, 2011). Os seminários nacionais que foram organizados pelo Fórum Nacional, que resultaram

² Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

³ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

no 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, e em 2001 aconteceu a Primeira Marcha do Povo da Rua.

Em 2004, foi sancionada a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, que se caracteriza por ter uma visão social inovadora e uma dimensão ética de incluir os invisíveis, transformados em casos individuais quando, na realidade, são parte de uma situação social coletiva.

Para Ferro (2012), a história começa a mudar no início do século XXI, mais precisamente a partir do ano de 2004. Nesse ano, nos dias 19 e 22 de agosto aconteceu o massacre de moradores de rua ocorrido na Praça da Sé, em São Paulo, foi o ponto de inflexão determinante para o início do processo nacional de articulação e organização das pessoas em situação de rua no âmbito nacional. Esse triste episódio fez com que as experiências existentes de organização, por exemplo, em Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre se unissem para lutar contra a violência e impunidade (FERRO, 2012, p.36)

Também em consequência desta tragédia ainda no ano de 2005, vemos a realização do I Encontro Nacional de População em Situação de Rua, sendo que este encontro propicia o início da formulação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, além de subsídios para o texto da Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que altera a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) 16 e inclui atendimento especializado para a população em situação de rua. (KLAUMANN,2016 p.05)

A Política Nacional Para Inclusão Social da Pessoa em Situação de Rua (BRASIL, 2008) foi implementada para que possa orientar e executar políticas públicas, para esta população, criada a partir de uma perspectiva interdisciplinar e integral, desviando da assistência Social o atendimento único e exclusivo com responsabilidade sobre a população em situação de rua, que estabelece princípios e diretrizes que buscam a (re)integração desse grupo nos meios familiares, comunitários e o acesso aos direitos garantidos por lei, tendo como protagonismo os movimentos sociais que foram fundamentais para a consolidação dessa conquista.

A presente Política é fruto das reflexões e debates do Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua, instituído pelo Decreto s/nº, de 25 de

outubro de 2006, e composto pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União, além da fundamental participação de representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), representando a sociedade civil organizada. Ressalte-se o protagonismo que o público-alvo desta Política Nacional, por meio do MNPR, tem em todo o processo de avaliação e discussão das propostas. (BRASIL, 2008, p.02)

Com isto, foram feitas articulações que vieram para somar acerca da criação da Política Nacional em situação de Rua.

2.2. Caracterização da população em situação de rua

No período de agosto de 2007 a março de 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em acordo de cooperação assinado com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), realizou a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua com o intuito de quantificar e permitir a caracterização socioeconômica do grupo para, assim, orientar a elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para o mesmo. Esta população não foi incluída nos censos demográficos brasileiros porque prepondera a coleta de dados na base domiciliar (BRASIL, 2008).

A partir do diálogo do Governo Federal com representantes da sociedade civil surgiu como resultado a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua – PNPR com o decreto nº 7.053, de 23 dezembro de 2009 (BRASIL,2008). Nele encontramos a seguinte definição de População em Situação de Rua:

O grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2008b, p. 08).

São homens, mulheres, jovens, famílias inteiras, enfim grupos, que têm em sua trajetória a referência de ter realizado alguma atividade laboral, que foi importante na constituição de suas identidades sociais. Com o tempo, algum infortúnio atingiu suas vidas, seja a perda do emprego, seja o rompimento de algum laço afetivo, fazendo com que aos poucos fossem perdendo a perspectiva de projeto de vida, passando a utilizar o espaço da rua como sobrevivência e moradia (COSTA, 2005, p. 03).

Essa realidade é característica do processo de exclusão social que existe no Brasil neste início de milênio. A exclusão social, que passamos a conhecer, tem origens econômicas, já referidas, mas caracteriza-se, também, pela falta de pertencimento social, falta de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda de autoestima. Acarreta consequências na saúde geral das pessoas, em especial a saúde mental, relaciona-se com o mundo do tráfico de drogas, relativiza valores e estabelece padrões e perspectivas de emancipação social muito restritos (COSTA, 2005, p.03)

A pesquisa, que incluiu a contagem e caracterização da população adulta em situação de rua, foi realizada nos municípios com mais de 300 mil habitantes e em todas as capitais, com exceção de Belo Horizonte, São Paulo e Recife, que haviam realizado pesquisas semelhantes em anos recentes, e Porto Alegre, que naquele momento conduzia a pesquisa de iniciativa municipal. A pesquisa nacional contabilizou, neste período, um contingente de 31.922 adultos em situação de rua nos 71 municípios pesquisados (BRASIL, 2008b).

Essas pessoas informaram viver em:

- Locais públicos (calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, praias, túneis, prédios abandonados, becos e lixões);

- Privados (postos de gasolina, barcos, depósitos ou ferro-velho);

- Ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, igrejas, casas de passagem e de apoio).

A pesquisa aponta que trata-se de uma população predominantemente masculina (82%), que na maioria dos casos vive só (sem cônjuge, filhos ou familiares). Mais da metade (53%) está na faixa entre 25 e 44 anos, ou seja, em idade produtiva (BRASIL, 2009). Contrariando o senso comum, de que a população em situação de rua é somente usuários de álcool e outras drogas e pessoas com problemas mentais. Trata-se de uma população heterogêneo e predominantemente masculino, uma vez que mulheres conseguem mais facilmente se incorporar em casas de família ou recorrer à prostituição. A rua é um espaço muito violento e perigoso para as mulheres, morrem mais cedo ou fazem de tudo para não viverem nas ruas.

A proporção de negros é substancialmente maior na população em situação de rua (67%) à observada no conjunto da população brasileira (50,6%) (IBGE, 2008). Conforme pesquisa (BRASIL, 2009). Isto é um reflexo das características da escravidão que deixou marcas até hoje. Os negros têm mais dificuldades de acessarem o mercado de trabalho, de terem uma alfabetização e educação de qualidade, essa desigualdade é histórica.

Ainda que a maioria declare saber ler e escrever (74%), o nível de escolaridade é baixo, sendo que 15,1% nunca estudaram, 48,4% têm o primeiro grau incompleto e apenas 3,2% completaram o segundo grau. Sendo assim, a PSR é composta na sua grande parte por trabalhadores: 70,9% exercem alguma atividade remunerada, estando a grande maioria situada na economia informal (BRASIL,2009). Assim como os fatores que levam as pessoas às ruas são complexos, também são as questões que a excluem do mercado de trabalho formal, como a baixa escolaridade, antecedentes criminais, entre outros.

Na maioria das vezes as pessoas passam a viver na rua, por fazerem uso contínuo de álcool e/ou outras drogas, representam 35% dessa população que teve o uso de álcool e drogas como principal motivo para viver em situação de rua. Outros motivos que levam as pessoas a viverem na rua, relacionam-se com o desemprego (28%) e também as desavenças familiares (29,1%), isto é, brigas e desentendimento com os pais, filhos e irmãos. Os motivos que levam o sujeito a

viver na rua não se apresentam de forma isolada, mas se relacionam, tendo em vista, que um pode ser a consequência do outro (BRASIL, 2009).

Para Costa (2005), a questão da população em situação de rua, tem como pano de fundo a sociedade atual, centrada no consumo e não na produção, que gera diariamente pessoas que são dominadas, com difícil perspectiva de mudança social, ao mesmo tempo em que o estado desloca sua função de bem-estar social para campos repressivos. Busca-se contextualizar a realidade de exclusão social que vive essa parcela da população, avançando na definição dos principais problemas enfrentados, na perspectiva da violação de direitos e das estratégias de sobrevivência desenvolvidas

2.3. População em situação de rua: estigma e dependência química

Faz-se necessário abordar o conceito de estigma e a problemática da dependência química, para que possamos refletir como a sociedade em geral, enxerga as pessoas que vivem em situação de rua. Comumente, percebe-se na sociedade brasileira um processo de naturalização da expressão da questão social, bem como não é possível identificar formas de repressão e de nojo.

Antes de adentrar sobre a análise do autor é importante conhecer o significado do termo estigma. Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, estigma significa marca, cicatriz perdurável.

Goffman (2004) explica o surgimento da expressão:

Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem o apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos (2004, p. 05).

Ainda conceitua, que enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca (GOFFMAN, 1982, p. 06).

De acordo com esse conceito, conclui-se que o portador desse atributo é classificado como estragada e diminuída. Isso assinala uma caracterização ruim atribuída pela sociedade, ou seja, uma predeterminação negativa sobre o sujeito.

A sociedade define e julga os atributos que são considerados normais nos seres humanos, e o autor define como identidade social virtual. O indivíduo que possui uma identidade social real, é visto como estigmatizado, uma predeterminação negativa sobre o sujeito por possuir atributos que impede as probabilidades de algo normal. (GOFFMAN, 2004, p. 06).

Para o autor, assim que conhecemos um indivíduo, imputamos nele uma caracterização “efetiva”, uma identidade social virtual. Mas, a partir do momento que realmente conhecemos o indivíduo, ele passa a ter uma identidade social real, tendo em vista seus atributos e pode ocorrer uma discrepância entre virtual e o social.

Estigma, é um atributo que possa tornar o indivíduo diferente de outro, uma marca invisível e vergonhosa ou até mesmo um desvio de caráter, tornando o inferior, sendo uma caracterização (GOFFMAN, 2004, p. 06). Estigma fará sempre referência ao lado negativo ou um atributo depreciativo, seja por deformidades físicas ou por caráter pessoal abrangendo os transtornos psíquicos ou por raça, religião e nação. Sendo assim, este reduz o ser humano a todos os tipos de discriminações, embasados em uma teoria de inferioridade criada a partir do próprio estigma.

Outros autores compartilham da mesma ideia de Goffman. Assim:

Uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais, apresentando forte impacto no valor atribuído a uma determinada identidade social. (FURTADO; RONZANI, 2010, p. 328).

Furtado; Ronzani (2010), dizem que a estigmatização envolve os seguintes componentes: o reconhecimento da diferença com base em alguma característica distinguível, ou “marca”; e a conseqüente desvalorização da pessoa estigmatizada.

Os autores também relacionam o estigma com outros três conceitos, sendo eles: estereótipos, marginalidade e desvio. Para eles, estereótipo é uma marca que identifica o pertencimento a uma categoria. Marginalidade “estaria relacionado ao pertencimento a um grupo social estatisticamente incomum sobre certo atributo” (FURTADO; RONZANI, 2010, p. 329). Já o desvio “seria entendido como um comportamento ou condição que envolve um indesejável desvio da normalidade em relação a um padrão específico” (FURTADO; RONZANI, 2010, p. 329).

Para Furtado e Ronzani (2010) estigma é sempre vista na maioria das vezes como algo negativo, uma condição desviante ou marginalizada, mas também pode ser vista como positiva (como riqueza extrema, por exemplo). O estigma também está relacionado ao preconceito, e a pessoa estigmatizada é quase sempre alvo de preconceito.

Essa visão traz vários problemas para o estigmatizado, podendo gerar diversos tipos de consequência como a exclusão social, a falta de identidade e baixa estima. Neste sentido a pessoa em situação e rua que carrega este rótulo, pode se achar totalmente culpada pela situação em que se encontra e quando esta situação esta ligada a saúde mental decorrente do uso de álcool e outras drogas a situação é ainda pior.

Habitualmente as condições de saúde são estigmatizadas pela sociedade em geral, e também pelos profissionais da área de saúde, sendo a saúde mental reconhecida como uma das áreas na qual o estigma social é mais presente, com uma influência considerável no tratamento e na qualidade de vida das pessoas que

possuem tal condição de saúde. As pessoas com transtornos mentais são vistas como responsáveis por esta condição, diferente das pessoas com doenças como câncer, problemas cardíacos ou outras doenças, conforme estudos apontaram. (FURTADO; RONZANI, 2010).

Os autores a cima mencionados compartilham da informação que tais dados refletem na forma como os profissionais de saúde ou políticas públicas agem com o problema, uma vez que a atribuição de responsabilidade sobre determinado problema de saúde pode ser relacionada com a prontidão para a ajuda disponibilizada pelos profissionais e pela estigmatização e moralização da condição apresentada.

O uso de álcool e outras drogas é uma das condições que mais apresentam uma conotação moralizante do mundo, sendo considerado principalmente um problema individual, em que o diagnóstico e o tratamento muitas vezes exacerbam os aspectos morais do uso. Durante muito tempo a classificação dos usuários de álcool se polarizou entre aqueles que faziam “uso social” e os que eram “dependentes”. O estigma, carregado de conotações morais, associado ao “alcoólatra” ou “dependente de drogas”, tem levado os pacientes, a sociedade e até mesmo os profissionais de saúde a resistirem em aceitar ou utilizar o diagnóstico de forma inadequada (FURTADO e RONZANI, 2010, p. 330).

O processo avaliativo evidenciou que a sociedade percebe o usuário de crack a partir imagem virtual desse usuário, desconsiderando sua imagem real, ou seja, não o vê enquanto pessoa singular, que tem uma história de vida, sentimentos, desejos, aprendizados, perdas e ganhos. Predomina uma identidade estigmatizante de marginal, vagabundo e violento, gerando a ideia de pessoa não cidadã, sem direito a um lugar social, aquele que deve ser excluído (BARD et al, 2016, p.06).

Em geral, os usuários de drogas não são ouvidos porque há “consensos” na sociedade que resultam em ensurdecimento de possibilidades de escuta e de acolhimento ético e digno. Por isso, reafirma se a importância da atenção psicossocial em rede no enfrentamento do uso de crack, ou seja, serviços de saúde e sociedade. São necessárias ações no território, em amplo combate ao moralismo e ao proibicionismo, pois usuários e familiares necessitam de atenção e cuidado (Bard et al, 2016, p. 06).

Essa população é muito discriminada e criminalizada. Quando a pessoa está em situação de rua, e ainda tem um histórico com dependência química, o preconceito, estigmas são maiores ainda. A sociedade tende a criminalizar essa doença.

Segundo dados do I Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua realizada entre agosto de 2007 e março de 2008 apontam uso de drogas como principal razão pelas quais indivíduos se encontram em situação de rua, cerca de (35,5%), seguida do desemprego com (29,8%) e da quebra de vínculos familiares por desavenças (29,1%) (BRASIL, 2009).

O morador de rua se torna, assim, depositário de inúmeros estigmas e visões negativas de uma sociedade egoísta e individualista, em que a competição se sobrepuja à cooperação, pois falta à sociedade o entendimento de que ninguém está na rua simplesmente porque planejou isso para si, há toda uma trajetória de vida e social a ser levada em consideração quando tratamos dessa questão. (GIBBS; AMAZONAS, 2015, p.11).

3. CAPÍTULO II: A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E OS SERVIÇOS DA REDE SUBSTITUTIVA OFERATDOS PELA RAPS

3.1. Saúde mental no Brasil e o processo da Reforma psiquiátrica

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005, p. 06).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafio. (BRASIL, 2005, p. 06).

Conforme Amarante (2003) o estopim do movimento foi uma grave crise que ocorreu nos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), quando estagiários e profissionais das quatro unidades psiquiátricas federais, todas do Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano

Moreira – CJM e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) encontraram um cenário de descaso e violência.

A “crise da DINSAM” teve grande repercussão após manifestações de entidades expressivas no cenário nacional com a participação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), do Sindicato dos Médicos, da Ordem dos advogados do Brasil (OAB), da Associação Brasileira de Imprensa (ABI, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), dentre outras (AMARANTE, 2003). Os profissionais de saúde mental denunciavam as condições desumanas nos hospitais psiquiátricos e exigiam transformações. Essa reivindicação, nascida no seio de um movimento técnico e de luta por direitos trabalhistas, foi se ampliando e aos poucos incorporava diversos segmentos da sociedade bem como ampliava as reivindicações.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio foi inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma

sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro) (BRASIL,2005).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes (BRASIL, 2005, p.07).

É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (Brasil, 2005, p. 07).

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. (Brasil, 2005, p. 07) E dois anos depois, foi sancionada a Lei Orgânica de Saúde - nº. 8080/90 que: “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Ademais, a Carta Magna expressa a saúde como um direito fundamental e tem como alguns dos seus princípios a universalidade, a integralidade da assistência e a participação da comunidade.

No ano de 1989, foi apresentado o Projeto de Lei nº. 3657/89 do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. (BRASIL, 2005, p. 07).

Para Amarante (2003) O surgimento deste projeto proporcionou muitas transformações e um positivo debate na mídia nacional. Ao mesmo tempo em que muitas associações de usuários e familiares foram constituídas em função do

mesmo. Destaca-se que esse projeto foi a grande inspiração da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (Lei nº. 10.216/01). Leis do mesmo tipo foram aprovadas em diversos estados. Experiências de desmontagem de estruturas manicomiais passaram a ser implantadas pelos quatro cantos do país.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, é resultado de longo processo democrático, e teve alguns eventos marcantes para sua efetivação (BRASIL,1994, p.04). Os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL,2005, p.08).

Pode-se afirmar que a referida lei tornou-se um instrumento efetivo para o desenvolvimento de ações que viabilizem a garantia dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, e está direcionada da seguinte forma:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL,2001)).

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da Política de Saúde Mental. Quando necessário a internação (voluntária, involuntária ou compulsória), só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

Sobre a internação voluntária, a pessoa que solicita deve assinar sua admissão, mas o término da internação deve ser assinado pela pessoa ou pelo médico que está acompanhando. Sobre a internação involuntária, tanto a admissão quanto a alta, deve ser feito por médico registrado e no prazo de 72 horas ser comunicado ao Ministério Público Estadual; poderá ser feita solicitação de familiar ou responsável legal. A internação compulsória, é determinado pelo Juiz competente (BRASIL, 2010).

Pesquisas científicas para fins diagnósticos/terapêuticos não poderão ser realizados sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde que criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei (BRASIL, 2010).

Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005, p. 08-09).

O Ministério da Saúde promulgou, no início de 2002, as portarias 251/02 e 336/02. A primeira estabeleceu diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos e definindo e estruturando a porta de entrada para as internações na rede do SUS. Sua promulgação foi importante para a normatização dos hospitais psiquiátricos para que eles pudessem oferecer o melhor serviço possível à clientela, ao mesmo tempo que ofereceu parâmetros para a gradativa substituição do modelo hospitalar de atendimento. Já a portaria 336/02, a partir da revisão da Portaria 224, de 1992, regulamentou o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com as experiências no campo da saúde mental da última década. Nela, os CAPS passam a ser os dispositivos ordenadores e a porta de entrada territorial de assistência saúde mental (AMARANTE, 2003, p. 50).

Dessa maneira, um marco importante das políticas de saúde mental no SUS foram estabelecidos pela Portaria/GM nº 336, de 19/02 de 2002, que redefiniu CAPS ad (álcool e drogas), Serviço de atenção psicossocial voltado para o atendimento às pessoas com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas. Sendo assim, o

atendimento a dependente químico entre a PRS rua no campo da saúde mental é o foco desse estudo.

3.2 . As práticas assistenciais voltadas aos dependentes químicos em uma proposta de rede substitutiva

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto, fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas (PIEC/2010, Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010), busca intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde. Investimentos e estímulos às estratégias de redução de danos nos cuidados integrais voltados para o uso abusivo de álcool e outras drogas foram oferecidos, como os Projetos de Consultórios de Rua do SUS (BRASIL, 2010, p.08)

A Lei Federal nº 10.216, de 06 de dezembro de 2001, garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De forma geral, a Lei nº 10.216/2001 assegura às pessoas que se beneficiam das ações e serviços do SUS o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que por isso deve ser realizado de preferência em serviços comunitários, ou de base territorial, portanto, sem excluí-las do convívio na sociedade (SUPERA,2017).

A evolução da ética no cuidado resultante da reforma psiquiátrica inclui o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e está alinhada ao consenso internacional sobre o tema. A United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) definiu uma diretriz clara em relação ao problema da droga ao escolher investir no cuidado de saúde e na coesão social, e não em medidas coercitivas de restrição de liberdade, seja no sistema penal, seja no tratamento de saúde fechado e involuntário. Nesse sentido, a importância da atuação no território e dos laços sociais na atenção ao sofrimento mental, expressa na Lei nº 10.216/2001 e nos princípios da RAPS, não deve ser vista como contraditória com o cuidado daqueles que fazem uso prejudicial da droga (SUPERA,2017, p.128).

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 1990. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual (Brasil, 2005).

São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, 2005).

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos

processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005).

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005).

A população em situação de rua necessita de atendimento em serviços atenção básica de saúde e saúde mental. O Ministério da Saúde (MS), ao eleger como modelo a criação de uma política pública de saúde para a população em situação de rua em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos, assume legitimamente a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS, com a implantação dos Consultórios na Rua (BRASIL, 2012).

Observando que as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo, representa-se um desafio a efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade. Frente a este contexto, os Consultórios na Rua (CnaR), instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica, integram o componente de atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB, buscando 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 (Brasil, 2012).

Ao abordar a temática das drogas, buscamos a prevenção da saúde através da redução de danos (RD) que é uma política pública de saúde definida pela Portaria nº 1.028 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), que consiste num conjunto de estratégias práticas, voltados para o campo do uso de drogas, que visam reduzir danos desse uso, sejam biológicos, sociais, econômicos ou culturais, sem necessariamente interrompê-lo, não podendo ser confundida com o incentivo ao uso de drogas. A redução de danos é estratégia prioritária no atendimento aos usuários, respeitando seu tempo e escolha em relação ao consumo das substâncias psicoativas utilizadas, buscando reduzir os danos decorrentes sem imposição de condições rígidas para seu tratamento (BRASIL, 2010).

Os Consultórios na Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior

vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (BRASIL, 2010).

Os Consultórios na Rua lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (BRASIL, 2012, p.13).

As equipes dos Consultórios na Rua deverão atender de oitenta a mil pessoas em situação de rua, cumprindo Carga Horária mínima semanal de 30 horas, tendo horário de funcionamento adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e noturno e em qualquer dia da semana. Todas as modalidades de equipes dos Consultórios na Rua poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações (BRASIL, 2012).

3.3. Rede de Atenção à saúde (RAS) e Rede de atenção psicossocial (RAPS)

Segundo Mendes (2009), "Redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas, de conjunto de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única (...)" (MENDES, 2009, p. 10).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde com a finalidade de oferecer atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Além disso, é seu papel oferecer o acesso à população, bem como, equidade, eficácias clínica, sanitária e econômica, rompendo o conceito de centralidade dos cuidados e possibilitando melhores

resultados nos atendimentos (BRASIL, 2010). Por tanto, o objetivo da RAS apresenta uma rede de serviços que atenda às diferentes demandas de saúde, inclusive os indivíduos com alteração de sua saúde mental. Nesse sentido o indivíduo com transtorno mental, desde os que se apresentam em sofrimento psíquico leve, até aqueles com transtorno mental grave.

Para Medeiros et. al. (2017) as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Dentre as diretrizes de cuidado da RAPS, destacamos como uma estratégia de saúde pública, pautada no princípio da ética do cuidado, a Redução de Danos (RD), a qual visa diminuir o risco das vulnerabilidades social, individual e comunitária, associadas ao uso, abuso e dependência de drogas. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, constrói com ele estratégias, focando na defesa de sua vida (BRASIL, 2015, p. 39)).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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, por meio da Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011, apresenta como diretrizes: o respeito ao ser humano; promoção da equidade no SUS; combate a estigmas e preconceitos; garantia de acesso e qualidade de serviços; humanização dos serviços; diversificação de cuidados; ênfase na territorialização e no controle social; utilização da estratégia de Redução de Danos, organizando os serviços em redes de atenção à saúde regionalizada; promoção de educação permanente e; cuidados aos usuários mediante os planos terapêuticos singulares.

Segundo Ministério Público do Paraná (MPPR) no dia 11 de abril, o Presidente da República Jair Bolsonaro, assinou o Decreto nº 9.761/2019, aprovando a Nova Política Nacional sobre Drogas - PNAD e revogando inteiramente o Decreto nº4.345 de 26 de agosto de 2002. A nova política será desenvolvida em conjunto pelos ministérios da Cidadania, da Saúde, da Justiça e da Segurança Pública, dos direitos humanos, da família e da Mulher.

De acordo com Ferreira e Pereira (2019), a nova política de drogas, está baseada na abstinência no tratamento da dependência química e no investimento em comunidades terapêuticas, representando um retrocesso em relação à política de redução de danos (RD) que vinha sendo desenvolvida no país e que é a prática mais usada nos países desenvolvidos. Enquanto o programa de redução de danos é realizado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), contando com uma equipe multiprofissional - psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde, as comunidades terapêuticas são majoritariamente vinculadas a igrejas e organizações religiosas bem como não dispõem de aparato médico. Com esta mudança, a RAPS deverá passar por mudanças para se adequar ao novo modelo de tratamento.

Os autores supracitados compartilham que em geral essas comunidades são marcadas por uma estrita rotina de atividades de oração e trabalho, e boa parte delas localiza-se em fazendas distantes de áreas urbanas visando o distanciamento completo do usuário a tudo que lembre o vício. Trata-se de metodologia inversa da redução de danos, atuando no sentido de o usuário assumir a responsabilidade em torno de suas ações cotidianas.

Não adianta isolar o indivíduo se será na sociedade ampla que ele deverá lidar com as questões que o levaram às drogas. São emoções construídas nas relações sociais turbulentas e não resolvidas que desaguam na dependência química. Não se questiona aqui a intenção daqueles que trabalham nessas comunidades, muitos provavelmente, são bem intencionados, mas no formato da abordagem adotada, atrelada tão somente à crença religiosa e distante da rede de saúde (FERREIRA e PEREIRA, 2019).

Sendo assim, Pereira e Ferreira (2019) compartilham da ideia sobre a RD, que vinha se consolidando como um importante movimento lastreado nos direitos humanos, e baseado numa discussão democrática e atualizada, tende a perder espaço para um método retrógrado, baseado na abstinência forçada e de forte apego religioso.

Segundo Medeiros et al. (2017) parte das pessoas que consomem algum tipo de droga (lícita ou ilícita) não consegue ou não quer interromper o uso. Na abordagem da RD, essa condição de continuidade do uso não deve impedir o acesso aos cuidados da saúde, conforme os princípios do SUS, e pode servir como ponto de apoio para a promoção de melhores condições gerais de vida e de saúde no seu território. Daí a importância do consenso sobre as demandas do território e as ações e serviços que podem ser oferecidos para as pessoas com transtornos mentais ou sofrimentos relacionados a esses transtornos, incluindo aqueles decorrentes do uso problemático de drogas.

Objetiva a ampliação do acesso, promovendo um maior estabelecimento vínculos dos usuários e familiares aos pontos de atenção e garantia da articulação dos serviços de base territorial, através de acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção a urgências (MEDEIROS et al., 2017).

Considerada como ação prioritária da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro com a premissa de rede de atenção à saúde temática. Consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, atendimento integral e humanizado. Surge com a perspectiva de consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que garanta a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, comunidade e cidade (Brasil, 2011).

Conforme a Portaria 3.088/2011, a RAPS, é constituída pelos seguintes componentes, (BRASIL 2011):

- **Atenção Básica**

A unidade básica de saúde é um serviço constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

Núcleo de Ampliado de saúde da Família e a Atenção Básica (NASF – AB), vinculado à unidade básica de saúde é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as equipes de Saúde da Família, as equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado com as equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

O NASF faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como serviço com unidade física independente ou especial, e não é de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Deve, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção e saúde e seus serviços a exemplo do CAPS (BRASIL, 2017).

Consultório na Rua - De acordo com o Ministério da Saúde, o Consultório na Rua é parte de uma estratégia maior denominada “Programa Crack, é possível vencer”, criada pelos ministérios da Saúde, Justiça, Educação e Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria de Direitos Humanos, e que tem as ações desenvolvidas em três eixos (prevenção, cuidado e autoridade), sendo o eixo cuidado desenvolvido por alguns pontos da Rede de Atenção Psicossocial, entre as quais estão: o CAPS AD III, as unidades de acolhimento, os leitos de saúde mental, o Consultório na Rua e a formação técnica para profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2014b).

A equipe de Consultório de Rua é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em

situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental para (BRASIL, 2017): pessoas em situação de rua em geral, pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool, crack e outras drogas.

Centro de convivência e Cultura – o Centro de Convivência e Cultura é uma unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à RAPS, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade (BRASIL, 2017). Esses centros são estratégicos para a inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade (BRASIL, 2017).

- Atenção Psicossocial Especializada

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas modalidades compõem a Atenção Psicossocial Estratégica. O CAPS é um serviço de referência para casos graves, que necessitem de cuidados mais intensivos, e/ou de reinserção psicossocial, e ultrapassem as possibilidades de intervenção conjunta das equipes de NASF e Saúde da Família (BRASIL, 2010a). Pessoas que buscam o CAPS por demanda espontânea devem ser acolhidas e avaliadas pela equipe, e os casos que não tiverem necessidade de acompanhamento nesse serviço devem ser redirecionados para as equipes de Saúde da Família de referência, preferencialmente por meio de contato telefônico do profissional do CAPS com o profissional da UBS ou do NASF (BRASIL, 2014b).

Segundo o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades (BRASIL, 2017):

CAPS I - Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias

psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. É indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.

CAPS II - Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS III - Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

CAPS AD - Atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS AD III - Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

CAPSi - Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

As atividades nos CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Sendo o cuidado desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2017).

- **Atenção 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 crack, álcool e outras drogas. Entre eles destacam-se o SAMU, a sala de estabilização, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, a UPA e as unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017). Além disso, os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção de Urgência e Emergência deverão se articular com os CAPS, devendo, nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2017).

- **Atenção residencial de caráter transitório.**

As Unidades de Acolhimento e o Serviço de Atenção em Regime Residencial são pontos de atenção do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório (BRASIL, 2017). As Unidades de Acolhimento oferecem cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, 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 (BRASIL, 2017). Essas unidades estão organizadas em duas modalidades, são elas (BRASIL, 2017):

Unidades de acolhimento adulto: destinados a pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, maiores de 18 anos.

Unidades de acolhimento infanto-juvenil: destinadas a adolescentes e jovens (de 12 até 18 anos incompletos).

Já os serviços de Atenção em Regime Residencial, entre eles as comunidades terapêuticas, destinam-se a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

- Atenção Hospitalar

Entre os pontos de atenção do componente de atenção hospitalar destacam-se os leitos de saúde mental em hospital geral e o serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no hospital geral (BRASIL, 2017). Os leitos de saúde mental em hospital geral oferecem tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas (BRASIL, 2017). Já o serviço hospitalar de referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular. Esse serviço deve funcionar em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2017).

- Estratégias de Desinstitucionalização

Esse componente é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Os serviços residenciais terapêuticos e o Programa de Volta para Casa são pontos de atenção deste componente (BRASIL, 2017). O serviço residencial terapêutico (SRT) ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” são casas inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2017).

O suporte de carácter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da Atenção Básica) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseados no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado (BRASIL, 2004a).

O programa de Volta para Casa, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, que provê auxílio-reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência (BRASIL, 2003).

Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o qual determina que os pacientes hospitalizados há muito tempo, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. O objetivo desse programa é a inclusão social e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com ampliação do atendimento extra-hospitalar e comunitário (BRASIL, 2003).

- As estratégias de reabilitação psicossocial:

São compostas por iniciativas de trabalho e geração de renda, assim como empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2017).

Para Hirdes e Kantorski (2004) a reabilitação psicossocial, previamente considerada como prevenção terciária, evoluiu em um conceito, um corpo de conhecimentos de modos de organizar serviços e métodos sujeitos à validação empírica, e está preocupada com a prevenção/redução das incapacidades associadas com distúrbios mentais e de comportamento. É particularmente útil para ser empregada em cuidado na comunidade, ainda que a maioria de suas técnicas e terminologias seja de alguma maneira associada ao cuidado hospitalar.

De acordo com Ribeiro e Bezerra (2015), a reabilitação psicossocial se define enquanto conjunto de estratégias destinadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos, processo esse que necessariamente implica na abertura de espaços de negociação para o usuário, para a sua família, para a comunidade circundante e para os serviços implicados em seu tratamento. Desta forma, seu conceito pode ser ampliado como processo que permite e estimula a inserção social e o desenvolvimento de potencialidades que ao longo do convívio com o sofrimento psíquico ficaram encobertas.

Para isso, a presente pesquisa tem como proposta o conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial, com o objetivo de que os profissionais envolvidos no atendimento à população em situação de rua uso abusivo de drogas possam trabalhar no viés da totalidade das respostas às suas demandas.

4. CAPÍTULO III: UMA ANÁLISE DO ATENDIMENTO DA RAPS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA

4.1. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Volta Redonda

Volta Redonda é um município brasileiro do estado do Rio de Janeiro, Região Sudeste do país. Situado no Sul Fluminense, também é conhecido como a "Cidade do Aço", por abrigar a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), e apresenta uma população de 271.998 habitantes de acordo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2010).

Segundo o site da Prefeitura de Volta Redonda, a Área Técnica Programática da Saúde Mental é vinculada a Superintendência de Atenção e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, sendo responsável pela implementação das ações específicas da Política Nacional de Saúde Mental.

Essa área técnica da Saúde Mental é responsável por proporcionar cuidado às pessoas portadoras de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Assegurando ao cidadão o direito de atendimento de forma plena, em função de suas necessidades, pela articulação de ações nos três níveis de atenção conforme componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Ainda de acordo com o site da Prefeitura, a cidade conta com a RAPS que é composta pela Atenção Básica onde são desenvolvidas ações em parcerias com os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) sob a lógica do território com a realização

de oficinas, matriciamento⁴ e estudos de caso. São organizadas as ações com base na discussão dos casos no atendimento às coletividades e assim o compartilhamento do cuidado em saúde, incluindo o cuidado às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Além de outras vulnerabilidades psicossociais cumprindo assim o princípio da integralidade em saúde do Sistema Único de Saúde.

A Atenção básica:

O Consultório na Rua funciona em articulação com o “Plano Crack é Possível Vencer” que consiste de um conjunto de ações do Governo Federal para enfrentar o crack e outras drogas, em parceria com a Coordenadoria Municipal de Prevenção às Drogas e a Secretaria Municipal de Ação Comunitária e Defesa Civil. O Consultório na Rua atende a população em situação de rua no município de Volta Redonda, junto às equipes da Atenção Básica com o objetivo de ofertar acesso aos serviços de saúde, bem como produzir cuidado integral conforme as necessidades de cada pessoa ou família.

A Atenção Psicossocial Especializada é composta pelos seguintes equipamentos:

>>CAPS Usina de Sonhos II (Centros de Atenção Psicossocial para adultos) com atendimento à população da área de abrangência do Distrito Sanitário Norte dos bairros: Açude I e II, Aero Clube, Belmonte, Belo Horizonte, Coqueiros, Jardim Belmonte, Jardim Cidade do Aço, Jardim Suíça, Mariana Torres, Padre Josimo, Siderlândia, Vale Verde, Vila Mury, Eldorado, Retiro.

>> CAPS Sérgio Sibilo Fritsch (Centros de Atenção Psicossocial para adultos): com atendimento à população da área de abrangência dos seguintes bairros: Aterrado, Barreira Cravo, Casa de pedra, Jardim Belvedere, Jardim Caroline,

⁴ Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011).

Jardim Esperança, Jardim Normândia, Jardim Paraíba, Jardim Tiradentes, Jardim Veneza, Monte Castelo, Niterói, Nossa Senhora das Graças, Roma I, Roma II, Sam Remo, São Geraldo, São João, São João Batista, Sessenta, Siderópolis, Vila Rica, Vila Santa Cecília, Laranjal, Vista Verde, Voldac.

>> CAPS Vila Esperança (Centros de Atenção Psicossocial para adultos) com atendimento à população da área de abrangência dos seguintes bairros: Água Limpa, Bela Vista, Brasilândia, Caieiras, Candelária, Dom Bosco, Eucaliptal, Jardim Amália I e II, Morada da Granja, Nova Primavera, Ponte Alta, Rústico, São Sebastião, Santa Tereza, Santo Agostinho, São Cristóvão, São Lucas, São Luiz, Três Poços, Vila Americana, Volta Grande, Minerlândia, São Carlos, Santa Inês.

>> CAPSi VIVA VIDA (Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil) com atendimento aos residentes de todo o município de Volta Redonda, atendendo todos os territórios sanitários, por se tratar do único serviço de atendimento em saúde mental para criança e adolescente, em conformidade com a Política Municipal de Saúde Mental para crianças e adolescentes e em consonância às determinações da lei nº 10.216, ao Estatuto da Criança e Adolescente e às deliberações da III Conferência Estadual e Nacional de Saúde Mental, realizadas em 2001 e as principais Portarias Ministeriais relativas ao campo (336/02 e 189/02) (BRASIL, 2017).

>> CAPSad II Lúcia Maria Bessada (Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas) com Atendimento à toda população adulta do município que apresenta transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas em conformidade com a Política Municipal de Saúde Mental.

Espaço de Cuidado em Saúde José Salvino de Paiva Oliveira, com atendimento somente a pacientes referenciados das unidades de saúde. O Espaço de Cuidado em Saúde José Salvino de Paiva Oliveira (ECS) é uma unidade de saúde mental que busca cumprir três funções no cenário da saúde de Volta Redonda: atendimento ambulatorial referenciado em saúde mental, realizar matriciamento em saúde mental junto às equipes da rede de saúde e servir como

um “observatório” da rede de saúde no que se refere aos fenômenos de adoecimento psíquico das coletividades.

Enquanto ambulatório de saúde mental, a unidade presta atendimento aos usuários que sofrem com questões emocionais e/ou psiquiátricas de baixa e média complexidade no SUS, mas não se trata de um ambulatório tradicional, uma vez que trabalha a partir de uma visão integral sobre o usuário, considerando uma situação bio-psico-social. Assim, cada avaliação ou consulta se dá a partir de um olhar que não foca a doença em si, mas sim, uma pessoa com suas demandas. O trabalho é realizado por equipe interdisciplinar composta por médico psiquiátrica, enfermeiro, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta, que avalia e acompanha os casos em conjunto, o que quer dizer que cada caso é sempre atravessado pela discussão e contribuição de todos os profissionais.

Também é realizado o trabalho de matriciamento através de uma equipe específica. Este é promovido a partir de reuniões com as demais equipes da saúde mental especializada (CAPS), das unidades da média complexidade (Policlínicas da Mulher, do Idoso e das especialidades médicas em geral – Policlínica da Cidadania), das Unidades Básicas de Saúde (UBS), quando são discutidos inúmeros casos, demandas destas equipes e situações concernentes ao dia a dia em saúde mental.

Já enquanto “observatório”, a unidade procura ter um olhar sobre a rede de saúde pública na cidade, tentando, assim, avaliar e pontuar formas de organização, necessidades, fluxos e articulações entre toda a rede a fim de se constituir, de fato, como uma rede para o cuidado integral em saúde. Para tal, são também promovidas inúmeras reuniões entre os atores da rede básica, urgência e emergência, etc. com a intenção de debater e problematizar o atendimento ofertado.

Atenção de Urgência e Emergência:

Rede de Atenção de Urgência/Emergência (RUE) / SAMU / UPA, salas de Estabilização, Portas hospitalares de atenção às urgências/pronto socorro. O município de Volta Redonda conta com uma rede de atenção de Urgência/Emergência composta dos Hospitais São João Batista e Hospital Munnir

Rafful, SPA Conforto e Cais Aterrado, sala de estabilização Santa Cruz e uma UPA – Santo Agostinho, para atendimento às situações de Urgência/Emergência.

Todas as unidades da RUE deverão atender os casos de intoxicação aguda por álcool e outras drogas além de referenciar para os leitos especializados de saúde mental no Cais Aterrado os casos mais graves, prioritariamente os acometidos pela síndrome de abstinência associada ao uso/dependência de drogas.

Atenção Hospitalar (Leitos Especializados de Saúde Mental em Hospital Geral).

A RAPS de Volta redonda possui 16 (dezesesseis) leitos de Atenção Integral no CAIS Aterrado destinados a internação psiquiátrica – 14 leitos adultos e 02 leitos para crianças e adolescentes. São internações de curta permanência.

A enfermaria de saúde mental encontra-se inserida em hospital de médio porte para atendimento aos munícipes de Volta Redonda em situações de urgência e de emergência dos casos graves de transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas.

Pautado nos princípios da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL2005), nas Leis (10.216 de 06/04/2002) (BRASIL,2005) e Portarias (nº 148 de 31/01/2012) (BRASIL, 2005) que regulamentam o cuidado em Saúde Mental, a enfermaria especializada para atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas tem como objetivo oferecer tratamento hospitalar para casos graves. O cuidado ofertado está em consonância com o projeto terapêutico individual do usuário desenvolvido em parceria com o serviço de referência (CAPS), e a internação deverá ser de curta permanência com a estabilidade clínica do usuário.

Atenção Residencial de Caráter Transitório:

Unidade de Acolhimento Adulto (UA), aguarda-se abertura de edital do Ministério da Saúde para a construção de uma Unidade de acolhimento para adultos

no município. Atualmente os casos que necessitam de afastamento do território devido aos riscos e vulnerabilidades associados ao uso indevido de drogas e que se esgotaram as possibilidades de tratamento ambulatorial são encaminhados para as CARES (Centros de Acolhimento Regional – Nova Iguaçu e Santa Cruz) conveniadas a SEPREDEQ (Secretaria Estadual de Prevenção às Drogas do Estado do Rio de Janeiro).

Estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos tipo II)

Os serviços residenciais terapêuticos constituem casas comuns inseridas na cidade, destinadas à moradia de egressos de longos períodos de institucionalização em hospitais psiquiátricos. Tem por objetivo a desospitalização de pessoas sem vínculos familiares. O município de Volta Redonda possui 04 residências terapêuticas do tipo II com cuidadores 24 horas para o acompanhamento dos residentes. São casas que têm o foco no resgate do convívio social, propiciando a construção de um espaço promotor de autonomia e de novo significado da vida cotidiana, visto que esta modalidade se caracteriza por moradores que apresentam dificuldades em suas autonomias, necessitando de cuidados intensivos. Atualmente há o total de 31 moradores. Serviços Residenciais Terapêuticos: (Casa de Pedra I, Casa de Pedra II, Jardim Tiradentes e São Luiz). As residências terapêuticas estão situadas nas áreas dos distritos sanitários, Residência Terapêutica Tiradentes, Casa de Pedra I e Sessenta – Distrito Sul e Residência Terapêutica São Luiz – Distrito Norte, sendo que estas residências se vinculam diretamente a Área Técnica de Saúde Mental.

Segundo o site da Prefeitura, o município vivencia a necessidade de implantação da 5^ª Residência Terapêutica, Tipo II como o processo de desinstitucionalização de quatro municípios de Volta Redonda.

Programa de Volta Pra Casa

Atualmente o município de Volta Redonda possui aproximadamente 40 usuários inscritos no referido programa incluindo os moradores das residências

terapêuticas e usuários da rede de saúde mental. Recebem do governo federal o valor de R\$ 412,00 que são cumulativos com os proventos do INSS. O programa facilitou a autonomia financeira das pessoas possibilitando inserção na vida comunitária e familiar.

Para a realização deste trabalho, foram escolhidos cinco equipamentos da RAPS para pesquisa de campo, com o auxílio de um gravador e antecipadamente autorizado pelo Comitê de Ética, que são: Consultório na Rua, CAPS Usina dos Sonhos II, CAPS Sérgio Sibilo Fritsch (Belvedere), CAPS Vila Esperança, CAPS - AD II Lúcia Maria Bessada. Estas unidades da RAPS foram escolhidas por serem um dos principais acessos quando se procura atendimentos à saúde mental e dependência química no município de Volta Redonda.

Tabela 1: Identificação dos equipamentos e coordenações entrevistadas

| Equipamentos da RAPS | Endereço e telefone | Coordenação | Formação da coordenação | Tempo na coordenação |
|-------------------------------|---|-------------|-------------------------|----------------------|
| Consultório na Rua | R. Araribóia, nº 332, São João, Volta Redonda/RJ. Telefone: 3343-6321 | K.E. A. | Assistente Social | 04 anos |
| CAPS Usina de Sonhos II | Rua Mariana do Carmo Reis, nº 283, Vila Mury Telefone: 24 3339 9093 | J. A. F. | Psicóloga | 03 meses |
| CAPS Sérgio Sibilo Fritsch | Rua Alimo Antônio Francisco, nº 243, Jardim Belvedere Telefone: 24 3343 5382 | C. G. S | Psicóloga | 3 anos |
| CAPS Vila Esperança | Rua 93C, Nº193, Vila Santa Cecília Telefone: 24 3342 6316 | E.C.Q. | Psicóloga | 7 anos |
| CAPSad II Lúcia Maria Bessada | Rua 42, nº 34, Vila Santa Cecília Telefone: 24 3338 9088 | M.A.C.R. | Psicóloga | 08 meses |

Fonte: Entrevistas realizadas no mês de agosto de 2019 nos serviços selecionados.

Apenas duas unidades mantiveram suas coordenações desde a gestão anterior: CAPS Vila Esperança e Consultório na Rua. Essas duas coordenações apresentam experiências e vivências com a população em situação de rua, saúde mental e dependência química do município.

As demais unidades trocaram de coordenação com a gestão atual do Prefeito Samuca Silva/ PSDB. A coordenação do CAPS AD já tinha uma experiência com PSR através de seus serviços no Centro POP.

Já a coordenação do CAPS Usina dos Sonhos e CAPS Belvedere, apesar de pouco tempo nas coordenações atuais, também possuem experiência com a PSR.

4.2. A identificação dos serviços da RAPS no município de Volta Redonda e a contribuição no atendimento à população em situação de rua.

A primeira etapa da pesquisa de campo foi identificar os equipamentos da RAPS que fazem atendimento à população em situação de rua com uso abusivo de álcool, crack e outras drogas e definir quais seriam os equipamentos pesquisados.

Em seguida, realizamos contato com a Secretaria de Saúde de Volta Redonda a fim de conseguir autorização para que as entrevistas fossem agendadas e realizadas através de um roteiro de entrevista (Anexo 1), através de Carta de Anuência (ver Anexo 2). De posse da carta de anuência, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do UniFOA, aprovado sob Número do Parecer: 3.495.553 (ver Anexo 3) e apresentado a todas as instituições o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 4).

As entrevistas aconteceram em dias e horários alternados, e foram marcadas pessoalmente e com antecipação.

- **O perfil dos usuários atendidos nas instituições e território de abrangência**

Segundo informações coletadas no CAPS Usina dos Sonhos, CAPS Vila Esperança, CAPS Belvedere e CAPS AD, usuários de ambos os sexos demandam pelo atendimento. Como são serviços destinados ao público adulto a faixa etária corresponde a essa característica: maiores de 18 anos. As pessoas atendidas possuem algum tipo de renda, como Bolsa Família (BF), Benefício de Prestação Continuada (BPC), Aposentadoria (INSS), ou renda proveniente de algum tipo de trabalho informal.

Já no Consultório na Rua, segundo informações da entrevistada, a procura pelo atendimento é de 97% masculino, de todas as faixas etárias, desde crianças até idosos, e sem renda.

O território de abrangência de cada equipamento:

CAPS Usina de Sonhos: atendimento à população da área de abrangência do Distrito Sanitário Norte, CAPS Vila Esperança: atendimento à população da área de abrangência do Distrito Sanitário Sul, CAPS Belvedere: a referência de atendimento é a que o usuário está vinculado nos bairros centrais, CAPS AD: atendimento à toda população adulta do município que apresenta transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas em conformidade com a Política Municipal de Saúde Mental.

O Consultório na Rua realiza o atendimento a toda PSR no município de Volta Redonda, por ser um equipamento itinerante, ele percorre todos os bairros da cidade junto às equipes da Atenção Básica com o objetivo de ofertar acesso aos serviços de saúde, bem como produzir cuidado integral conforme as necessidades de cada pessoa ou família. Pode-se concluir que as pessoas em situação de rua apresentam vínculos no território, não são tão errantes como a maioria da população costuma imaginar.

- **Organização institucional no atendimento à população em situação de rua e quais os profissionais da saúde envolvidos nesta ação:**

No CAPS Usina dos Sonhos, CAPS Vila Esperança, CAPS Belvedere e CAPS AD, a população em situação de rua tem prioridade no atendimento mesmo que seja demanda espontânea, ou encaminhados de alguma unidade como Serviço de Acolhimento Institucional Abrigo Municipal Seu Nadim, Centro POP ou Consultório na Rua. As unidades já possuem um fluxo próprio onde a pessoa chega e é atendida conforme agendamento. Eles dispõem de uma equipe de plantão para o primeiro atendimento, sendo direcionada para um grupo de acolhimento mais próximo, de acordo com sua demanda.

No momento, da realização das entrevistas, agosto e setembro de 2019 as coordenações dos CAPSs junto a Secretaria Municipal de Ação Comunitária (SMAC) iniciarão um novo projeto que consiste na articulação das políticas de assistência e saúde mental para a realização de abordagens a população em situação de rua.

Somente o Consultório na Rua trabalha de acordo com a demanda do usuário, pois tem pessoas que acordam muito cedo e outras muito tarde, e também as que dormem mais cedo, assim vão se organizando de acordo com a demanda do assistido.

Percebe-se que os serviços são todos compostos por equipe interdisciplinar, mas não se mencionou a quantidade de funcionários, nem a ausência, e nem foi apresentada a necessidade de ampliar a equipe, então entende-se que é um número suficiente para o atendimento da demanda da população em situação de rua.

A partir dos dados levantados podemos apontar um fator a ser “acertado” é a relação entre os serviços da Política de Assistência Social e os serviços da Política de Saúde.

Quando questionados sobre reunião de rede, os serviços apontaram a não realização, no geral as instituições estão tentando se organizar para tal, isso é uma ação que vai propiciar esta rede acontecer.

- **Cotidiano dos serviços ofertados pelos equipamentos**

CAPS Usina dos Sonhos, CAPS Vila Esperança, CAPS Belvedere e CAPS AD: os serviços ofertados são: oficinas, grupos terapêuticos, atendimento na convivência, atendimento médico, psicológico e do serviço social, com funcionamento de 08h às 17h, de segunda a sexta-feira.

O Consultório na Rua: De segunda a sexta, sendo que na quarta-feira o horário é diferenciado, das 13h às 22h para que fiquem por conta de cadastros novos e os demais dias nos horários de 08h às 17h.

- **Acolhimento dos usuários**

CAPS Usina dos Sonhos, CAPS Vila Esperança, CAPS Belvedere e CAPS AD: declaram que todos os usuários que todos os usuários que procuram os serviços são acolhidos, e a partir deste acolhimento que avaliam qual a demanda de cuidados do usuário, se é para esta unidade ou para outro serviço.

No caso do Consultório na Rua além de acolherem os usuários, geralmente este serviço realiza busca ativa dos usuários.

Comumente grupos organizados da sociedade civil entram em contato com a unidade para informar onde se encontram possíveis usuários para serem atendidos.

Mesmo com esta capacidade do Consultório na Rua do acolhimento e proximidade com a população em situação de rua, é necessário que os usuários estejam inseridos vinculados a outros serviços de saúde.

- **Mapeamento da rede socioassistencial**

Os serviços responderam esta pergunta entendendo rede socioassistencial como UBS, CRAS e CREAS, como serviços públicos que compõem a rede pública

básica de saúde e rede pública de assistência social. Por tanto informaram ter o mapeamento da rede socioassistencial, e o único serviço que diz não existir este mapeamento é o CAPS Vila Esperança.

- **Frequência com que o usuário em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas que procura por este serviço:**

A procura dos usuários dependentes de drogas pelos serviços é mínima, e somente o CAPS AD relatou ter uma grande procura por esta clientela, por ser especializado em dependência química, tendo em vista que o serviço procura pelos usuários uma vez por semana na passarela da CSN, onde é ofertado café da manhã e uma conversa como forma de fortalecimento de vínculo, e por isto a procura tem sido considerável.

Já o Consultório na Rua quem realiza a procura a qual grande parte são usuários e acabam fazendo uso abusivo de substância psicoativa, pois a equipe não classifica a droga em si, porque atendem independente de ser usuário ou não, classificam o sujeito, e o que aquela droga faz na vida dele. Iniciam um fortalecimento de vínculo para depois ofertar os dispositivos com o objetivo de conquistar a confiança daquela pessoa para que ela volte a procurar pelos serviços.

- **Principais demandas dos usuários em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas atendidos por este serviço:**

Todos as unidades entrevistadas informaram que os usuários em situação de rua e dependente de drogas procuram pela primeira vez os serviços por conta da demanda do abrigamento, alimentação e acesso a benefícios, e não por decorrência da dependência química.

A dependência de álcool e outras drogas levam à fragilidade e rompimento familiar e social, dificuldade em manter atividades laboral. Devido ao alto grau de vulnerabilidade psicossocial as quais estes sujeitos estão submetidos, encontramos na rotina dos serviços de saúde demandas de cuidados físicos e psicológicos recorrentes devido à abstinência pelo uso de substância psicoativa. A questão do acesso é um desafio na atenção desse público, já que muitas vezes a população em situação de rua não acessa ou acessam precariamente.

- **Encaminhamentos dos casos X demanda**

Os equipamentos relataram que todos são encaminhados de acordo com sua demanda, mesmo que sejam encaminhados a eles casos que não são para os serviços de saúde mental e nem decorrentes de álcool e outras drogas. O que pode indicar uma falta de compreensão sobre a finalidade deste serviço. É preciso pensar em publicização de informações sobre os equipamentos da RAPS.

- **Dificuldades e desafios enfrentados pelo profissional no atendimento e nos encaminhamentos dos casos.**

CAPS Usina dos Sonhos e CAPS AD encontram dificuldades na articulação com o Serviço de Acolhimento Institucional Abrigo Municipal Seu Nadim e Centro POP, e ao acesso a esses serviços. A falta de vagas no acolhimento e no quarto de passagem é um dificultador.

CAPS Vila Esperança: Por não serem referência para dependentes químicos, a procura por este público ao serviço é muito pequena, e quando a procura acontece, surgem algumas dificuldades não relatadas pela entrevistada, mas afirma que a unidade articula com outros serviços para dar conta destas questões. A falta de um conhecimento maior sobre este assunto é um complicador, pois é uma área muito específica.

CAPS Belvedere: Informaram que não tem dificuldades com os encaminhamentos. Essa unidade é diferenciada, pois conta com uma boa equipe e um espaço muito bom.

Consultório na Rua: A maior dificuldade é trabalhar a autonomia e saber que este sujeito não vai ser visto na sua totalidade se a equipe não o acompanhar, não será atendido como deveria. Encaminha-se os usuários para o CAPS AD onde ele deve trabalhar a dependência química, e se este quiser acessar os serviços do Abrigo deve estar inserido no caps. Temos muitas portas abertas com a saúde, quanto a parte da assistência ainda temos muitas dificuldades.

Mesmo existindo uma lei que assegura o atendimento da população em situação de rua sem que apresente comprovante de residência ou identificação, o preconceito e estigma ainda está muito presente entre os profissionais nos atendimentos em geral.

- **Quais as principais estratégias diante das (possíveis) dificuldades encontradas para encaminhamento destes usuários?**

A articulação entre os serviços é uma estratégia encontrada pelos equipamentos pesquisados para que consigam ter um atendimento de maior qualidade.

CAPS Usina dos Sonhos e CAPS Vila Esperança: As estratégias adotadas para a superação das dificuldades são as reuniões de rede do território.

CAPS Belvedere: Adota a articulação com todos os dispositivos da rede.

CAPS AD: Esse serviço tenta sempre o diálogo e a mediação dos atendimentos.

Consultório na Rua: Uma estratégia é ofertar de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde no primeiro atendimento, e tentar colher o máximo de informações e criar um vínculo para que a pessoa volte a procurar os serviços.

- **Plano Individual de Atendimento (PIA), Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou em instrumental semelhante:**

O PIA é um instrumento que norteia as ações a serem realizadas para viabilizar a proteção integral, a reinserção familiar e comunitária e a autonomia do sujeito. Já o PTS é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família.

Todos os equipamentos possuem PTS, que é o principal instrumento de trabalho interdisciplinar, possibilitando a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário/família.

- **Trabalho preventivo as drogas**

CAPS Usina dos Sonhos, CAPS Vila esperança e CAPS Belvedere informaram não existir nenhum trabalho preventivo as drogas nos serviços por não terem muita demanda para falarem sobre essa temática, sendo referência o CAPS AD.

Já O CAPS AD, informou que não existe um trabalho preventivo sobre drogas, e conta com a CMPD (Coordenadoria Municipal de Prevenção às Drogas) onde fazem este trabalho de prevenção. Tal prevenção está acontecendo nas escolas e não é vinculado ao CAPS AD, pois a coordenadoria não é vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ela é própria e responde direto ao prefeito.

Este equipamento informou que vai iniciar um trabalho com a atenção básica, com uma UBSF específica que é a do bairro Santo Agostinho para trabalhar com quem está no território e não tem acesso a este serviço, e realizando um trabalho de prevenção com a equipe para que eles saibam fazer isto sozinho.

Consultório na Rua, não realizam um trabalho preventivo sobre as drogas e sim, sobre a saúde em geral.

- **Atividades de reinserção desenvolvidas para os usuários em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas:**

CAPS Usina dos Sonhos: Tem a finalidade de construir um PTS compartilhado com o CAPS AD, numa tentativa de prevenção às drogas.

CAPS Vila Esperança: Tentam um atendimento ao usuário dependente de álcool e outras drogas, caso não consigam, é feita a uma articulação com a SMAC que tem ações mais direcionadas para esta clientela.

CAPS Belvedere: Não desenvolvem atividades de reinserção para esta clientela.

CAPS AD: Está em construção, pois usuários do abrigo é mais fácil para lidar. Por enquanto a reinserção no território é feita com a família, mas os usuários quando estão em situação de rua é mais dificultoso de atendê-los.

Consultório na Rua: Vão iniciar oficinas na rua como uma roda de conversa, articulado com um técnico do CAPS AD e junto a sociedade civil, primeiro para uma reinserção na sociedade, para depois tentar uma reinserção familiar.

É complexo trabalhar com a população em situação de rua, ainda mais quando tem-se um histórico com drogas, sem almejar uma reinserção familiar e comunitária.

- **Propostas de intervenções futuras**

CAPS Usina dos Sonhos: Planeja uma articulação com o CAPS AD.

CAPS Vila Esperança: Declara que o equipamento está passando por uma reestruturação interna.

CAPS Belvedere: Informa ter propostas para intervenções futuras, mas não especificou quais seriam.

Consultório na Rua: planeja a realização de uma roda de conversa a ser realizada nas ruas.

A importância no planejamento para os serviços de saúde tem como objetivo aumentar o acesso do público a esses cuidados, e buscar uma articulação com outras políticas, como assistência social.

- **Visão da Instituição acerca destes usuários:**

CAPS Usina dos Sonhos: Informa não terem diferenciação, e são todos atendidos do mesmo jeito, todos são acolhidos da mesma forma por qualquer profissional da unidade, a única peculiaridade é que os indivíduos em situação de rua não têm um horário certo.

Tendo em vista o uso de substância psicoativa, fazendo com que o sujeito não consiga seguir um horário certo para atendimento, sendo que muitos não têm autonomia para administrar este fator.

CAPS Vila Esperança: Declara que a população em situação de rua são pessoas frutos de toda a precariedade social em que vivemos.

CAPS Belvedere: Aponta que sempre foca no cuidado da doença do sujeito, são todos atendidos do mesmo jeito.

Consultório na Rua: Informa que a instituição tem um olhar de que são pessoas que existem e estão sendo negligenciadas, porque não é fácil estar no local onde eles estão, usando ou não algum tipo de substância química.

- **Discussão de caso com equipes do Serviço de Acolhimento Institucional Abrigo Municipal Seu Nadim e Centro POP:**

Não existe uma agenda permanente com esses dois equipamentos da assistência. Segundo os serviços, as justificativas para essa ausência seriam:

CAPS Usina dos sonhos: Não existe uma agenda permanente com o abrigo e nem com o centro pop, mas de acordo com a necessidade entramos em contato com o centro pop por ser a porta de entrada para abrigo.

CAPS Vila esperança: Não existe, mas foi instituída uma reunião mensal.

CAPS Belvedere: Não existe uma agenda, é feita somente quando há uma necessidade.

CAPS AD – Temos uma discussão mais frequente com o abrigo, estão tentando fazer uma vez por mês, já tiveram três encontros desde de quando assumiu a coordenação, e com Centro POP tentam, mas relatam quem por falta de organização da equipe que a reunião não aconteceu.

Consultório na Rua: já existiu uma agenda, hoje não mais.

Essa articulação seria o elemento essencial na construção de uma rede de atendimento.

- **Aspectos necessários para pautar numa Política Municipal voltada para População em Situação de Rua?**

Segundo respostas das coordenações do CAPS Usina dos sonhos, CAPS Vila Esperança, a ampliação do Centro POP para melhor funcionamento, o aumento de vagas no Abrigo Municipal, e também no quarto de passagem seria o essencial. O município necessita de outro Abrigo, pois o espaço físico não é suficiente. O fato do CAPS participar das abordagens era algo necessário e agora vai começar a acontecer.

CAPS Belvedere: Por trabalhar pouco com esta população, acreditam que a abordagem onde terá um profissional da saúde mental junto terá bons resultados.

CAPS AD – Investimento do governo de forma geral e não só o governo municipal é a rede entender que este paciente é de todos.

Consultório na Rua: É necessário respeitar o direito das pessoas estarem nas ruas, tem uma gestão higienista, direito de ir e vir, e direito dela estar onde quer ficar.

A pessoa em situação de rua se torna, assim, depositário de inúmeros estigmas e visões negativas de uma sociedade egoísta e individualista, há toda uma trajetória de vida e social a ser levada em consideração quando tratamos dessa questão.

- **Pessoas em situação de rua X Estigmas e Exclusão**

CAPS Usina dos sonhos, CAPS Vila Esperança: Informam que as instituições estão sempre discutindo esta questão para que as equipes consigam entender o universo dessas pessoas. Acreditam, que a equipe entenda que é um cidadão e que precisa de cuidados, pois este é o primeiro direito dele como pessoa e a partir dessa estruturação dentro das possibilidades de vida, conseguem buscar outras coisas.

CAPS Belvedere: Primeiro deve identificar o motivo que a pessoa está na rua, trabalhar de acordo com a demanda apresentada.

CAPS AD: Afirma que a construção do vínculo é muito importante, trabalhando o empoderamento, a autonomia e a escuta desses sujeitos e os mesmos se reconhecerem como sujeitos de direitos.

Consultório na Rua: Declara não ferir a constituição, buscando sempre ter estratégias para lidar com a gestão e a hierarquia, não deixando de fazer valer o que está na constituição.

Estes equipamentos sociais na prestação de seus serviços, têm em comum as características necessárias para o objeto da pesquisa como: acolhimento, busca ativa dos usuários, a articulação e o trabalho em rede, oficinas, grupos terapêuticos, atendimento na convivência, atendimento médico, psicológico e do serviço social, a esta população que em geral é esquecida devido a uma percepção preconceituosa que foi desenvolvida e alimentada ao longo da história e que repercute de forma nefasta na proposição, organização e funcionamento dos serviços sociais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população em situação de rua necessita de atendimento em serviços atenção básica de saúde e saúde mental. O Ministério da Saúde (MS), ao eleger como modelo a criação de uma política pública de saúde para a população em situação de rua em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos, assume legitimamente a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS, com a implantação dos Consultórios na Rua (BRASIL, 2012).

De acordo com o MS, observando que as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo, representa-se um desafio a efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade. Frente a este contexto, os Consultórios na Rua (CnaR), instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica, integram o componente de atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB, buscando 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.

Ao abordar a temática das drogas, buscamos a prevenção da saúde através da redução de danos (RD) que é uma política pública de saúde definida pela Portaria nº 1.028 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), que consiste num conjunto de estratégias práticas, voltados para o campo do uso de drogas, que visam reduzir danos desse uso, sejam biológicos, sociais, econômicos ou culturais, sem necessariamente interrompê-lo, não podendo ser confundida com o incentivo ao uso de drogas.

Os Consultórios na Rua lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (BRASIL, 2012, p.13)

Segundo SANTANA (2014), o transtorno mental pode ser um fator que contribui para que a pessoa viva em situação de rua; e se as condições de vida nas ruas colaboram para o aparecimento da doença mental, devemos entender que também contribui para o aparecimento de outros agravos. A dificuldade de acessar os serviços de saúde piora todas essas condições. O foco na saúde mental é essencial, mas outros problemas também devem ser considerados.

Existe uma dificuldade muito grande para o acesso da pessoa que se encontra em situação de rua nos serviços de saúde, mesmo existindo portarias para o tal atendimento esta população se torna depositário de inúmeros estigmas e olhares negativos de uma sociedade egoísta e individualista, que não consegue entender o que não se planeja viver nas ruas e sim, porque existe um contexto em torno da situação de cada indivíduo.

Segundo COSTA (2005, p.14):

Do ponto de vista institucional, a garantia de convivência também é uma tarefa desafiante, ainda mais porque é importante que, nos serviços ofertados, seja assegurada a individualidade e a privacidade. Cada pessoa deve ser tratada tendo por base a sua realidade, com um plano individual de atendimento que seja com ela construído na perspectiva de seu projeto de vida. Ao mesmo tempo, a garantia de convivência deve exercer-se através de trabalhos coletivos, com enfoque em grupos.

Este trabalho, teve, como ponto principal a população em situação de rua e a temática da dependência química, buscando problematizar uma discussão sobre como se dá o atendimento a esta população no CAPS Usina dos Sonhos, CAPS Vila Esperança, CAPS Belvedere, CAPS AD e Consultório na Rua que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Volta Redonda.

No primeiro capítulo foi realizado um debate em torno do surgimento da PRS no Brasil, e foi através da redemocratização do país em 1988, no qual preconizou que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, tornando-se

um marco legal na luta pelos direitos sociais. Através de uma definição da Política Nacional para a População em Situação de Rua ficou definida como um grupo heterogêneo que possui em comum três características, como pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos e a inexistência de moradia. Essa população é constantemente estigmatizada pelas condições sociais que se encontram e principalmente pela dependência química que não é vista pela sociedade como uma doença e sim como uma marca negativa.

No segundo capítulo o foco foi a Saúde mental no Brasil, pautados pela Reforma Psiquiátrica e os serviços da rede substitutiva concretizados pela RAPS. A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Buscamos compreender a Rede de Atenção à Saúde (RAS) que apresenta uma rede de serviços que atende às diferentes demandas de saúde, inclusive os indivíduos com alteração de sua saúde mental, e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinada a 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.

No terceiro capítulo foi apresentado um mapeamento dos serviços disponibilizados pela RAPS na rede de atendimento do município, construído a partir da pesquisa de campo.

Nas entrevistas com as cinco unidades da RAPS, pode-se constatar que a população em situação de rua tem prioridade nos atendimentos, mesmo que sejam demandas espontâneas, ou encaminhados de alguma unidade, como Abrigo Municipal Seu Nadim, Centro POP, e outros serviços da rede, em que são sempre acolhidos pela equipe de plantão.

Este acolhimento é feito por toda a equipe que envolve profissionais como: psicólogos, assistentes sociais, médicos psiquiatras, clínico geral, enfermeiros, cuidadores em saúde, técnicos em reabilitação em dependência química.

Segundo as unidades, a Secretaria de Saúde (SMS) do município vai iniciar um projeto onde todos da saúde mental participarão da abordagem a população em situação de rua, que será articulado com a equipe da assistência social. Acredita-se que esta abordagem, provavelmente irá aumentar a demanda da clientela em situação de rua, para poderem avaliar melhor as pessoas e saberem qual realmente precisam do atendimento da saúde mental.

As unidades entrevistadas realizam reuniões de rede, de equipe, do território, busca ativa e grupo de estudos como estratégias para melhor atendimento e alcance dos direitos dessa população.

Todos os usuários atendidos nas unidades entrevistadas possuem um plano terapêutico individual, no qual o usuário participa na hora da construção desse (PTS), aceitando participar das oficinas ofertadas, consulta psiquiátrica e o atendimento periódico com algum técnico da unidade.

Apesar dos equipamentos terem boa comunicação com o abrigo municipal e Centro POP, eles alegam ter uma dificuldade no acesso aos serviços desses equipamentos como, falta de vagas no acolhimento e no quarto de passagem. Tal fato contrapõe-se ao relatado, segundo o equipamento mencionado, que é um serviço de alta complexidade e em caráter temporário de acolhimento tem a incumbência de proporcionar assistência integral às pessoas adultas e famílias que se encontram em situação de rua, promovendo a reinserção familiar e social, direcionados pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais com a resolução CNAS nº109, de 11 de novembro de 2009, não tendo como abrigar pessoas com transtornos mentais, já que a unidade não dispõe de serviços de saúde e não tendo como atendê-los na sua totalidade e integralidade, podendo assim, descaracterizar os serviços ofertados.

Outra dificuldade relatada é trabalhar a autonomia e saber que este sujeito não vai ser visto na sua totalidade se a equipe não o acompanhar, ele não será atendido como deveria, o estigma e o preconceito está muito presente. Conforme o Consultório na Rua, o usuário só terá acesso aos serviços do Abrigo Municipal caso esteja sendo acompanhado por outro equipamento. Sendo assim, os usuários provenientes do Centro POP, que é a porta de entrada para o acolhimento muitas das vezes não estão inseridos em nenhum equipamento da rede e mesmo assim são acolhidos estando dentro do perfil do serviço.

Tendo em vista que Volta Redonda tem uma ampla Rede de Atenção Psicossocial disponível para atendimento da população em situação de rua, entretanto o município necessita da implantação de uma Unidade de Acolhimento (UA), que são serviços residenciais de caráter transitório (com um tempo de permanência determinado) que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, tem como objetivo oferecer acolhimento e cuidados contínuos de saúde, destinados a pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, maiores de 18 anos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e precisam de acompanhamento terapêutico e proteção temporária, podendo com um tempo de permanência de até seis meses (BRASIL, 2017).

Segundo o Site da Prefeitura, aguarda-se abertura de edital do Ministério da Saúde para a construção de uma Unidade de Acolhimento para adultos no município. Atualmente os casos que necessitam de afastamento do território devido aos riscos e vulnerabilidades associados ao uso indevido de drogas e que se esgotaram as possibilidades de tratamento ambulatorial são encaminhados para as CARES (Centros de Acolhimento Regional – Nova Iguaçu e Santa Cruz) conveniadas a SEPREDEQ (Secretaria Estadual de Prevenção às Drogas do Estado do Rio de Janeiro).

A nova Política de Drogas que está baseada na abstinência no tratamento da dependência química e no investimento em comunidades terapêuticas, representando um retrocesso em relação à política de redução de danos (RD) que vinha sendo desenvolvida no país. Enquanto o programa de redução de danos é

realizado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), contando com uma equipe multiprofissional - psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde, as comunidades terapêuticas são majoritariamente vinculadas a igrejas e organizações religiosas bem como não dispõem de aparato médico. Com esta mudança, a RAPS deverá passar por mudanças para se adequar ao novo modelo de tratamento.

Para finalizar, recomenda-se que os dispositivos da rede busquem uma atuação de forma articulada, objetivando garantir a integralidade da atenção e a intersetorialidade das políticas públicas. Além disso, para que os serviços possam ser efetivados, as parcerias entre os setores precisam ir além da transferência de responsabilidades.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental, Políticas e Instituições: Programa de Educação a Distância/ Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil 3**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003

BARD, Nathália Duarte; ANTUNES, Beatriz; ROOS, Cristine Moraes; OLSCHOWSKY, Agnes e PINHO, Leandro Barbosa de. **Estigma e preconceito**. 2016. Disponível em< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf> Acesso em 28 de agosto de 2019.

BASTOS, Daniel Scheider. **O direito à subsistência em xeque: um olhar sobre a lei dos pobres e o ato de emenda de 1834**. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. história econômica & história de empresas vol. 21 no 1 (2018), 135-173. Disponível em: <file:///C:/Users/ALAN/Downloads/546-Texto%20do%20artigo-2349-1-10-20180705.pdf> Acesso em 04 de maio de 2019.

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

_____. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop SUAS e População em Situação de Rua**. Volume 3. - Caderno Centro Pop.indd 1, 2011. Disponível em:<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf>Acesso em 04 de maio de 2019.

_____. **Movimento nacional da população de rua: Conhecer para lutar, cartilha para formação política**, 2010. Disponível em:<http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf> Acesso em 28 de agosto de 2019.

_____. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. > Acessado em 07 de abril de 2019.

_____. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Ministério da Saúde Reforma Psiquiátrica e política de saúde

mental no Brasil. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em 28 de agosto de 2019.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

_____. Conferência Nacional de Saúde Mental (2. Brasília: 1992) **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. I. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf> Acesso em 28 de agosto de 2019.**

_____. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em 28 de agosto de 2019.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.** Brasília, 2008b. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/2297.pdf>>. Acesso em: 08 de abril de 2019.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas CONSULTÓRIO DE RUA DO SUS,** 2010. Disponível em: <http://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/consultorio_Rua.pdf> Acesso em 28 de agosto de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_Rua.pdf> Acesso em 28 de agosto de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília DF, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em 30 de agosto de 2019.

_____. **Portaria nº 3.088/2011. Ministério da Saúde. 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)**. Republicada em 21 de maio, 2013. Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 30 de agosto de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_dro>

_____. **Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html> Acesso em: 13 de outubro

_____. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 39**). v. 1: **Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. 116 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf> Acesso em: 13 de outubro de 2019

_____. **Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html> Acesso em: 13 de outubro de 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (2010). **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde: Texto preliminar destinado à consulta pública**. Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_320_abordagemssuscrack.pdf> Acesso em: 13 de outubro de 2019.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília,

DF: Ministério da Saúde, 2004b. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html >
 Acesso em: 13 de outubro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>> Acesso em 12 de outubro de 2019.

_____. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas** Brasília, novembro de 2005. Disponível em <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf > Acesso em: 13 de outubro de 2019

_____. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm > Acesso em: 13 de outubro de 2019.

_____. Ministério Público do Paraná. **Decreto nº. 9.761/2019 Nova Política Nacional sobre Drogas – PNAD.** Disponível em: <
<http://www.site.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3282> > 12 de outubro de 2019.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.** Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. Departamento de Gestão do Sistema Único da Assistência Social – DGSUAS. Coordenação-Geral de R Regulação Público Privado – CGRPP. 2019. Disponível em: 17 <
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf > Acesso em: 17 de outubro de 2019.

COSTA, Ana Paula Motta. **População em situação de rua: contextualização e caracterização.** Revista Virtual Textos & Contextos, nº 4, dez. 2005. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/html/3215/321527157003/>> Acesso em 14 de abril de 2019.

PRIBERAM. **Dicionário da Língua Portuguesa (DPLP),** Disponível em:<
<https://dicionario.priberam.org/>> Acesso em 29 de setembro de 2019.

FERREIRA, Wallace; PEREIRA, Beatriz de Souza. **A “nova” política de drogas e o fim da redução de danos como retrocesso.** 2019. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/73925/a-nova-politica-de-drogas-e-o-fim-da-reducao-de-danos-como-retrocesso>> Acesso em: 13 de outubro de 2019.

FERRO, Maria Carolina Tiraboschi. **“Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados.”** In: Revista Direitos Humanos, Nº 08. Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República. Janeiro 2012. Disponível em: <https://www.academia.edu/3703348/Pol%C3%ADtica_Nacional_para_a_Popula%C3%A7%C3%A3o_em_Situa%C3%A7%C3%A3o_de_Rua_o_protagonismo_dos_invisibilizados_National_Policy_for_the_Street_Population_the_protagonism_of_the_invisibilized> Acesso em 14 de abril de 2019.

FURTADO, Erikson Felipe; RONZANI, Telmo Mota. **Estigma social sobre o uso de álcool.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro - RJ, v. 59, n. 4, jan. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/10.pdf>> Acesso em: 27 de maio de 2019.

GIBBS, Camila Cecilia Mascarenhas; AMAZONAS, Leiliane, 2015. **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E POLÍTICAS PÚBLICAS: os limites à efetivação dos direitos na cidade de Manaus.** Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/populacao-em-situacao-de-rua-e-politicas-publicas-os-limites-a-efetivacao-dos-direitos-na-cidade-de-manaus.pdf>> Acesso em 31 de outubro de 2018.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada,** 2004 traduzido por Mathias Lambert <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-114707-001.pdf>

HIRDES, Alice; KANTORSKI, Luciane Prado. **REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: OBJETIVOS, PRINCÍPIOS E VALORES.** R Enferm UERJ 2004; 12:217-21. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a15.pdf> > Acesso em: 13 de outubro de 2019.

IAMAMOTO, M.V. **A questão social no capitalismo.** Temporalis, Brasília, n. 3, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/volta-redonda/panorama>> Acesso em 30 de agosto de 2019

KLAUMANN, Alexandre da Rocha. **MORADORES DE RUA – Um Enfoque Histórico e Socioassistencial da População em Situação de Rua: A Realidade do Centro POP de Rio do Sul/SC**, 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>> Acesso em 14 de abril de 2019.

MEDEIROS, Pollyanna Fausta Pimentel de; GARCIA, Leon de Souza Lobo; KINOSHITA, Roberto Tykanor; SANTOS, Patrícia Santana; HAYASHIDA, Gabriela **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) Eixo Políticas e Fundamentos**, 2017. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf>> Acesso em 28 de agosto de 2019

MENDES, Eugênio Vilaça. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS, 2009**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=315-redes-integradas-para-provision-servicios-salud-experiencia-cataluna5&category_slug=ciclo-debate-redes-integradas-23-9-09-117&Itemid=965> Acesso em 28 de agosto de 2019

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. Rio de Janeiro/São Paulo, Hucitec-Abrasco, 2008.

NETTO, José Paulo. **Cinco Notas a propósito da questão social**. Temporalis 2013 Revista da Associação Brasileira de Ensino e pesquisa em serviço social 2013 ABEPSS .Brasília: Ano II, nº3 2013 Janeiro a Junho de 2004.

NUNES, Maria. **O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CENTRO POP I: Mediação entre o acesso aos direitos e o controle social do Estado**, Porto Alegre, 2016. Disponível em:<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148588/001002990.pdf?sequence=1>> Acesso em: 29 de setembro de 2019

PEREIRA, Camila Potyara. **Rua sem saída. Um estudo sobre a relação entre o Estado e a População de Rua de Brasília. 2008**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade de Brasília, 2008 <<https://docplayer.com.br/15383322-Rua-sem-saida-um-estudo-sobre-a-relacao-entre-o-estado-e-a-populacao-de-rua-de-brasilia.html>>

PINTO, Régia Maria Prado; GONDIM, Antônio Beethoven Carneiro. **Trabalho e População em Situação de Rua: Uma Análise à Luz da Questão Social, 2017**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em:

<<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo1/trabalhoepopulacaoemsituaaoderuaumaanalisealuzdaquestaosocial.pdf>> Acesso em 14 de abril de 2019.

RIBEIRO, Mara Cristina; BEZERRA, Waldez Cavalcante. **A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental.** Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015 set.-dez.;26(3):301-8. Disponível em: <<file:///C:/Users/ALAN/Downloads/89628-Texto%20do%20artigo-199973-1-10-20160212.pdf>> Acesso em: 13 de outubro de 2019

SANTANA, Carmen. **Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800, agosto, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1798.pdf>> Acesso em 26 de outubro de 2019

SUPERAÇÃO - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil, Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento.** MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas Módulo 1 O uso de substâncias psicoativas no Brasil 11ª Edição, Brasília MJC 207 Disponível em:<https://www.supera.org.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Mod1.pdf> Acesso em: 01 de outubro de 2019.

TEODORO, Mirian dos Santos. **A LEI DOS POBRES: um obstáculo ao desenvolvimento do mercado de trabalho assalariado na Revolução Industrial Inglesa. OS DESAFIOS DA ESCOLA PÚBLICA PARANAENSE NA PERSPECTIVA DO PROFESSOR.** PDE Produções Didático-Pedagógicas, 2014. Disponível em:<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernos/pde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_unespar-paranavai_hist_pdp_miriam_dos_santos_teodoro.pdf> Acesso em 04 de maio de 2019

TIENGO, Verônica Martins. **O Fenômeno População em Situação de Rua Enquanto Fruto do Capitalismo.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 17, n. 1, p. 138 - 150, jan./jul. 2018. Disponível em: <[file:///C:/Users/Alan/Downloads/29403-132064-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Alan/Downloads/29403-132064-1-PB%20(3).pdf)> Acesso em 14 de abril de 2019.
Volta Redonda (RJ). **Prefeitura.** 2013. Disponível em:<<https://new.voltaredonda.rj.gov.br/>><http://www.portalvr.com>. Acesso em 26 de agosto de 2019.

YAZBEK, M.C. **Pobreza e exclusão social: expressões da Questão Social no Brasil.** Temporalis, Brasília, n. 3, 2004

7. ANEXOS:

7.1. Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Data: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Instituição: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Volta Redonda – RJ Cep: _____

Telefones: (24) _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Responsável pela Instituição: _____

Entrevistado: _____

Cargo: _____

Está no cargo desde: ____ / ____ / ____

PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS

1) Sexo

2) Idade

3) Etnia/Raça

4) Possui alguma renda?

5) Qual o território

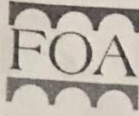
FUNCIONAMENTO INSTITUCIONAL

- 1) Como é a organização institucional no atendimento à população em situação de rua e quais os profissionais da saúde envolvidos nesta ação?
- 2) Quais são os serviços ofertados pelo equipamento e como é seu cotidiano?
- 3) Todos os usuários que procuram o serviço são acolhidos?
- 4) É realizada busca ativa dos usuários no território?
- 5) Existe agenda permanente de encontro com as comunidades da área de abrangência deste serviço?
- 6) Existe, neste serviço, o mapeamento da rede pública socioassistencial?
- 7) Qual a frequência de usuário em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas que procura por este serviço?
- 8) Quais as principais demandas dos usuários em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas atendidos por este serviço?
- 9) Todos os casos são encaminhados de acordo com sua demanda?
- 10) Existem dificuldades para encaminhamento dos usuários em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas ao acesso dos direitos sociais, por este serviço?
Quais são os desafios enfrentados pelos profissionais nos atendimentos?

- 11) Quais as principais estratégias diante das (possíveis) dificuldades encontradas para encaminhamento destes usuários?
- 12) Todos os usuários acompanhados possuem registro no PIA, PTS ou em instrumental semelhante?
- 13) Existe algum trabalho preventivo as drogas? Se sim, especificá-lo.
- 14) Que atividades de reinserção são desenvolvidas para os usuários em situação de rua e uso abusivo/dependente de drogas?
- 15) Existe alguma proposta de intervenção? Se sim, qual/quais?
- 16) A equipe deste serviço realiza reunião técnica semanal?
- 17) Existe grupo de estudos no serviço?
- 18) Qual a visão da Instituição acerca destes usuários
- 19) Existe agenda permanente de discussão de caso com equipes do Serviço de Acolhimento Institucional Abrigo Municipal Seu Nadim e Centro POP?
- 20) Que aspectos você julga necessários para pautar numa Política Municipal voltada para População em Situação de Rua?
- 21) A dependência química é vista como doença?

22) As pessoas em situação de rua convivem constantemente com a não garantia e acesso aos direitos sociais conquistados pela constituição federal de 1988, constituindo-se assim como sujeitos a margem de uma sociedade que exclui e estigmatiza. Como a instituição lida com este enfrentamento?

7.2. Carta de Anuência



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Venho por meio deste, solicitar autorização para a realização da pesquisa: "O atendimento à população em situação de rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): os desafios e as possibilidades", sob minha responsabilidade, conforme folha de rosto para apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa, nos seguintes equipamentos: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Usina dos Sonhos, CAPS – Vila Esperança, CAPS Ad II – Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e outras drogas, CAPS Sérgio Fritsch e Consultório na Rua, na empresa Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda (SMS), CNPJ 36.504.470/0001-30. O objetivo é identificar e analisar como se organiza o trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento à população em situação de rua no município de Volta Redonda.

A coleta de dados será realizada pela estudante Juliana da Silva e será feita através de entrevistas previamente agendadas.

Atenciosamente,

Regina Apareci de Souza
Pesquisador Responsável

De acordo em 30/05/2019

Julio César Othoni de Moura
Chefe de Gabinete
SMS/PMVR

(Nome, cargo / carimbo)

7.3. Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): OS DESAFIOS E AS POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA

Pesquisador: ROZANA APARECIDA DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16150719.3.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.495.553

Apresentação do Projeto:

Este estudo se propõe a identificar e analisar como se organiza o trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento à população em situação de rua no município de Volta Redonda, através de uma pesquisa com uma abordagem qualitativa. Os dados serão coletados através de entrevistas realizadas com a coordenação de 05 serviços de saúde que compõem a RAPS do município.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar e analisar como se organiza o trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento à população em situação de rua no município de Volta Redonda.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: Apenas o constrangimento dos participantes.

Benefícios: Este estudo pretende levantar informações e lançar luz sobre a temática, buscando contribuir na elaboração de um diagnóstico das dificuldades e potencialidades das ações desenvolvidas no âmbito da RAPS, destinadas ao atendimento da população em situação de rua.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa extremamente relevante.

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 3.495.553

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão corretos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto importante e bem estruturado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar ao CoEPS, via Plataforma Brasil, relatórios parcial e final do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1344569.pdf | 04/07/2019 15:01:57 | | Aceito |
| Outros | roteiro2.docx | 04/07/2019 14:50:48 | JULIANA DA SILVA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto2.docx | 04/07/2019 14:45:20 | JULIANA DA SILVA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle2.docx | 04/07/2019 14:23:16 | JULIANA DA SILVA | Aceito |
| Outros | FOLHA_DE_ROSTO_ROZANA_APARECIDA_ASSINADA.pdf | 04/07/2019 10:45:36 | Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca | Aceito |
| Folha de Rosto | folha.pdf | 04/06/2019 18:34:38 | JULIANA DA SILVA | Aceito |
| Outros | carta.JPG | 04/06/2019 16:21:11 | JULIANA DA SILVA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 3.495.553

VOLTA REDONDA, 08 de Agosto de 2019

Assinado por:
Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br

7.4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:

| |
|---|
| Título do Projeto: O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): OS DESAFIOS E AS POSSIBILIDADES NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA |
| Coordenador do Projeto: Rozana Aparecida de Souza |
| Telefones de contato do Coordenador do Projeto: (24) 98818-2329 |
| Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Paulo Erlei A. Abrantes, nº 1325, Prédio 3, sala 5, Três Poços, |
| Volta Redonda, RJ, 27240-560 – Telefone: (24) 3340-8400 – Ramal: 8571 |

Emails: coeps@foa.org.br, Walter.fonseca@foa.org.br, Ursula.amorim@foa.org.br e ana.giosetti@foa.org.br

2- Informações ao participante ou responsável:

(a) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo identificar e analisar como se organiza o trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento à população em situação de rua no município de Volta Redonda/RJ.

(b) Antes de aceitar a participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento.

- ✓ Mapear junto a RAPS de Volta Redonda, quais as estratégias e ações são voltadas para a população em situação de rua.
- ✓ Conhecer os protocolos de atendimento à população em situação de rua, na RAPS.
- ✓ Identificar quais os desafios encontrados pelos profissionais e equipes multiprofissionais da RAPS nos atendimentos a população em situação de rua.

(c) Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento da entrevista você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.

(d) A sua participação como voluntário, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa.

(e) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos:

- ✓ Constrangimento com alguma pergunta;
- ✓ Disponibilização do tempo para realizar a entrevista.

(f) Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo.

(g) Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

(h) Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, _____ de _____ de 20

Participante:
