

**CENTRO UNIVERSITÁRIO “ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO” DE
PRESIDENTE PRUDENTE**

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL NA
SUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA VIVENCIADA PELA POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP**

Cibelle Chagas Ida
Mislaine Acuña
Tamyres Guimarães Silva

Presidente Prudente/SP
2017

**CENTRO UNIVERSITÁRIO “ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO” DE
PRESIDENTE PRUDENTE**

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL NA
SUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA VIVENCIADA PELA POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP**

Cibelle Chagas Ida
Mislaine Acuña
Tamyres Guimarães Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social, sob orientação da
Prof.^a Ma. Sílvia Helena Manfrin.

Presidente Prudente/SP
2017

**A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL NA
SUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA VIVENCIADA PELA POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP**

Trabalho de Curso aprovado como requisito parcial
para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço
Social, sob orientação da Prof.^a Ma. Silvia Helena
Manfrin.

Prof.^a Ma. Silvia Helena Manfrin

Prof. Me./Doutorando Wilson de Luces Fortes Machado

Bel./Pós-Graduanda Andrêssa Gonçalves da Silva

AGRADECIMENTOS

Dedico e agradeço essa conquista primeiramente ao meu Deus e Pai, que me deu força e me motivou em todo tempo, sei que sem Ele nada disso seria possível.

Agradeço ao meu querido esposo Rafael Minoru Conchon Ida, por todo apoio, incentivo e por ter compreendido esse período em que eu não estive tão presente. Obrigada por sempre orar, cuidar e demonstrar seu amor por mim. Eu te amo muito e saiba que você faz parte dessa conquista.

Agradeço a minha mãe Aparecida Donizetti dos Santos, que mesmo de longe me apoiava e afirmava que iria conseguir. Deus não poderia escolher melhor pessoa para ser minha mãe, realmente você é um presente de Deus para mim.

Agradeço aos meus irmãos, sobrinhos e a toda minha família, pelo apoio, oração e por fazerem parte dessa trajetória, amo cada um de vocês.

Agradeço as parceiras de TCC Mislaine Acuña e Tamyres Guimarães, pois sabemos o quão difícil foi chegar até aqui.

Agradeço a minha orientadora e professora Silvia Helena Manfrin, por ter aceitado fazer parte desse trabalho e por ter nos dado suporte. Você inspira todos ao seu redor com seu conhecimento e simpatia.

Enfim, agradeço a todos os professores do Centro Universitário “Antônio Eufrásio de Toledo” pelo conhecimento compartilhado durante esses quatro anos de graduação.

“Tu formaste o íntimo do meu ser e me teceste no ventre de minha mãe. Graças te dou pela maneira extraordinária como fui criado! Pois tu és tremendo e maravilhoso! [...]. Meus ossos não te eram encobertos, quando fui formado ocultamente e tecido nas profundezas da terra. Teus olhos viam meu embrião, e em teu livro foram registrados todos os meus dias; prefixados, antes mesmo que um só deles existisse”.

(Salmos 139: 13-16).

Cibelle Chagas Ida

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar perseverança para continuar o trabalho, que apesar das dificuldades nunca pensei em desistir.

Agradeço a toda minha família, de modo especial minha mãe Martina Acunã, por diversos finais de semana que estive ausente, pela compreensão do meu cansaço psicológico, de chegar em casa e querer dormir (risos).

Agradeço também ao meu namorado Leonardo Correia Lopes pela paciência, pela espera e por sempre me incentivar aos estudos.

Agradeço também pelo campo de trabalho por onde passei durante a minha graduação, sendo uma forma facilitadora para que eu pudesse concluir meus estudos, a compreensão dos meus chefes pela liberação de períodos que precisei me ausentar, Dra. Higeia Cristina Sacoman e Dr. João Paulo Zaggo serei eternamente grata.

Claro que não poderia deixar de agradecer as minhas companheiras Cibelle Chagas Ida e Tamyres Guimarães, pelas manhãs e tardes que ficamos juntas para elaboração do trabalho, agradeço pelos risos, pela hora do café, enfim por tudo.

E por fim, agradeço a nossa orientadora Silva Helena Manfrin pelas orientações para desenvolver o trabalho de conclusão de curso.

“A persistência é o caminho do êxito” (Charles Chaplin)

Mislaine Acuña

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela oportunidade de cursar esta faculdade e por me dar forças para enfrentar os desafios e superá-los.

Agradeço aos professores, do Centro Universitário Toledo Prudente, por todo conhecimento transmitido e por ter me proporcionado uma visão mais crítica do mundo e da vida.

Agradeço, especialmente, à professora Silva Helena Manfrin por ter orientado a construção deste trabalho.

Por fim, agradeço à minha família, amigos e a todos que participaram, direta ou indiretamente, da minha formação. Muito obrigada!

Tamyres Guimarães Silva

Vi ontem um bicho.
Na imundície do pátio
Catando comida entre os detritos.
Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade.
O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.
O bicho, meu Deus, era um homem.

(MANUEL BANDEIRA)

Dedicamos esse trabalho ao nosso querido amigo João, que nos instigou a iniciarmos esse tema, porém por motivos pessoais não pôde concluir esse TCC conosco.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo principal discutir sobre o tema do uso e abuso de substâncias psicoativas de pessoas em situação de rua e a rede de apoio de atendimento existente no município de Presidente Prudente, Estado de São Paulo. Sabe-se que a temática do uso e abuso de substâncias entorpecentes é um assunto envolto em desconhecimentos, preconceitos e julgamentos direcionados aos usuários de drogas, trazendo à discussão esse tema de significativa relevância social. O presente estudo traz um histórico sobre o uso de drogas ao longo da história, uma breve contextualização da rede de atenção aos dependentes químicos e da população de rua. Por fim, foi realizada uma pesquisa de campo com o objetivo de compreender a importância da rede de apoio para essa população. Para a realização e análise desse estudo utilizou-se o método dialético, pesquisa bibliográfica, eletrônica e de campo de caráter qualitativa, bem como a técnica de entrevista semiestruturada.

Palavras-Chave: População em Situação de Rua. Dependentes Químicos.

ABSTRACT

The main objective of this study is to discuss the use and abuse of psychoactive substances of people living in the street and the support network that exists in the city of Presidente Prudente, State of São Paulo. It is known that the issue of use and abuse of narcotic substances is a subject of ignorance, prejudices and judgments directed at drug users, bringing to the discussion this issue of significant social relevance. The present study provides a history of drug use throughout history, a brief contextualization of the network of attention to chemical dependents and the street population. Finally, a field survey will be carried out in order to understand the importance of the support network for this population. For the accomplishment and analysis of this study we used the dialectical method, bibliographic research, electronic and field of qualitative character, as well as the semi-structured interview technique.

Keywords: Population in Situation of Street. Chemical Dependents.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	AS DROGAS AO LONGO DA HISTÓRIA	13
2.1	Breve Contextualização da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas	16
2.2	Política de Saúde	22
2.2.1	Breve trajetória sobre a construção de políticas de saúde voltadas para usuários de álcool e drogas	23
3	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	28
3.1	População de Rua: Visibilidade aos Invisíveis	33
3.2	População em Situação de Rua e Dependência Química	36
3.2.1	Rede de atenção psicossocial e a população em situação de rua	37
4	MAPEAMENTO DA REDE	39
4.1	Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP)	39
4.1.1	Serviço especializado para pessoas em situação de rua	40
4.1.2	Serviço especializado em abordagem social	41
4.2	Serviço de Acolhimento para População em Situação de Rua (SAPRU)	41
4.3	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS III AD)	42
4.4	Ambulatório de Diagnóstico, Tratamento e Triagem para Álcool e Outras Drogas	43
4.5	Casa Tra Noi	44
4.6	Comunidade Terapêutica “Lar Nossa Senhora do Carmo na Providência de Deus”	45
4.7	Comunidade Terapêutica “Lar Santa Terezinha do Menino Jesus na Providência de Deus”	46
4.8	Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI)	47
4.9	Hospital Psiquiátrico Bezerra De Menezes	48
5	A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA O ATENDIMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM SITUAÇÃO DE RUA: OLHARES A PARTIR DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	49
5.1	Procedimentos Metodológicos	50
5.2	Breve Caracterização dos Entrevistados	51
5.3	Profissionais	52
5.4	O Olhar Sobre os Serviços a Partir dos Profissionais que o Compõem	53
5.5	A Importância da Articulação em Rede: A Visão dos Profissionais que Compõem os Serviços	54

6	A SUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA É POSSIVEL: RELATO DE UMA HISTÓRIA DE VIDA.....	58
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
	APÊNDICES.....	77
	Apêndice A – CREAS POP.....	77
	Apêndice B – SAPRU.....	78
	Apêndice C – Demais Instituições.....	79

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso busca discutir sobre a população em situação de rua que vivencia a dependência química e a importância dos serviços existentes no município direcionado a esse segmento da população, bem como a articulação em rede para a superação dessa situação, possibilitando a construção de novos projetos de vida.

A motivação para a presente pesquisa foi o desejo de aprofundar conhecimentos sobre o tema e promover a discussão de um tema de grande relevância social, buscando proporcionar visibilidade a uma população potencialmente invisível, associada a importância do trabalho articulado entre diferentes serviços como forma de potencializar o atendimento aos usuários.

Fizemos um percurso teórico sobre a história das drogas, a formação da população em situação de rua e sobre as Políticas de Saúde e Assistência Social, através de pesquisa bibliográfica e eletrônica.

Concomitantemente, mapeamos os serviços existentes no município de Presidente Prudente/SP, das Políticas de Saúde e Assistência Social, sendo estas as principais políticas para a população em situação de rua que vivencia a dependência química.

Optamos por utilizar para a pesquisa a abordagem qualitativa e para a análise o método dialético, pois possibilita uma visão da totalidade do sujeito.

A pesquisa foi dividida em 06 capítulos. No primeiro capítulo trouxemos um breve histórico e trajetória da droga, até a atualidade, incluindo as redes de atendimento aos usuários.

No segundo capítulo foi explorada a temática da população em situação de rua, sua invisibilidade e a dependência química como uma presença significativa nesse segmento da população.

No capítulo seguinte tratamos da rede de assistência à população em situação de rua e aos dependentes químicos, buscando destacar a importância desses serviços para o amparo dessa população e a superação da dependência química.

Para a compreensão da importância da articulação entre os serviços pesquisados para o atendimento da população já mencionada, foram utilizados os

instrumentais de entrevista e história de vida, sendo realizadas entrevistas com os profissionais que atuam em serviços das Políticas de Saúde e Assistência Social.

Com a finalidade de trazer uma experiência que fosse significativa para o entendimento e exemplificação da importância dos serviços existentes no município para a superação da dependência química e da vivência da situação de rua, realizamos uma entrevista aprofundada, na modalidade história de vida, que possibilitou a compreensão sobre o proposto pelo grupo, demonstrando a importância da atuação conjunta dos equipamentos públicos no atendimento aos usuários como potencializados na superação dessas mazelas.

2 AS DROGAS AO LONGO DA HISTÓRIA

A droga sempre esteve presente na história da humanidade e inserida em diversos contextos, sendo estes religiosos, místicos, terapêuticos, festivos e entre outros, conforme Vargas (2011, p. 2) aponta:

A bem da verdade, se sabe que a droga sempre existiu e esteve sempre presente nos contextos religiosos, místicos, terapêuticos, festivos, entre muitos outros. Destarte, pode se considerar que a história das drogas é uma história inserida dentro da história da humanidade e o passar dos anos tão somente fez variar o papel que essas substâncias desempenham e o uso que se faz delas em cada cultura, a tal ponto que, de práticas sagradas, as drogas passaram a ser vistas hoje como uma epidemia social.

Em função de seus efeitos provocarem diferentes sensações, para algumas tribos, a droga estaria ligada à divindade, ao sobrenatural e, portanto, era venerada.

Além dessa ligação com a divindade era utilizada como remédio, sendo consumida na forma de chás, conforme elucida Lopes (2006, s/p):

Há cerca de 5 mil anos, uma tribo de pigmeus do centro da África saiu para caçar. Alguns deles notaram o estranho comportamento de javalis que comiam uma certa planta. Os animais ficavam mansos ou andavam desorientados. Um pigmeu, então, resolveu provar aquele arbusto. Comeu e gostou. Recomendou para outros na tribo, que também adoravam a sensação de entorpecimento. Logo, um curandeiro avisou: havia uma divindade dentro da planta. E os nativos passaram a venerar o arbusto. Começaram a fazer rituais que se espalharam por outras tribos. E são feitos até hoje. A árvore *Tabernanthe iboga*, conhecida por *iboga*, é usada para fins lisérgicos e em cerimônias com adeptos no Gabão, Angola, Guiné e Camarões.

No Brasil, especificamente na Amazônia, era comum o uso de diferentes substâncias pelos indígenas e seu uso estava ligado ao ato religioso. Segundo Costa, Figueiredo e Cazanave (2005, p. 310) “o chá da Ayahuasca vem sendo utilizado milenarmente por índios da América do Sul, era utilizada como instrumento espiritual e ritual, com extrema religiosidade”.

Ainda falando sobre o uso da Ayahuasca, Shanon (2003, p. 109) nos ensina que:

A Ayahuasca é uma infusão vegetal psicoativa da Amazônia. Tipicamente, provoca poderosas visões, assim como alucinações em todas as demais modalidades de percepção. Essas experiências geralmente se associam

a *insights* pessoais, idéias intelectivas, reações afetivas e experiências espirituais e místicas profundas. Também se observam alterações dos parâmetros básicos da experiência – identidade pessoal, conexão com o mundo exterior, temporalidade e os sentimentos de significação e de noese. No passado, a ayahuasca era um dos pilares centrais de várias culturas tribais da Amazônia.

Após a colonização a maconha foi trazida pelos escravos, conforme Carlini (2006, p. 314) nos relata: “A maconha é uma planta exótica, ou seja, não é natural do Brasil. Foi trazida para cá pelos escravos negros [...]. O seu uso disseminou-se rapidamente entre os negros escravos e nossos índios que passaram a cultivá-la”.

Séculos se passaram desde os primeiros registros do uso de substâncias entorpecentes pelo homem e a droga ainda se encontra presente na sociedade, atualmente de uma forma ainda mais expressiva, promovendo impactos significativos na vida das pessoas e na sociedade como um todo.

O uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas pode atingir homens e mulheres, em diversas faixas etárias e de diferentes classes sociais. Na atualidade existe uma grande variedade de drogas ilícitas presentes no Brasil e no mundo, no entanto, entre as que são mais utilizadas no Brasil, podemos destacar a maconha, a cocaína e o crack, sobre as quais passaremos a discorrer brevemente a seguir.

De acordo com informações do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)¹:

A maconha (haxixe, erva, baseado) é o nome dado a uma planta conhecida cientificamente como *Cannabis sativa*. Em outros países é conhecida por diferentes nomes como: THC, Hashishi, Bangh, Ganja, Diamba, Marijuana, Marihiana. O THC é uma substância química produzida pela planta da maconha, sendo essa a principal responsável pelos efeitos psíquicos da droga no organismo. (OBID, s/a, s/p)

Esta droga é extremamente utilizada no mundo todo e em alguns lugares legalizada, podendo ser consumida através de bolos, cigarros ou ainda em forma de uma pasta, conhecida popularmente como haxixe. Há quem afirme que a maconha não traz prejuízos à saúde, contudo, a psiquiatria nos apresenta o seguinte argumento, através do pesquisador Ronaldo Laranjeira (s/a, s/p):

¹ O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) é um órgão ligado ao Ministério da Justiça, responsável por armazenar dados, estatísticas e indicadores com relação às drogas.

As evidências científicas cada vez mais apontam para uma série de problemas, como perda do rendimento acadêmico, acidentes de carro e aumento de uma série de doenças psiquiátricas como psicose e depressão. Estima-se que 1 milhão de usuários de maconha façam uso diário dessa substância, que são os dependentes”.

Quanto à cocaína, conforme informado pelo OBID, trata-se de “uma substância psico-estimulante extraída das folhas de uma planta originária da América do Sul, popularmente chamada coca (*Erythroxylon Coca*)”, tendo formas distintas de uso, sendo a mais comum aspirada ou injetada. O OBID ainda elucida que a cocaína tem efeito rápido e “pode ser encontrada sob a forma de base, conhecida como crack e merla [...] que por serem pouco solúveis em água [...], são fumadas em ‘cachimbos’ ou cigarros de tabaco ou maconha” (OBID, s/a, s/p).

De todas as drogas citadas, pode-se dizer que o crack possui uma qualidade peculiar, já que seu poder destrutivo é inegavelmente existente. De acordo com Pulcherio, Stolf, Pettenon, Fensterseifer e Kessler (2010, p. 337), “o crack chega ao Brasil e, em 1989, há o primeiro relato de uso na cidade de São Paulo. Na década de 90, o uso da cocaína, incluindo o crack, tem sua escalada em todo o mundo, mas o crack permanece restrito a grupos marginalizados”.

Marques, Ribeiro, Laranjeira e Andrada (2011, p.141) afirmam que “antes de 1989, os levantamentos epidemiológicos nacionais não detectavam a presença do crack. Em 1993, no entanto, o uso em vida atingiu 36% e, em 1997, 46%”.

O crack tem causado impactos gigantescos, não só em quem faz o uso, mas também na família e na sociedade, pois vai aos poucos afastando o dependente do convívio familiar e social, causando debilidade nos vínculos afetivos e sociais. O crack promove alto poder de dependência por sua composição e o acesso é facilitado pelo preço acessível, se comparado às demais drogas. O Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas (OMID) enfatiza que:

No caso do crack e da merla, por terem um efeito de curtíssima duração, provocam um uso repetido numa mesma ocasião, sendo mais frequente que o uso por outras vias de administração. Esse comportamento compulsivo leva o usuário à dependência muito mais rápido que as outras formas de uso de cocaína, e, conseqüentemente, a um custo monetário, de saúde e social muito maiores. (OMID, s/a, s/p)

Vale ressaltar que entre as drogas mais utilizadas no Brasil o álcool ganha destaque, especialmente por ser uma droga lícita, de fácil acesso e que traz

grandes impactos à saúde, podendo causar até a morte de forma direta, pelo consumo ou ainda pelos acidentes que provoca. A Organização Mundial da Saúde nos mostra que esta realidade não é só no Brasil, destacando:

O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo e parece estar relacionado a 3,3 milhões de mortes a cada ano. Desta forma, quase 6% de todas as mortes em todo o mundo são atribuídas total ou parcialmente ao álcool. (OMS, 2014, s/p)

Contudo, a droga não pode ser vista de forma isolada do contexto social, pois nem sempre é a única causa dos problemas sociais, podendo ser consequência das diversas situações de vulnerabilidades e violações de direitos, considerando a subjetividade de cada do sujeito.

2.1 Breve Contextualização da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas

Diante da problemática do uso e abuso das drogas no Brasil, no início do século XX, o Estado começou a desenvolver ações de enfrentamento, porém numa perspectiva proibicionista, adotando uma postura de repressão e criminalização do uso das drogas, com forte influência da política de combate às drogas adotada nos Estados Unidos.

Como nos ensina Alves (2009, p. 2310), “o proibicionismo constituiu-se no alicerce ideológico da política pública sobre drogas nos Estados Unidos”. O proibicionismo foi criado devido ao consumo exacerbado de bebidas alcoólicas, e posteriormente foi ampliado para outras drogas. A autora ainda continua (2009, p. 2310):

O discurso proibicionista, entretanto, não se restringiu à questão do consumo de álcool. Em consequência do aumento do consumo de ópio, os Estados Unidos lideraram a campanha pela supressão gradual do comércio internacional dessa substância [...]. Convenções internacionais foram sendo firmadas para a repressão do comércio e o consumo de drogas – ópio, morfina, cocaína e toda substância que pudesse levar ao uso abusivo. Com grande apelo à adesão das nações, o discurso proibicionista conquistava hegemonia.

Influenciados pelo conceito norte americano, o Brasil adotou uma política de combate às drogas que se limitou o tema ao campo da justiça e da segurança pública, a chamada “Guerra às Drogas”, criando legislações de cunho punitivo, tendo

como objetivo extinguir da sociedade as drogas ilícitas. Machado e Miranda (2007) apud Ronzani, Costa, Mota e Laport (2015, p. 43) explicam que:

Embasados nessa concepção e abordagem ao problema, as leis e os decretos criados ao longo do século XX no Brasil destinaram-se, principalmente, a controlar o consumo de drogas ilícitas através da proibição criminalização do uso e do comércio.

Os autores ainda nos mostram que a medicina começou a influenciar a legislação que tratava sobre dependência química a partir da década de 1970, sofrendo interferência direta da medicina, especialmente da psiquiatria. Com isso, a ideia de doença se tornou forte e contribuiu para reforçar rótulo de doente, bem como caracterizar o usuário de criminoso e incapaz de decidir sobre sua vida, prejudicando sua autonomia e liberdade.

Ronzani, Costa, Mota e Laport (2015, p. 44) pontuam sobre o tratamento aos dependentes químicos ainda na década de 1970:

No Brasil são criados diversos dispositivos para prestar assistência aos usuários de drogas, como, por exemplo, os hospitais psiquiátricos. Estes dispositivos se inserem em um cenário assistencial esvaziado e de difícil acesso, constituindo-se naquele período como único recurso disponível.

Fica evidente que os dependentes químicos eram excluídos do convívio social, inseridos em hospitais psiquiátricos e sujeitos a ações de saúde de cunho repressivo, prevalecendo assim não o “direito à saúde como a garantia de tratamento à dependência de drogas, mas sim a reabilitação criminal do viciado” (ALVES, 2009 apud RONZANI, COSTA, MOTA E LAPORT p. 44).

Em 21 de outubro de 1976 entrou em vigor a Lei 6.368, conhecida como “Lei das Drogas”, que tratou sobre as medidas de prevenção e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes, abordando de forma inédita a questão do tratamento da dependência química, como consta em seu Art. 9º:

As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei”.

§ 1º Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade. (BRASIL, 1976)

A criação desta lei não veio acompanhada de uma estrutura, no que diz respeito à equipamentos públicos para atender a essa demanda, fomentando a criação de clínicas privadas que recebiam dos cofres públicos para a prestação dos serviços:

Como é possível apreender, quando o poder público não dispusesse de unidades para o atendimento aos dependentes químicos na rede pública, os atendimentos poderiam ser realizados em parcerias com instituições privadas. Em função dessa possibilidade legal, foram criadas inúmeras instituições de natureza não governamental como as comunidades terapêuticas e grupos de autoajuda, conforme indicam. (RONZANI, COSTA, MOTA E LAPORT, 2015, p. 44-45)

No entanto, a preocupação do poder público estava relacionada principalmente a questões de punição e repressão, reforçando a ideia de vitimização do usuário e a criminalização do traficante, trazendo para o ordenamento jurídico e no discurso político a guerra às drogas. Nessa direção Garcia, Leal e Abreu (2008, p. 583) analisam:

Essas primeiras décadas do século XX evidenciam que a problemática das drogas no Brasil esteve, em grande parte de sua história, mais conectada às questões de segurança do que às de saúde pública, tendo como enfoque a repressão em detrimento da prevenção.

Brites (2015, s/p) descreve no livro “Drogas no Brasil - Entre a Saúde e a Justiça”, organizado por Vilma Bokany, que na década de 1980 o proibicionismo passou a ser questionado devido à complexidade das questões que envolviam o uso de álcool e outras drogas, incluindo no debate os aspectos econômicos, culturais e políticos que incidiam sobre as particularidades dos indivíduos com as substâncias psicoativas.

Ainda na década de 1980, com a Reforma Psiquiátrica e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolve-se um novo olhar para a questão do uso de álcool e outras drogas, desse modo, passou a ser um problema de saúde pública, indo além das proibições e criminalização.

É pertinente fazer uma referência à Reforma Psiquiátrica brasileira, cujo principal objeto de discussão era a desinstitucionalização do tratamento de pessoas com transtornos mentais, propondo a substituição das internações psiquiátricas por práticas terapêuticas e de cidadania do doente mental, conforme Gonçalves e Sena nos mostram (2001, p. 49-50):

A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental. Tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade.

Embora se tenha muitos caminhos para percorrer, no que diz respeito ao tratamento de pessoas com transtornos mentais ou usuários de drogas, sem dúvida a importância da Reforma Psiquiátrica é notória, já que possibilitou a consolidação de políticas públicas referente a atenção psicossocial à dependentes químicos, como por exemplo, o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

O momento atual é marcado pela consolidação das políticas públicas em torno do modelo de atenção psicossocial de base comunitária, em contraposição ao modelo clássico da psiquiatria, que vê no hospital e no isolamento dos usuários, a principal estratégia de cuidado no campo da saúde mental. Inicialmente, as principais estratégias desse processo de Reforma foram o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Residências Terapêuticas e outras estratégias de reinserção e reparação social. (ASSIS, BARREIROS E CONCEIÇÃO, 2013, p. 585)

De acordo com Alves, (2009); Machado e Miranda (2007) apud Ronzani, Costa, Mota e Laport, (2015, p. 45), nos anos de 80 e 90, foi criado o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), órgão ligado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação de políticas referentes às drogas durante o período de 1980 a 1998. Suas ações contribuíram para a construção de uma rede de serviços aos usuários de álcool e drogas.

O CONFEN foi extinto após a criação da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) em 1998, quando foi iniciada a construção de uma Política Nacional sobre drogas no Brasil. Isso ocorreu após a participação do Presidente da República em uma Assembleia Geral das Nações Unidas, dedicada a combater o problema mundial da droga, aderindo-se então aos "Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas" estabelecidos pelos Estados-membros, reforçando o compromisso político, social, sanitário e educacional, de caráter permanente e no investimento em programas de redução da demanda" (BRASIL, 2002).

As políticas e programas de redução de danos buscam orientar suas ações para minimizar os danos à saúde, bem como sociais e econômicos relacionados ao consumo de drogas, sem necessariamente coibir o seu uso (ALVES, 2009; MACHADO, 2007 apud LIMA, 2013, p. 57).

Assim, estratégias de redução de danos ganham força política, ao proporcionarem uma nova visibilidade à atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde, enfocando as consequências ou efeitos do uso das drogas de maneira realista. (MOTA E RONZANI, 2013 apud RONZANI, COSTA, MOTA E LAPORT, 2015, p. 45).

Esta redução de danos consiste basicamente em abordar o usuário de drogas com o intuito de garantia de direitos, não mais como algo coercitivo:

A estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga". (MACHADO E BOARINI, 2013, p. 585)

A primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) foi instituída no país por meio do Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, visando combater o uso indevido de drogas, pois isto é uma "ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os estados e sociedades" (BRASIL, 2002). A PNAD estabelece no seu Art. 1º os objetivos e as diretrizes para o desenvolvimento de estratégias, prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e a saúde, repressão ao tráfico, etc.

Em 2003 houve um aprofundamento e atualização da PNAD, levando em consideração as transformações sociais, políticas e econômicas do país:

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamento do assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando. (OBID, s/a, s/p).

No ano seguinte, após o Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas e Fóruns Regionais e Nacional, o nome "Política Nacional Antidrogas" foi substituído por "Política Nacional sobre Drogas". De acordo com o OBID (s/a, s/p):

O prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política.

Em 2006 foi aprovada a Lei nº 11.343, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que em seu Art. 1º “prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; Estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes” (BRASIL, 2006).

Com isto, revoga-se as Leis nº 6.368/1976 e 10.409/2002 e, de acordo com o OBID, a mudança na legislação possibilitou o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

Em maio de 2010 foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas através do Decreto nº 7.179, “a fim de possibilitar atenção e cuidado em saúde para os usuários, prevenção ao uso e enfrentamento ao tráfico de drogas” (BRASIL, 2012). Este Decreto determina:

Art. 1º Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

§ 1º As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

§ 2º O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, esporte, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas. (BRASIL, 2010)

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem objetivos para a prevenção do uso, tratamento e reinserção social, visando alcançar não só o dependente químico, mas também a família:

Art. 2º São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas:

I - Estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos

vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua. (BRASIL, 2010)

2.2 Política de Saúde

A Saúde e a Assistência Social são direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988. A Lei nº 8.080/1990 dispõe que a saúde é um direito fundamental, universal e não contributivo de todo cidadão, sendo de responsabilidade do Estado prover as condições necessárias para sua promoção e acesso:

§ “1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990)

O conceito de saúde vai além da ausência de doenças, sendo necessário levar em conta a qualidade de vida do cidadão como produtora de saúde, cujas ações são de responsabilidade do Estado. O Art. 3º da Lei nº 8.080 define como determinantes e condicionantes da saúde o acesso aos bens e serviços, alimentação, trabalho, renda, moradia, educação, saneamento básico, transporte, lazer entre outros, reforçando o que a Organização Mundial da Saúde (OMS) previu em 1946:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.
Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.
A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. (OMS, 1946).

É importante observar que as transformações sociais, culturais, econômicas e políticas ocorridas na sociedade impactam diretamente nos fatores condicionantes e determinantes da saúde. Como já citado anteriormente, as drogas já tiveram ao longo da história um caráter medicinal, religioso, recreativo, entre outros, sendo hoje considerada uma patologia. Desta forma, é preciso identificar os fatores que implicam na questão da saúde e criar ações que a promovam, de acordo com o Art. 5º da Lei nº 8.080:

A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990)

Como já mencionado, o uso e abuso de drogas é um tema de alta complexidade e traz significativas implicações na saúde do usuário e da sociedade. Muitas mudanças foram promovidas na saúde, a partir de lutas de diferentes segmentos da sociedade e que resultaram na construção do SUS e de políticas específicas para o cuidado aos usuários de drogas e álcool. Considerando a natureza deste estudo, passaremos a focar a política de saúde voltada para esse segmento.

2.2.1 Breve trajetória sobre a construção de políticas de saúde voltadas para usuários de álcool e drogas

O uso e abuso de álcool e outras drogas tem implicações que vão muito além das questões relacionadas diretamente à saúde. Estas podem ser de natureza social, psicológica, cultural, política e outras, compondo assim a discussão ampla sobre o tema.

Como mencionado, durante décadas a sociedade brasileira discutiu esta temática pelo viés médico, em especial da psiquiatria, bem como sob a ótica da criminalização e marginalização dos usuários e sua apartação do meio social, seja pela internação em hospitais psiquiátricos ou inclusão em instituições prisionais.

As amplas discussões ocorridas em diferentes segmentos da sociedade relacionadas ao tema da Reforma Psiquiátrica questionando, dentre outras questões os modelos de atenção hospitalocêntrica de atendimentos a pacientes com transtornos mentais e usuários de drogas, acabaram por impulsionar a criação de modelos alternativos de atenção a esse segmento.

Segundo o Portal da Saúde (BRASIL, 2017), o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi inaugurado na cidade de São Paulo em março de 1986 e sua criação vinculou-se ao movimento social de trabalhadores da saúde mental, que denunciavam a precarização dos Hospitais Psiquiátricos, sendo este o único recurso aos usuários com transtornos mentais.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) afirma que o CAPS “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”.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005):

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.

Koda e Fernandes (2007, p. 1456) indicam que o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) foi inaugurado em 1989 na cidade de Santos, Estado de São Paulo, tornando-se o primeiro a substituir o manicômio por serviços territoriais. As autoras ainda relatam que “essa transformação se inicia com a intervenção do poder público municipal no hospital psiquiátrico local, a Casa de Saúde Anchieta, denunciado por várias mortes e maus tratos aos pacientes”.

Conforme dispõe a Portaria SAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992, “os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar”. A mesma Portaria ainda indica que:

Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental [...]. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual. (BRASIL, 1992)

A Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), trazendo em seu Art. 3º a responsabilidade do Estado “no desenvolvimento da Política de Saúde Mental, assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais”, devendo contar ainda com a participação efetiva da família e da sociedade em geral (BRASIL, 2001).

Além de deixar claro as responsabilidades, a Lei 10.216/2001 ainda garante no Art. 2º § Único os seguintes direitos à pessoa que possua algum tipo de transtorno mental:

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

O art. 4º regulamenta dispõe que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Ainda nestes casos o “tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001).

Em 2003, em decorrência do crítico problema de saúde pública pelo uso abusivo de álcool e drogas, foi criada pelo Ministério da Saúde a “Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas”, assumindo “de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários” (BRASIL, 2003, p. 9).

Outro importante avanço legal se deu em dezembro de 2011, com a criação da Portaria nº 3.088, que “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)”. Esta Rede, também conhecida como RAPS, oferece vários serviços referentes à saúde mental de forma integrada, “articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2011).

O art. 2º da Portaria nº 3.088 deixa claro as diretrizes de funcionamento da RAPS:

- I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011)

É de fundamental importância a garantia dos direitos pautados no princípio da dignidade humana, conforme foi possível observar no art. citado acima, pontuando os doze princípios que visam garantir ao usuário o acesso ao atendimento integral de qualidade, sendo necessários objetivos específicos que ficam determinados através art. 4º da referida Portaria.

São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

O art. 5º aponta que a RAPS é constituída por vários componentes, dentre eles a atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção

de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Vale mencionar que a atenção básica em saúde está nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); a atenção psicossocial está nos CAPS; a atenção de urgência e emergência no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), entre outros. Quando nos referimos a atenção hospitalar estamos falando das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais e no 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 e nas estratégias de desinstitucionalização estão os Serviços Residenciais Terapêuticos.

3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Quando falamos sobre população em situação de rua nos referimos às pessoas com diversas singularidades e particularidades, que retratam em comum a extrema pobreza, cuja vivência cotidiana é realizada em espaços públicos e resultantes de situações de extrema vulnerabilidade e risco social.

Vieira, Bezerra e Rosa (2004, p. 93) identificam três situações diferentes com relação à permanência na rua: “ficar na rua”, “estar na rua” e “ser de rua”. De acordo com as autoras, “ficar na rua” refere-se às pessoas que utilizam as ruas como abrigo circunstancial, porém não se identificam como morador de rua e procuram sair logo desta situação. “Estar na rua” é designado para aqueles que recentemente adotaram as ruas para pernoite e começaram a estabelecer relações com outras pessoas de rua, na busca de alternativas de sobrevivência. Por fim, “ser de rua” são pessoas que utilizam as ruas como moradia permanentemente, têm as ruas como hábitat, e desenvolvem um modo de vida próprio além de uma rede complexa de relações.

O que unifica essas situações e permite designar os que a vivenciam como população de rua é o fato de que, tendo condições de vida extremamente precárias, circunstancial ou permanentemente, utilizam a rua como abrigo ou moradia. (VIEIRA, BEZERRA E ROSA, 2004, p. 93)

Trazer à discussão o tema da vivência nas ruas não é algo novo, ao contrário, essa situação de exclusão social sempre esteve presente na sociedade e em diferentes momentos históricos, como será destacado a seguir.

Essa exclusão se intensificou com a Revolução Industrial no processo de transição do modo de produção feudal para o início do capitalismo.

No Feudalismo a economia estava diretamente ligada à agricultura, os possuidores de terras eram considerados soberanos, numa clara hierarquização social. Segundo Netto e Braz (2006, p. 70), no sistema feudal os camponeses eram explorados através do trabalho e pelos inúmeros tributos, contavam com instrumentos de trabalho e retiravam seu sustento do que era produzido, cabendo ao senhor feudal a proteção ao servo.

Os autores ainda destacam que no século XIV a produção, fundamentalmente baseada no regime feudal (cultivo e pecuária), viu-se comprometida, pois as terras estavam esgotadas e não havia como recuperá-las,

somado ao fato de novas terras não apresentavam resultados significativos. Além disso a peste negra assolou a Europa, dizimando aproximadamente um quarto da população e intensificando a exploração do servo pelo senhor feudal.

As lutas entre as classes fundamentais do modo de produção feudal, senhores e servos (proprietários fundiários e camponeses), agudizam-se dramaticamente a partir de então, já que os primeiros, para compensar a redução do excedente econômico de que se apropriavam, trataram de acentuar a exploração dos produtores diretos. (NETTO E BRAZ, 2006, p. 71).

Ainda referenciando esses autores, a luta dos servos conduziu à importantes alterações no regime feudal, do ponto de vista econômico, mediações de natureza mercantil² e penetravam as relações básicas da economia feudal. “Os comerciantes/mercadores no interior da sociedade feudal foram se tornando protagonistas econômicos importantes. Seus interesses chocavam-se com os da nobreza feudal” (NETTO E BRAZ, 2006, p. 74).

Essa expansão dos novos comerciantes foi sendo gradativamente ampliada e impulsionou a criação de uma nova classe social, a burguesia. Seu gradativo fortalecimento representou a extinção do feudalismo e a criação de uma nova ordem social, conhecida como capitalismo.

Netto e Braz (2006, p. 19-20) ainda ressaltam que a Revolução que acabou com o feudalismo foi conduzida pela Burguesia Revolucionária, partindo da premissa de emancipação humana e condução de uma ordem social muito mais livre que a anterior, emancipando os homens nas relações de dependência pessoal existentes no feudalismo e resultando numa nova dominação de classe: o domínio de classe burguesa.

Para que essa expansão da produção mercantil simples desaguasse na produção mercantil capitalista, era necessário um processo específico – era necessário que se constituísse uma classe de homens que pudessem dispor de riqueza acumulada para comprar meios de produção e força de trabalho e uma classe de homens desprovida de tudo, exceto da sua força de trabalho, tornada a seu único bem, agora passível de compra e venda. (NETTO E BRAZ, 2006, p. 20)

² Mediações de Natureza Mercantil: quando a terra começou a ser objeto de transição mercantil. As prestações em trabalho e espécie entre senhores e servos começaram a ser substituídas por pagamento em dinheiro. (NETTO E BRAZ, 2006, p. 71)

Nesse contexto, o camponês, expropriado de sua terra (meios de produção), tem como única forma de subsistência a venda de sua força de trabalho, deixando de ser explorado pelo senhor feudal e passando a ser explorado e subordinado à burguesia.

Os que foram expulsos de suas terras não foram absorvidos pela indústria nascente com a mesma rapidez com que se tornaram disponíveis seja pela incapacidade da indústria, seja pela incapacidade de adaptação repentina a um novo tipo de disciplina de trabalho. (SILVA, 2006, p. 74)

A Revolução Industrial ocorreu na Europa ao longo dos séculos XVIII e XIX, com as modificações nas relações de trabalho promovidas pela ampliação das indústrias e o ingresso de maquinários, alterando significativamente as relações de trabalho, como nos referencia Chaves (2014, s/p): “A substituição das ferramentas pelas máquinas, da energia humana pela energia motriz e do modo de produção doméstico pelo sistema fabril constituiu a Revolução Industrial”. Houve, assim, uma redução dos postos de trabalho, já que as máquinas substituíram grande parte dos trabalhadores, causando desemprego em massa e potencializando o empobrecimento da classe que vivia do trabalho, trazendo o pauperismo para uma parcela significativa da população e promovendo o fenômeno que, hoje, denominamos como população em situação de rua.

Dessa forma, pode-se dizer que essas são as condições histórico-estruturais que deram origem ao fenômeno do pauperismo, no qual se insere, o que hoje se denomina população em situação de rua. Têm como base a expropriação dos produtores rurais e camponeses e a sua transformação em assalariados, no contexto da chamada acumulação primitiva e da indústria nascente. Portanto, o fenômeno população em situação de rua surge no seio do pauperismo generalizado vivenciado pela Europa Ocidental, ao final do século XVIII, compondo as condições históricas necessárias à produção capitalista. (SILVA, 2006, p. 75)

Ainda segundo Silva (2006, p. 75), com o desenvolvimento do capitalismo cria-se uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva, que mantém a oferta de mão de obra e a procura de trabalho em níveis muito mais elevados que a oferta de postos de trabalho, promovendo uma redução significativa de salários, de acordo com as necessidades e interesses de expansão do capital. Dessa forma, os salários eram regulados pelo capital, devido a quantidade expressiva

de desempregados dispostos a trabalhar pelo mínimo oferecido, potencializando o empobrecimento da população.

Deste modo, “a reprodução do fenômeno população em situação de rua ocorre no processo de acumulação do capital no contexto da produção contínua de uma superpopulação relativa, excedente à capacidade de absorção pelo capitalismo”. (SILVA, 2006, p. 75).

Esta situação também se refletia no cenário brasileiro, o que resultou na pauperização nas cidades brasileiras, especialmente após a abolição dos escravos, criando bolsões de pobreza.

No Brasil a abolição da escravidão, ocorrida em 1888, foi fruto da junção de pressões e interesses internos e externos e, como nos ensina Maringoni (2011, s/p), “a abolição não era apenas uma demanda por maior justiça social, mas uma necessidade premente da inserção do Brasil na economia mundial, que já abandonara em favor do trabalho assalariado, mais barato e eficiente”.

No período da abolição os donos dos escravos reivindicaram indenização devido ao prejuízo que teriam ao libertar os negros, sendo assim parte da arrecadação de todo o país foi desviada para o financiamento da imigração.

Os fazendeiros – em especial os cafeicultores – ganharam uma compensação: a importação de força de trabalho europeia, de baixíssimo custo, bancada pelo poder público. Parte da arrecadação fiscal de todo o País foi desviada para o financiamento da imigração”. (MARINGONI, 2011, s/p)

Com a imigração os negros não foram incluídos no mercado de trabalho, visto que os imigrantes representavam uma mão de obra melhor qualificada que os escravos, recém libertos, e recebiam muito menos do que os brancos pela mesma tarefa exercida.

Sendo assim, os ex-escravos ficaram como reservas dos reservas: “Com a abundância de mão de obra imigrantes os ex-cativos acabaram por se constituir em um imenso exército industrial de reserva, descartável e sem força política” (MARINGONI, 2011, S/P).

Sem trabalho e sem-terra, os negros foram abandonados à própria sorte, conseqüentemente a única coisa que lhes restou foram as moradias inapropriadas, em condições desumanas e indignas, como por exemplo, morros, casebres, cortiços, entre outros.

Os ex-escravos, além de serem discriminados pela cor, somaram-se à população pobre e formaram os indesejados dos novos tempos, os deserdados da República. O aumento do número de desocupados, trabalhadores temporários, lumpens, mendigos e crianças abandonadas nas ruas redundam também em aumento da violência. (MARÍNGONI, 2011, s/p)

Muito tempo passou e mudanças sociais aconteceram, contudo ainda hoje os negros e pardos sofrem os reflexos do passado, vivenciando a exclusão no mercado de trabalho e a discriminação, bem como apresentando chances desiguais nos bancos escolares e na ocupação de cargos e funções, constituindo o contingente predominante de pessoas em situação de rua.

Essa afirmação é confirmada pela “Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua” (2009 p. 7), realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Esta pesquisa aponta que 39,1% das pessoas em situação de rua se declararam pardas, declararam-se brancos 29,5%, e negros 27,9%, predominando assim os negros e pardos.

Além da escravidão, as transformações no mundo do trabalho também influenciam no processo de segregação e exclusão social. A década de 1980 foi marcada por profundas alterações no mundo do trabalho, existindo um “grande salto tecnológico, automação, a robótica e a microeletrônica invadiram o universo fabril, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital” (ANTUNES, 2003, P. 15).

Nesse período o Fordismo e o Taylorismo foram substituídos pelo Toyotismo, emergindo “novos processos de trabalho, onde o cronômetro e a produção em série são “substituídos” pela flexibilização da produção, pela especialização flexível” (ANTUNES, 2003, P. 16).

No Toyotismo rompe-se “com a relação um homem/uma máquina que fundamenta o fordismo”, o trabalhador passa a operar várias máquinas, tornando-se um trabalhador polivalente” (ANTUNES, 2003, p. 26). Assim, os direitos do trabalho são flexibilizados e desregulamentados, “estrutura-se a partir de um número mínimo de trabalhadores, ampliando-os, através de horas extras, trabalhadores temporários ou subcontratação, dependendo das condições de mercado” (ANTUNES, 2003, p. 28).

Sendo assim, há uma redução na oferta de trabalho e aumento da mão de obra excedente, gerando o desemprego estrutural e resultando na população em situação de rua.

3.1 População de Rua: Visibilidade aos Invisíveis

A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, tem como princípios fundamentais a cidadania e a dignidade da pessoa humana, contribuindo para uma sociedade livre, justa e solidária, erradicando a pobreza, a marginalização e reduzindo as desigualdades sociais.

O art. 6º da Constituição garante os direitos sociais referentes “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

No que se refere à Assistência Social, a Constituição traz uma nova percepção, tornando-a um direito social de responsabilidade Estatal que, conforme o art. 203, será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social.

Seguindo os avanços referentes à Assistência Social, em 1993 foi criada a Lei nº 8.742, conhecida como Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), estabelecendo que a Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado:

A Assistência Social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993).

De acordo com Araújo (2012, p. 20), no ano de 2005 ocorreu o 1º Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, sendo realizado pelo Governo Federal através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O objetivo foi debater propostas para construção de uma política pública voltada para esse segmento:

Esse Encontro foi o marco inicial para a elaboração da Política Nacional para a População em Situação de Rua e o seu Comitê Intersetorial de

Acompanhamento e Monitoramento³. Foi também o primeiro passo para a identificação da População em Situação de Rua e de sua inserção nas discussões no âmbito das Políticas Públicas (ARAÚJO, 2012, p. 21).

A autora ainda enfatiza que entre 2007 e 2008 foi realizada a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua em 71 municípios brasileiros, a partir de um acordo entre a Organização das Nações Unidas (UNESCO) e o MDS. Esta pesquisa “buscou responder a diversas questões sobre essa população, reunindo dados que possibilitassem a elaboração de uma política voltada para esse segmento da população que é, muitas vezes, invisível ao poder público e à sociedade em geral” (ARAÚJO 2012, p. 25).

Com base na Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, existem 31.922 adultos em situação de rua, equivalente a 0,061% da população dos municípios pesquisados. A maioria desta população é do sexo masculino (82%) e jovem, predominantemente parda e negra (67%). Quanto à formação escolar, 63,5% não concluíram o Ensino Fundamental, 17,1% não sabem ler e escrever e 8,2% apenas assinam o próprio nome. No que diz respeito à ida para a rua, 35,5% referem-se à problemas de alcoolismo e/ou drogas, 29,8% mencionam o desemprego e 29,1% desavenças com familiares.

Atualmente a população em situação de rua ganhou maior visibilidade e conquistou alguns avanços, entre eles a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua - lançada em maio de 2008 - e a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída em dezembro de 2009 através do Decreto nº 7.053.

O Decreto define claramente quem é a população em situação de rua:

Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009).

³ O Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua é formado paritariamente entre governo e representantes da sociedade civil e tem como objetivo construir, acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua tem como princípios a igualdade, a equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, bem como o atendimento humanizado e universalizado e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa.

A promoção dos direitos civis, políticos, econômicos e sociais, a articulação e integração das políticas públicas, a participação da sociedade civil, capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade do atendimento, entre outros, são diretrizes desta Política, sendo de responsabilidade do poder público sua elaboração e seu financiamento.

O art. 7º dispõe sobre os objetivos, que são:

- I - Assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;
- II - Garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;
- III - Instituir a contagem oficial da população em situação de rua;
- IV - Produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua;
- V - Desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos;
- VI - Incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento;
- VII - Implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua;
- VIII - Incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento;
- IX - Proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;
- X - Criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;
- XI - Adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8º;

- XII - Implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;
- XIII - Implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e
- XIV - Disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho. (BRASIL, 2009)

Com base no que foi referenciado, percebe-se um avanço nas políticas públicas, nas legislações e serviços públicos direcionados à população em situação de rua, permitindo e garantindo vários direitos, até então, negligenciados.

3.2 População em Situação de Rua e Dependência Química

A problemática referente a dependência química existe e é extremamente complexa, de um modo especial aos dependentes químicos em situação de rua:

A dependência de álcool e outras drogas levam à fragilidade nos laços familiares e sociais e a dificuldade em manter atividades laborais. A consequência é uma população que lida com condições precárias de vida e acaba recorrendo às ruas como única opção de sobrevivência e de moradia. (MENDES, FILLIPEHARR, 2014, p. 91)

O Ministério da Saúde (2012, p. 73) destaca em seu “Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua”, que “o consumo de drogas está inserido no cotidiano de grande parte das pessoas que estão em situação de rua”, associando esta condição a uma série de outras vulnerabilidades e expondo-os a diversos riscos”. Este órgão Federal ainda aponta que este problema é um grande desafio das equipes de saúde, já que trabalham na diminuição de danos e tais estratégias⁴ tornam-se importantes instrumentos no enfrentamento dessa problemática: “A exigência da abstinência para atendimento e a rigidez na abordagem

⁴ Entende-se por estratégias de redução de danos um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas, sendo utilizadas internacionalmente e apoiadas pelas instituições governamentais brasileiras”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 73)

são duas estratégias contraproducentes para se promover saúde” (BRASIL, 2012, p. 75-79).

Considerando o contexto das pessoas em situação de rua, a abordagem deve passar, necessariamente, pela redução de danos. Os serviços substitutivos de saúde mental, como os CAPS AD, e serviços de urgência e emergência que acolhem usuários de álcool e outras drogas devem se organizar para acolher essas pessoas e articular seus projetos terapêuticos singulares (PTS) com outros pontos da rede setorial e intersetorial [...]. A intersetorialidade é um aspecto-chave do PTS, e deve haver interlocução frequente entre a equipe de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de referência, de forma regular, com os dispositivos da assistência social, do esporte, da cultura e organizações não governamentais. (BRASIL, 2012, p. 75)

Embora a droga esteja inserida de forma significativa na vida da maioria das pessoas em situação de rua, vale ressaltar que nem sempre são as drogas que levam à situação de rua. Muitas vezes é a própria situação de rua que leva à dependência de drogas, conforme Lemos (2016, s/p) nos mostra ao dizer que “o álcool e os entorpecentes fazem parte da realidade das ruas como opção para tornar mínimos a fome e o frio, ou como componente de socialização”.

3.2.2 Rede de atenção psicossocial e a população em situação de rua

O Ministério da Saúde considera que as pessoas em situação de rua estão expostas a diversos fatores, contribuindo sua situação de vulnerabilidade e prejudicando diretamente a saúde, como por exemplo, a “dificuldade de acesso a políticas públicas, alimentação incerta e pouca disponibilidade de água potável, privação de sono e afeição e a dificuldade de adesão a tratamento de saúde” (BRASIL, 2015).

Como dito anteriormente, em 2009 foi criada a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que tem como um dos seus objetivos “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde entre outras” (BRASIL, 2009).

A Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, criada em 2008, foi instituída para “orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos” (BRASIL, 2008). Esta Política estabelece diretrizes que possibilitam a reintegração dessas pessoas a suas famílias e a comunidade, bem

como o acesso a direitos. No que se refere a Assistência Social, vale mencionar os seguintes avanços:

- Estruturação da rede de acolhida, de acordo com a heterogeneidade e diversidade da população em situação de rua [...];
- Inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único do Governo Federal para subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas sociais;
- Inclusão de pessoas em situação de rua e no ⁵Benefício de Prestação Continuada e no Programa Bolsa Família, na forma a ser definida;
- Promoção de novas oportunidades de trabalho ou inclusão produtiva em articulação com as políticas públicas de geração de renda para pessoas em vulnerabilidade social”. (BRASIL, 2008)

No que se refere à questão de saúde, destaca-se:

- Garantia da atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais;
- Fortalecimento das ações de promoção à saúde, a atenção básica, com ênfase no Programa Saúde da Família sem Domicílio, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população;
- Fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e o acesso aos Centros de Atendimento Psicossocial [...];
- Apoio às iniciativas de ações intersetoriais que viabilizem a instituição e manutenção de Casas de Apoio ou similares voltadas para pessoas em situação de rua, em caso de alta hospitalar, para assegurar a continuidade do tratamento;
- Incentivo à produção de conhecimento sobre a temática saúde desta população e aos mecanismos de informação e comunicação. (BRASIL, 2008)

Trazendo estes avanços para a nossa realidade, foi necessário conhecer mais sobre a Rede Socioassistencial voltada para a População em Situação de Rua da cidade de Presidente Prudente, e no capítulo a seguir serão apresentados os dados coletados.

⁵ O Benefício da Prestação Continuada (BPC) é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. Para ter direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo vigente”. Fonte: Site Previdência Social.

4 MAPEAMENTO DA REDE

No município de Presidente Prudente a Rede Socioassistencial voltada para a População em Situação de Rua que vivencia a dependência química é composta pelos seguintes serviços:

- Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP);
- Serviço de Acolhimento para População em Situação de Rua (SAPRU);
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS III AD);
- Ambulatório de Diagnóstico, Tratamento e Triagem para Álcool e Outras Drogas;
- Casa de Acolhimento Tra Noi;
- Comunidade Terapêutica “Lar Nossa Senhora do Carmo na Providência de Deus”;
- Comunidade Terapêutica “Lar Santa Terezinha do Menino Jesus na Providência de Deus”;
- Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI);
- Hospital Psiquiátrico “Bezerra de Menezes”.

Para maior compreensão dos serviços, passaremos a discorrer sobre cada um deles abaixo.

4.1 Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP)

O “Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua” (Centro POP) é uma unidade pública estatal que oferta serviço especializado “para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência” (BRASIL, 2013, p. 40).

O Centro POP de Presidente Prudente oferta dois serviços, sendo o “Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua” e o “Serviço Especializado em Abordagem Social”.

O público atendido por estes serviços são pessoas maiores de dezoito anos, que especificamente utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou

sobrevivência. As formas de acesso são por busca espontânea, através do Serviço Especializado em Abordagem Social ou por encaminhamento de outros serviços. (BRASIL, s/a, s/p).

Nos casos dos usuários que são dependentes químicos, quando estes buscam o serviço no equipamento, ou quando são abordados através do serviço especializado em Abordagem Social, a equipe faz a sensibilização para que os mesmos aceitem o tratamento e, posteriormente, são realizados encaminhamentos para a saúde. Além disso, a equipe faz acompanhamento nesse processo para garantir que tenha mais efetividade no tratamento.

O Centro POP de Presidente Prudente localiza-se na rua Siqueira Campos, nº 1068 e o telefone para contato é o: (18) 3223-8273.

4.1.1 Serviço especializado para pessoas em situação de rua

O “Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua” pertence à Política de Assistência Social e compõe a Proteção Social Especial de Média Complexidade (BRASIL, s/a, s/p).

Conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2013, p. 36), este serviço tem como objetivo garantir o “atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida”.

No Centro POP são realizados “atendimentos individuais e coletivos, oficinas e atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivem o protagonismo e a participação social das pessoas em situação de rua” (BRASIL, s/a, s/p).

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2013, p. 40), o Centro POP “deve promover o acesso a espaços de guarda de pertences, de higiene pessoal, de alimentação e provisão de documentação”.

Os profissionais que atuam no Centro POP são: Assistente Social, Psicólogo, Orientadora Jurídica, monitores e equipe de apoio.

4.1.2 Serviço especializado em abordagem social

O “Serviço Especializado em Abordagem Social” ocorre “de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa” (BRASIL, 2013, p. 31). Este serviço é específico para a população em situação de rua, porém, quando são identificadas outras demandas no território são realizadas orientações e encaminhamentos necessários.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), “o serviço deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos” (BRASIL, 2013, p. 32).

Muitas vezes é com a equipe de abordagem que os usuários formam o vínculo primário, oportunidade na qual a equipe sensibiliza, explica e orienta sobre o serviço especializado. Inúmeras vezes o atrativo inicial é a alimentação e o banho, até chegar no atendimento com equipe técnica e formar um vínculo com esta.

Em alguns casos, quando os usuários não vão até o serviço, o técnico vai com a equipe de abordagem fazer o atendimento, para não os deixar sem o acesso ao serviço.

4.2 Serviço de Acolhimento para População em Situação de Rua (SAPRU)

O “Serviço de Acolhimento para População em Situação de Rua” (SAPRU) é um equipamento da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, que oferta acolhida “para pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de autosustento” (BRASIL, 2013, p. 45).

O SAPRU possui equipe multidisciplinar constituída por coordenador, psicólogo, orientador jurídico, assistente social, nutricionista e equipe de apoio. Os técnicos atendem de segunda à sexta feira, porém o serviço funciona 24 horas.

Atualmente a instituição dispõe de 52 vagas, sendo 40 masculinas e 12 femininas. O tempo de permanência é de 06 meses, porém pode ser antecipado ou prolongado, de acordo com o Plano Individual de Atendimento realizado pela equipe técnica.

O equipamento pode ser acessado por busca espontânea ou por encaminhamento do CREAS POP, do Serviço Especializado em Abordagem Social e também pelos demais serviços.

A pessoa em situação de rua que se encontra em dependência química também é acolhida, nesse caso é realizado um trabalho articulado com a Política de Saúde, ou seja, o sujeito, primeiramente, realiza tratamento e, após, é acolhido no SAPRU.

O SAPRU de Presidente Prudente está localizado na Rua Napoleão Antunes Ribeiro Homem, 431 – Fundos, Jardim Marupiara. O telefone para contato é (18) 3223-6252.

4.3 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS III AD)

O “Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III” (CAPS III AD) é descrito pelo site “Observatório Crack, é possível vencer” (s/a, s/p) como um serviço público de saúde, “específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas”.

O CAPS III AD de Presidente Prudente funciona desde 2007, com equipe multiprofissional formada por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, educador físico, farmacêutico, técnico de enfermagem, entre outros.

O serviço funciona 24 horas por conta dos leitos, e os atendimentos com a equipe técnica ocorrem das 07:00 às 19:00 horas, sendo o atendimento ao público das 07:00 às 17:00 horas.

O acesso ao serviço pode ser através de busca espontânea ou por encaminhamento de diversos serviços disponíveis em Presidente Prudente. No caso específico da população em situação de rua que vivencia a dependência química é realizada busca ativa em parceria com o Centro POP.

O equipamento oferta consulta médico-psiquiátrica, psicoterapia individual e grupal, terapia ocupacional, oficinas de artesanato, grupos de meditação, grupos de atividades esportivas, orientação social, entre outros. Além disso, o serviço possui 08 leitos para desintoxicação, cuja permanência é de até 15 dias; identificada pela equipe o perfil e a necessidade do paciente de um tempo maior de isolamento, este pode ser encaminhado para uma das comunidades terapêuticas.

A periodicidade dos atendimentos e/ou grupos é realizada de acordo com as necessidades do paciente. No início o tratamento é mais intensivo, decorrido maior tempo de abstinência e fortalecimento do indivíduo, o tratamento pode ser mais espaçado, de acordo com as indicações do técnico.

O CAPS AD de Presidente Prudente fica localizado na Rua dos Ipês Roxos, 432-526 - Núcleo Bartholomeu Bueno de Miranda e o telefone para contato é (18) 3907-6753.

4.4 Ambulatório de Diagnóstico, Tratamento e Triagem para Álcool e Outras Drogas

No Ambulatório Médico de Especialidades (AME) do Hospital Regional de Presidente Prudente (HR) no período noturno, entre as 19:00 e 22:00 horas, funciona o “Ambulatório de Diagnóstico, Tratamento e Triagem de Álcool e Outras Drogas”.

De acordo com o site da Associação e Fraternidade São Francisco de Assis na Providência de Deus (s/a, s/p), trata-se de “um centro de atendimento para dependentes químicos que procuram se libertar do vício”. O trabalho é realizado por equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social e outros (HR, s/a, s/p).

Para acessar o serviço não é preciso encaminhamento ou agendamento prévio, sendo um serviço de porta aberta⁶, permitindo assim que todas as pessoas tenham a possibilidade de serem atendidas. Não existe busca ativa, mesmo quando o paciente abandona o tratamento, os pacientes são orientados e/ou encaminhados para esse serviço através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS e outros, contabilizando uma média de atendimento diária de aproximadamente 50 pessoas.

Segundo o site do HR (s/a, s/p), o tratamento pode ocorrer de forma ambulatorial ou de forma intensiva, através de internação. Os atendimentos ambulatoriais podem ser realizados individualmente ou em grupo e, no caso da internação, o usuário permanece em acompanhamento ambulatorial até que a vaga nas comunidades terapêuticas seja liberada.

⁶ Portas abertas é um conceito trazido a partir da perspectiva de desinstitucionalização e remetem a serviços hospitalares que mantêm prontos-socorros e ambulatórios com funcionamento 24 horas onde a população pode ser atendida imediatamente, de acordo com a capacidade local (GASTÃO, 2005, s/p).

A população em situação de rua que vivencia a dependência química chega ao serviço acompanhada pelo Centro POP, porém, quando buscam espontaneamente o ambulatório, são encaminhadas para o Centro POP para atendimento das demais demandas que apresentam.

O AME funciona no HR de Presidente Prudente, localizado na rua José Bongiovani, 1291, Cidade Universitária. O contato pode ser feito através do telefone (18) 3918-9850.

4.5 Casa Tra Noi

A Casa de Acolhida “Estrela da manhã Estela Del Mattino” é um projeto da Associação Tra Noi de Presidente Prudente, de cunho filantrópico e sem fins lucrativos, inaugurada em 16 de maio de 2016. O serviço é destinado a dependentes químicos do sexo masculino, que estão com vínculos familiares rompidos e sem moradia.

Segundo o site “Movimento TRA NOI” (s/a, p. 05), Tra Noi significa “entre nós”, sendo um movimento de origem Italiana e ligado à Igreja Católica, criado pelo Padre Sebastião Plutino na década de 1949, com o objetivo de acolher os necessitados.

A Casa Tra Noi, de acordo com o site da instituição, recebe doações da associação Tra Noi da Itália, além de contribuições de pessoas físicas e jurídicas do município e região. Possui capacidade para acolher 10 pessoas e o tempo de permanência é de até 6 meses.

A equipe que faz o atendimento e acompanhamento aos usuários é composta por assistente social, psicóloga, nutricionista e terapeuta ocupacional. A condição para permanecer na casa é a participação do grupo de apoio do Ambulatório de Álcool e Drogas do AME, estar em abstinência e, caso isso não ocorra, o usuário é convidado a se retirar.

O serviço localiza-se na rua Antenor Gonçalves, nº 261, Vila Euclides, e o telefone para contato é (18) 3903-7865.

4.6 Comunidade Terapêutica “Lar Nossa Senhora do Carmo na Providência de Deus”

De acordo com o site “Observatório Crack, é possível vencer” (s/a, s/p), comunidade terapêutica refere-se ao conceito de “Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas.

A Associação “Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus” (s/a, s/p) é uma entidade filantrópica cristã, que não possui fins lucrativos, sendo mantida por “doações e convênios com o Governo Municipal, Estadual e Federal”

Os pacientes chegam à comunidade para internação ou tratamento encaminhados a partir do Ambulatório de Álcool e Drogas (AME) do HR de Presidente Prudente, após a realização de triagem pela equipe multiprofissional.

A comunidade terapêutica “Lar Nossa Senhora do Carmo na Providência de Deus” foi criada em 2010 pela Associação “Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus”, com o objetivo de “acolher, e tratar os dependentes químicos, ajudando-os a recuperarem a dignidade e a cidadania roubada pela droga”. (ASSOCIAÇÃO E FRATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, s/a, s/p).

O serviço é destinado a dependentes químicos do sexo masculino que “chegam à comunidade com autoestima muito baixa, forte crise de identidade, vínculos familiares rompidos e falta de perspectiva para o futuro” (ASSOCIAÇÃO E FRATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, s/a, s/p).

O trabalho é realizado por equipe técnica multiprofissional, composta por psiquiatra, terapeuta ocupacional, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. O serviço é vinculado à Igreja Católica e, dessa forma, “além da dimensão física e psíquica, o tratamento contempla a dimensão espiritual, para que o paciente redescubra a sua fé” (ASSOCIAÇÃO E FRATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, s/a, s/p).

Ainda de acordo com o site, durante o processo de recuperação são realizadas palestras, grupos e oficinas terapêuticas como: marcenaria, serralheria, horta, jardinagem, que ajudam a resgatar o sentido necessário à construção e/ou

reconstrução de sua identidade, trabalhando suas capacidades, potencialidades, qualidades, direitos e deveres como cidadãos, visando reconduzi-los à sociedade com novos princípios. (ASSOCIAÇÃO E FRATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, s/a, s/p). Além disso, a equipe também faz acompanhamento com a família dos pacientes. O tratamento do paciente é dividido em quatro ciclos, contendo 33 dias aproximadamente cada ciclo.

A comunidade terapêutica “Lar Nossa Senhora do Carmo na Providência de Deus” fica localizada na Estrada Córrego da Paca, s/n, Vila Rural e o telefone para contato é o (18) 99180-9344.

4.7 Comunidade Terapêutica “Lar Santa Terezinha do Menino Jesus na Providência de Deus”

O “Lar Santa Terezinha do Menino Jesus na Providência de Deus” foi fundado em 2010, também pela Associação “Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus”. De acordo com o site da Instituição, trata-se de “uma comunidade terapêutica gratuita para recuperação de adolescentes e adultas do sexo feminino dependentes de álcool e drogas” (ASSOCIAÇÃO E FRATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, s/a, s/p).

Ainda segundo o site:

As dependentes chegam à comunidade com autoestima muito baixa, forte crise de identidade, vínculos familiares rompidos, pouca ou nenhuma noção de disciplina e higiene e falta de perspectiva para o futuro. A degradação atingida pelo vício é muito intensa para as mulheres, que muitas vezes se prostituem para alimentar a dependência. (ASSOCIAÇÃO E FRATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, s/a, s/p)

Referido site ainda aponta que na comunidade são atendidas adolescentes a partir de 12 anos de idade e mulheres, sem distinção de cor, raça, condição social, crença política ou religiosa, encaminhadas pelos Ambulatórios de Álcool e Outras Drogas ofertados pela Associação (s/a, s/p).

O trabalho realizado é desenvolvido por equipe multidisciplinar, composta por monitores, educador físico, psicólogo, psiquiatra e assistente social.

As formas de acesso são através de encaminhamentos do ambulatório (AME), devido à necessidade de desintoxicação. Atualmente há 23 pacientes sendo atendidas pela comunidade, dentre elas 20 adultas e 3 adolescentes.

O tratamento é dividido em quatro ciclos, sendo que, ao final de cada ciclo, as pacientes voltam a seus lares a fim de fortalecer os vínculos familiares fragilizados ou rompidos em função dos comportamentos promovidos pela dependência química. Cabe ressaltar que os familiares também são acompanhados pela equipe.

O “Lar Santa Terezinha do Menino Jesus na Providência de Deus” fica localizado na rua Antônio Rodrigues, s/n, Montalvão e o telefone é (18) 99197-6159.

4.8 Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI)

De acordo com o site do HR de Presidente Prudente (s/a, s/p), o Polo de Atenção Intensiva de Saúde Mental (PAI) funciona 24 horas e atualmente conta com “14 leitos para internação e observação de pacientes que apresentam alguma urgência ou emergência psiquiátrica” [...], ofertando a “assistência necessária com quatro serviços básicos, dentre eles: Ambulatório de Especialidades Psiquiátricas, a Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral (Enfermaria), a Emergência Psiquiátrica e o serviço de Interconsulta Psiquiátrica” (HR, s/a, s/p).

As formas de acesso são por encaminhamentos ambulatoriais ou pelo sistema CROSS⁷, e a média de internação é de sete dias.

A unidade é composta por equipe multiprofissional, sendo eles psiquiatras, psicólogo, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, terapeuta ocupacional e assistentes sociais.

O serviço funciona no HR de Presidente Prudente, localizado na rua José Bongiovani, 1297, Cidade Universitária e o telefone para contato é (18) 3229-1500.

⁷ Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (Grifo Nosso)

4.9 Hospital Psiquiátrico Bezerra De Menezes

O site da Associação Assistencial “Adolpho Bezerra de Menezes” (2013, s/p) informa que a instituição foi fundada há mais de 50 anos, caracterizada como “uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, responsável por diversos serviços na área da assistência social, saúde e educação”, dentre eles, o Hospital Psiquiátrico Bezerra De Menezes”.

O Hospital é uma unidade de Saúde Mental e atende também dependentes químicos, com a finalidade de promover a desintoxicação do paciente. Via de regra o dependente fica internado por um período que varia de 15 à 21 dias, podendo ser prolongado em casos judiciais ou a critério médico.

O acesso aos serviços prestados pelo Hospital é feito através do sistema CROSS ou por ordem judicial. A instituição funciona 24 horas e a equipe técnica trabalha das 07:00 às 16:00 horas. As equipes são compostas por médicos clínicos e psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionista e assistentes sociais.

Ainda segundo o site da instituição (2013, s/p) “para manter o trabalho a entidade conta, além de convênios governamentais, com o apoio da comunidade a partir de doações”.

O Hospital Bezerra de Menezes fica localizado em Presidente Prudente na Estrada Bezerra de Menezes, Km 01. O telefone para contato é (18) 3902-4111.

5 A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA O ATENDIMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM SITUAÇÃO DE RUA: OLHARES A PARTIR DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

A rede socioassistencial consiste na articulação entre os serviços da Política de Assistência Social com as demais políticas públicas, bem como com os serviços ofertados pelas Organizações Não Governamentais (ONGs). Como afirma a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2013 p. 07), esta rede “indica a conexão de cada serviço com outros serviços, programas, projetos e organizações dos Poderes Executivo e Judiciário e organizações não governamentais”.

Gonçalves e Guará (2009, p. 01) afirmam que “articular-se significa sobretudo fazer contato, cada um mantendo sua essência, mas abrindo-se a novos conhecimentos, à circulação das ideias e propostas que podem forjar uma ação coletiva concreta na direção do bem comum”. Ainda segundo os autores (2009, p. 06) “as redes se organizam em processos horizontais, ou seja, não pressupõem uma hierarquização”.

A articulação da rede socioassistencial viabiliza a garantia de direitos e a proteção social através do acesso as diversas políticas públicas, permitindo aos profissionais superar os limites impostos pelas instituições e tendo como objetivo atender o usuário integralmente.

Cabe ainda mencionar que, conforme disposto na LOAS (1993), para a efetivação de seus objetivos é necessário que a Política de Assistência Social atue de forma integrada e articulada às demais políticas sociais setoriais, objetivando atender às demandas apresentadas por seus usuários. Ainda neste sentido, Yasbek (2014, p. 97) menciona o que é pressuposto para a Assistência Social:

O provimento dos ‘mínimos sociais’, cuja garantia exige a realização de um conjunto articulado de ações, envolvendo a participação de diferentes políticas públicas e da sociedade civil e que [...] não podemos esquecer que o sujeito alvo das políticas sociais não se fragmenta por suas demandas e necessidades que são muitas e heterogêneas. Estamos tratando das condições de pobreza e vulnerabilidade que afetam múltiplas dimensões de vida e de sobrevivência dos cidadãos e de suas famílias.

Essa definição pode ser estendida ao atendimento prestado aos diferentes segmentos da população, levando em consideração o fato de que mesmo que este público vivencie situações de vulnerabilidade coincidentes é preciso

considerar a individualidade e particularidade dos sujeitos atendidos, bem como de suas demandas.

5.1 Procedimentos Metodológicos

Para a construção da presente pesquisa, após trilhar um percurso teórico trazendo elementos que pudessem fundamentar a discussão envolvendo a temática do uso de drogas, população de rua e a importância da rede socioassistencial, devidamente articulada para o atendimento deste segmento da população e na intenção de aprofundar a pesquisa, realizamos uma pesquisa de campo em instituições voltadas para o atendimento da população de rua que vivencia a dependência química, buscando compreender a importância da articulação desses serviços, a partir do olhar dos profissionais que neles atuam.

Para a exploração de campo foram pesquisados dez serviços nas áreas de Saúde e de Assistência Social. Cabe esclarecer que inicialmente foram abordados os serviços que atendem direta ou indiretamente a população em situação de rua e, a partir de diálogos estabelecidos com os profissionais técnicos, outros serviços também foram sendo incluídos.

Nos diferentes serviços que participaram da pesquisa, utilizamos como instrumental a entrevista que, de acordo com Minayo (2014, p. 261), “é um instrumento utilizado para orientar uma conversa com finalidade”. Vale destacar ainda que as entrevistas foram realizadas com os profissionais das áreas técnicas, que são: Assistentes Sociais, Psicólogo e Monitora.

Com a intenção de acessar o universo das pessoas que vivenciaram a dependência química associada à situação de rua e, compreender, de uma forma mais aproximada, a importância que os serviços públicos locais podem representar para pessoas com essas demandas, utilizamos como instrumental a história de vida.

A história de vida aqui destacada é utilizada em consonância ao entendimento de Minayo (2014) que a coloca como uma modalidade de entrevista, prolongada, propiciando uma interação entre o pesquisador e a pessoa pesquisada, possibilitando a emergência de lembranças e conteúdos centrados a partir de um determinado tema:

[...] é um instrumento privilegiado para se interpretar o processo social a partir das pessoas envolvidas na medida em que se considerem as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e através delas. (MINAYO, 2014, p.127)

Os serviços da saúde cujos profissionais foram entrevistados são: o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS III AD; o Ambulatório de Álcool e outras Drogas; a Comunidade Terapêutica “Lar Nossa Senhora do Carmo” na Providência de Deus; a Comunidade Terapêutica “Lar Santa Terezinha”; Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI) e Hospital Psiquiátrico Bezerra De Menezes.

Os serviços da Assistência Social são: Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP); Serviço de Acolhimento para População em Situação de Rua (SAPRU) e Casa Tra Noi.

Cabe ainda mencionar que foi utilizada a pesquisa qualitativa, que conforme referencia Neves, possibilita um contato direto do pesquisador com o objeto estudado.

A pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente não emprega instrumental estatístico para análise dos dados; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. Nas pesquisas qualitativas, é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados. (NEVES, 1996, p. 01)

O método utilizado na pesquisa foi o método dialético que, de acordo com Zago (2013, p. 109), apresenta-se “em oposição ao pensamento de senso comum”, possibilitando e propondo “compreender a ‘coisa em si’, construindo uma compreensão da realidade que considere a totalidade como dinâmica e em constante construção social”.

5.2 Breve Caracterização dos Entrevistados

Neste item serão brevemente apresentadas as características dos profissionais entrevistados e a história de vida de um dependente químico em abstinência, que superou a dependência com apoio dos serviços.

Vale ressaltar que foram pesquisados 10 serviços, tanto na área de saúde como na área de Assistência Social.

Conforme dispõe na tabela abaixo.

TABELA 1: Entrevistados

PESQUISADOS	QUANTIDADE
Profissionais	10
História de vida	01
TOTAL	11

Fonte: Autoras

5.3 Profissionais

Dentre os 10 profissionais entrevistados, 8 são assistentes sociais. O assistente social é o profissional que “concluiu o curso de Serviço Social, devidamente reconhecido pelo MEC e possui inscrição no Conselho Regional de Serviço Social” (CRESS, 1993, s/p)

Ainda conforme nos referencia o CRESS (1993, s/p), o assistente social:

Realiza estudos e pesquisas para avaliar a realidade social, além de produzir parecer social e propor medidas e políticas sociais;
Planeja, elabora e executa planos, programas e projetos sociais;
Presta assessoria e consultoria as instituições públicas e privadas e, também, aos movimentos sociais;
Orienta indivíduos e grupos, auxiliando na identificação de recursos e proporcionando o acesso aos direitos sociais;
Realiza estudos socioeconômicos com indivíduos e grupos para fins de acesso a benefícios e serviços sociais;
Atua no magistério de Serviço Social e na direção de unidades de ensino e Centros de estudos.

O CRESS ainda ressalta alguns princípios fundamentais que o assistente social deve seguir, dentre eles:

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo;
Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento profissional. (CRESS, 1993, s/p)

Outro profissional entrevistado foi o psicólogo que, segundo as Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil (1992, s/p), atua “dentro de suas especificidades profissionais no âmbito da educação, saúde, lazer, trabalho, segurança, justiça, comunidades e comunicação com o objetivo de promover, em seu trabalho, o respeito à dignidade e integridade do ser humano” (CRP, 1992, s/p).

Por fim, foi entrevistada uma monitora que compõe a equipe de Abordagem Social e que possui ensino superior. Conforme a Resolução nº 09, de 18 de abril de 2013 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), a equipe do Serviço de Abordagem deve ser composta por “no mínimo 3 (três) profissionais e que pelo menos 1 (um) desses seja de nível superior” (CNAS, 2013, s/p).

5.4 O Olhar Sobre os Serviços a Partir dos Profissionais que o Compõem

O propósito da presente pesquisa está voltado para a temática do uso e abuso de substâncias psicoativas de pessoas em situação de rua, bem como a importância da articulação entre os serviços do município existentes para atendimento desse segmento da população, a partir do olhar dos profissionais que atuam nesses equipamentos públicos.

Para o alcance do proposto, buscou-se compreender, por pesquisas e informações prestadas pelos entrevistados, como são as ações cotidianas destinadas a esses usuários, se são realizadas articulações entre os serviços e com quais equipamentos que eles mais se articulam.

5.5 A Importância da Articulação em Rede: A Visão dos Profissionais que Compõem os Serviços

Como já mencionado nos procedimentos metodológicos, algumas entrevistas não foram utilizadas nesta pesquisa, já que alguns profissionais não concordaram em gravar as entrevistas, enviando as respostas por e-mail. Vale ressaltar ainda que durante a análise das entrevistas percebeu-se que nem todas as questões realizadas foram respondidas, seja por falta de clareza ou pela incompreensão dos profissionais.

Ao serem questionados sobre o que pensam da articulação entre os serviços em rede, os profissionais expressaram entendimentos diversos sobre a articulação entre os serviços, mas trouxeram pensamentos aproximados ao atribuírem importância a essa questão. Abaixo serão apresentadas as repostas de alguns dos profissionais entrevistados.

O Profissional 1 - Assistente Social - salienta a importância do trabalho em rede no pós-tratamento e a necessidade do acompanhamento desse usuário dentro do território, de modo que promova a restauração e o fortalecimento dos vínculos familiares, bem como o retorno ao mercado de trabalho e a reinserção social:

Como profissionais sabemos o quão importante é a articulação entre a rede de serviços, uma vez que o tratamento de um dependente químico não se encerra com sua alta melhorada. [...] ele necessita retornar ao convívio social, isto significa, retomar os vínculos muitas vezes perdidos em seu grupo familiar, o retorno ao mercado de trabalho, que nem sempre é tão simples, uma vez que parte deste paciente, ficaram fora do mercado de trabalho por muitos anos. Sendo assim, podemos salientar a importância do trabalho em rede, principalmente no pós-tratamento, no acompanhamento de cada paciente dentro de seu território para que haja esta reinserção social. Toda rede básica e especializada é importante para o atendimento do dependente químico. (PROFISSIONAL 1 – ASSISTENTE SOCIAL)

O Profissional 2 - Assistente Social - aponta na mesma direção, enfatizando que o tratamento não se encerra no serviço, sendo de suma importância identificar as diversas demandas trazidas pelos usuários e articular com os serviços e as políticas necessárias:

A articulação é de suma importância, porque o tratamento não termina aqui, porque aqui eles ficam cinco, seis, sete meses e tem alta, mais não termina aqui, vamos identificando todas as demandas e vamos articulando com outros serviços. [...] Articulamos com CAPS AD, AME e outras políticas quando há a necessidade. (PROFISSIONAL 2 – ASSISTENTE SOCIAL)

A Profissional 3 – Monitora - reforça a importância do trabalho realizado em rede, trazendo outros elementos importantes em suas considerações ao mencionar as diferentes demandas dos usuários e a necessidade de atendê-las através de políticas públicas como Saúde e Assistência Social:

A população em si precisa da Política de Saúde, precisa trabalhar em rede, cada município tem uma realidade, hoje o nosso perfil é pessoa em situação de rua que tem uma dependência, se tem uma dependência é uma doença, a gente entende que a política de saúde e a política de assistência precisam se conversar muito [...] a articulação é muito importante, primordial. Porque o

usuário traz muitas demandas. São acionados serviços das demais políticas públicas dependendo das necessidades da pessoa aí são encaminhados para unidade que for necessário ou até outras unidades da Assistência Social, onde mais encaminhamos é para o serviço de acolhimento e serviço de saúde, AME e CAPS, demanda muito grande e específica da droga e álcool. (PROFISSIONAL 3 – MONITORA)

Bem sabemos que a articulação com os serviços é importante para o atendimento integral aos usuários dos serviços, no entanto, a partir da instituição em que o profissional exerce sua atividade, em função dos serviços nela prestados, atribuindo maior importância para determinados serviços. Outra questão agregada é a importância da articulação dos serviços existentes no território, sendo uma condição para romper com a dependência. O Profissional 4 - Assistente Social - considera que “a articulação é extremamente importante, principalmente com o CAPS, que dá um suporte para o paciente lá fora”. O Profissional 5 – Psicólogo - acredita que:

A articulação com a rede é fundamental [...] a questão da dependência abrange a questão do território, eu pelo menos enxergo dessa forma, a vida do paciente não é no CAPS, o CAPS é um lugar onde ele se beneficia de alguns serviços, a vida dele é no território, e existem os serviços, então articular com os serviços é fundamental [...] a articulação com rede é uma condição para romper com a dependência. Tem paciente que tem perfil para a comunidade terapêutica, que é uma permanência maior [...] se o paciente aceita, a gente articula com a comunidade a permanência dele [...]. A questão dos moradores de rua a gente vem tendo uma parceria muito legal com o CREAS POP e com o serviço de acolhimento, a gente tem conversado muito e a ideia é que a gente otimize e potencialize as ações. Serviços socioassistenciais, saúde, educação, enfim toda abrangência [...] A gente se toca o tempo todo na rede independente de um ser política de saúde e o outro de assistência, a gente está muito próximo. (PROFISSIONAL 6 – PSICÓLOGO)

O Profissional 5 - Psicólogo - ainda menciona a importância da articulação entre os serviços da Política de Saúde e os serviços da Política de assistência no trabalho, realizado com a população em situação de rua que vivencia a dependência química.

Outro elemento que o mesmo entrevistado agrega a sua contribuição é a categoria território, repetindo aqui suas palavras: “a questão da dependência abrange a questão do território, eu pelo menos enxergo dessa forma, a vida do paciente não é no CAPS, o CAPS é um lugar onde ele se beneficia de alguns serviços, a vida dele é no território”.

Para falarmos do território, lugar em que vive o sujeito, Dirce Koga (2011, p. 33) afirma que ele:

Representa o chão do exercício da cidadania, pois cidadania [...] onde se concretizam as relações sociais, as relações de vizinhança e solidariedade, as relações de poder. É no território que as desigualdades sociais tornam-se evidentes entre os cidadãos, as condições de vida entre moradores de uma mesma cidade mostram-se diferenciadas, a presença/ausência dos serviços públicos se faz sentir e a qualidade destes mesmos serviços apresentam-se desiguais.

Nessa direção, Yasbek (2014) nos ensina sobre a necessidade de o sistema de proteção atuar de forma integrada e articulada para atender às demandas dos usuários dos serviços, colocando essa estratégia intersetorial para o enfrentamento de situações geradas por condições multicausais, como é o caso da dependência química.

A autora discute essa questão da ação articulada entre diferentes serviços, a partir do conceito de intersetorialidade:

A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à Proteção Social, à inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas. Supõe a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Envolve a agregação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns e deve ser princípio orientador da construção das redes municipais". (YASBEK, 2014, p. 98)

De fato, assim como posto por Yasbek (2014), os profissionais entrevistados, cada um a seu modo e a partir do lugar que ocupa profissionalmente, tem o entendimento da necessidade da integração das ações.

Através do entendimento apresentado pelos entrevistados é possível afirmar que a articulação entre os serviços e as políticas otimiza e potencializa as ações, possibilitando a oferta de uma gama de serviços à população que dele necessita, potencializando as possibilidades de superação da dependência química e a construção de novos projetos de vida.

Para além do entendimento dos profissionais postos na presente pesquisa, como forma de ilustrar de maneira sensível e humana as asperezas vivenciadas por uma pessoa dependente química, trazemos a seguir um relato de um entrevistado sobre sua vivência como dependência química de álcool, bem como a importância dos serviços públicos a ele ofertados para a construção de um outro projeto de vida, sempre em construção.

6 A SUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA É POSSÍVEL: RELATO DE UMA HISTÓRIA DE VIDA

Este capítulo tem por objetivo apresentar um pouco da história do Sr. José, narrando diferentes momentos de sua história e iniciando a partir de sua vivência no núcleo familiar, posteriormente sua inserção no mundo das drogas e a importância dos diferentes serviços públicos na superação da dependência química, no caso, o alcoolismo.

O entrevistado inicia relatando que:

Nasci no Mato Grosso, minha infância não foi boa, fui desprezado pelo meu pai, perdi minha mãe com um ano e meio de idade, aí fiquei com meu pai e avó e uma tia, com sete anos fui desprezado por eles, passei a conviver com o patrão do meu pai em um sítio, aí comecei a ser bem tratado.

Foi possível apreender do relato inicial do Sr. José que embora tenha nascido em família nuclear, formada pelos pais e familiares, as relações familiares parecem não ter sido capazes de promover sua proteção, passando a conhecer relações de afeto ao ser incluído em outra família, no caso, a do patrão de seu pai que o acolheu aos sete anos de idade.

Vários autores discutem a associação entre os vários tipos de violência (física, negligência, abuso sexual, etc.) vivenciadas na infância e o uso de álcool e drogas na vida adulta.

De acordo com dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)⁸, realizado em 2014 pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pessoas que foram vítimas de violência na infância ou na adolescência tem um risco duas vezes maior de se tornarem usuárias de drogas.

Ainda de acordo com o estudo, 21,7% da população brasileira sofreu algum tipo de abuso na infância e, quando falamos de pessoas usuárias de álcool esse percentual é elevado para 45,7%, subindo para 47,5% entre aqueles que fazem uso de maconha e 52% em relação aos usuários de cocaína.

Dando continuidade ao seu relato, Sr. José avança no tempo e traz

⁸ O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas é um levantamento domiciliar de representatividade nacional sobre os padrões de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas na população brasileira (INPAD, 2014)

elementos sobre outros períodos de sua vida, que seria o início de seu comprometimento com o uso de álcool. As privações afetivas vivenciadas na infância parecem ter provocado rebatimentos na sua vida adulta. Ele relata que passou a viver sozinho ainda na adolescência, enfrentando certamente uma série de infortúnios, posteriormente constituiu matrimônio e o relata como uma experiência difícil e de sofrimentos:

Com 16 anos sai pro mundo, eu vim para o estado de São Paulo minha vida não era boa mas também não era ruim, a minha vida piorou depois do casamento, casei com 21 anos e separei depois de 8 anos de casamento, nesse período que estava casado, eu trabalhava e ai ia para cidade beber, isso era praticamente todos os dias.

É possível inferir que nesse período de vida ele já estava, de certa forma, dependente do uso de bebida alcóolica, sem que isso implicasse em prejuízos na realização de suas tarefas cotidianas, ao menos em seu ponto de vista, mesmo consumindo álcool diariamente.

De fato, o consumo de bebidas alcóolicas é amplamente incentivado socialmente, inclusive através da mídia, associando via de regra o uso do álcool à socialização com amigos, sucesso amoroso e financeiro.

No entanto, a mesma sociedade que fomenta e estimula o uso do álcool de forma moderada, discrimina o consumo excessivo, causando uma dificuldade na compreensão do alcoolismo como uma doença.

Outro fator que dificulta a compreensão e reconhecimento do alcoolismo como doença também pode estar associado ao aparecimento de prejuízos pessoais, seja na saúde ou nas relações interpessoais, além dos prejuízos profissionais causados pela ingestão de álcool. Por vezes esses prejuízos podem ser percebidos após longo período de abuso do álcool.

Fui para a rua aqui na região de Presidente Prudente, fiquei 45 dias morando na rua, eu experimentei a maconha, mas não fiquei dependente, acho que pinga fazia mais efeito. [...] comecei a beber mais mesmo depois da separação.

Foi no município de Presidente Prudente/SP que o Sr. José ficou em situação de rua, alegando que o principal motivo foi a separação de seu primeiro casamento. Certamente o uso de álcool e seus prejuízos tiveram uma significativa

contribuição para esta situação, não apenas da separação, mas de sua desorganização pessoal, culminando com a vivência nas ruas:

Tem cinco anos que sai da rua, quem foi atrás de mim foi a casa de passagem (referindo-se ao Serviço de Acolhimento para População em Situação de Rua – SAPRU⁹, me levaram embora para me internar, mais eu não quis ser internado não, só que aí pedi o apoio de Deus.

Observa-se aqui o quão necessário é a Abordagem Social, pois dificilmente este indivíduo ou outra pessoa que se encontre em situação análoga à sua iria procurar espontaneamente um serviço público, sendo de extrema importância o serviço de abordagem, ir até a população que se encontra em situação de rua.

Vale destacar que durante as entrevistas realizadas com os profissionais, foi levantada a necessidade da implantação dos “consultórios de rua” no município. Os consultórios de rua são de extrema importância, pois os multiprofissionais fazem abordagem ativa e qualificada, o que possibilita a superação da dificuldade enfrentada pela população em situação de rua de acessar os serviços.

O Sr. José ainda acrescenta:

Acabei aceitando ser internado, eu fiquei no Bezerra, meu prazo era de 45 dias, mais eu pedi para ficar mais um pouco, fiquei 90 dias. [...] foi Deus que me libertou e me colocou onde eu estou hoje. Eu não faço tratamento, mas para não ter recaída vou uma vez no mês no CAPS para pegar o remédio, mas eu vou voltar pra lá porque meu psiquiatra já me conhece (referindo-se ao tratamento).

Nesse relato podemos perceber a importância dos diferentes serviços envolvidos nessa tarefa. A aproximação com o Sr. José, feita a partir de uma busca e de um trabalho de sensibilização para o tratamento, resultando na internação para o processo inicial de desintoxicação e posteriormente sua vinculação ao CAPS, onde é acompanhado por um psiquiatra no tratamento medicamentoso e com quem parece ter se vinculado: “ele já me conhece”. Ele reconhece ainda a necessidade de acompanhamento mais aproximado dos demais profissionais, uma vez que manifesta sua pretensão de retornar ao serviço.

Hoje eu sou aposentado, recebo benefício da assistência, (está se referindo ao Benefício de Prestação Continuada – BPC) tenho problema na vista sério,

⁹ Segundo informações obtidas no SAPRU, nessa época o serviço realizava busca ativa.

estou esperando transplante. Casei novamente, tenho um filho, e muitos netos, os netos é desse atual casamento.

A história de vida do Sr. José demonstra que a superação da dependência química - ainda associada à vivência em situação de rua - é possível, mas não se realiza de forma isolada, já que foi preciso o apoio de diferentes serviços, iniciado pelo SAPRU através de sua abordagem e sensibilização, envolvendo diversos serviços da rede municipal, seja para internação, para o período posterior, além de outros serviços na concessão de benefícios sociais e no amparo para a reconstrução de sua cidadania e da construção de novos projetos de vida.

Isso nos remete a pensar sobre a necessidade da potencialização dos serviços públicos direcionados a esse segmento da população, seja na ampliação dos serviços e também na capacitação de profissionais para o exercício dessa difícil tarefa.

Somente a partir da oferta de serviços públicos de qualidade, como vimos na história narrada pelo entrevistado, que histórias como essa não sejam apenas relatos isolados, mas uma possibilidade concreta para resgate da cidadania e construção de projetos de vida.

O Sr. José conseguiu reconstruir sua vida e casou-se novamente, teve filhos e tem netos. Uma história a ser contada e recontada e multiplicada pela ação concreta de políticas públicas efetivas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir uma pesquisa não é tarefa fácil e, para o nosso grupo não foi diferente. A ideia inicial contagiou a todos, levando o grupo a querer investigar essa temática. Contudo, a vida nos reserva surpresas e, ao tratar sobre dependente químico em abstinência, observamos a olho nu um querido colega sucumbir às drogas, sinalizando para a existência de inúmeras fragilidades inerentes ao ser humano, bem como a necessidade de constante vigilância e apoio dos serviços para a manutenção da abstinência do consumo de substâncias químicas.

Essa situação fez com que o grupo vivenciasse vários momentos, desde a expectativa de breve recuperação e reintegração do amigo ao grupo até o entendimento que isso não seria possível. A rota foi refeita, não sem dores e alguns prejuízos, mas com aprendizados que serão agregados a vida de todos, cada um a seu modo.

Voltando à pesquisa, foi possível compreender diante do percurso feito que a droga sempre esteve presente na sociedade, sendo utilizada para diferentes fins e tratada pela sociedade e pelo serviço público, seja de saúde ou de segurança, de diferentes formas, de acordo com o período vivenciado.

No Brasil, os indígenas a utilizavam para fins religiosos e medicinais, o que hoje também vem sendo debatido na sociedade sobre o uso de determinadas drogas para o controle de doenças, assunto que divide opiniões, mas que não é o objeto da nossa pesquisa.

Atualmente, o uso de drogas vem sendo muito mais expressivo e impactante na vida das pessoas e da sociedade, trazendo rebatimentos significativos para a vida em sociedade, contribuindo, segundo vários estudos, para o aumento da criminalidade e de pessoas encarceradas.

Como exposto, as drogas mais utilizadas no Brasil são o álcool, a maconha, a cocaína e o crack. Dentre elas se destacam o álcool e o crack, a primeira, pelo grande poder de expansão por ser uma droga lícita, de acesso fácil e até mesmo ter seu uso estimulado socialmente, inclusive pela mídia, promovendo efeitos nefastos e a segunda, pelo grande número de usuários que vem alcançando devido ao preço acessível, provocando danos significativos em nível pessoal e social pelo seu alto poder destrutivo.

Com o avanço dos problemas associados ao uso abusivo de álcool e drogas, o Estado passou a desenvolver formas de enfrentamento, inicialmente numa perspectiva proibicionista, de repressão e criminalização do uso.

Posteriormente as políticas foram sendo influenciadas pelo discurso médico, patologizando o uso de drogas e promovendo a exclusão do dependente do convívio social, pela via da internação. Os dependentes que antes cumpriam penas em prisões passaram a receber tratamento em hospitais psiquiátricos.

Subsequentemente, o proibicionismo passou a ser questionado devido à complexidade das questões que envolviam as drogas. Após a Reforma Psiquiátrica, movimento que buscava a desinstitucionalização do tratamento de pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos, as drogas passaram a ser consideradas um problema de saúde pública.

Como apresentado, a partir de 1998 foi iniciada a construção de uma “Política sobre Drogas no Brasil”, na perspectiva de redução de danos e buscando minimizar os danos à saúde, ainda que o uso de determinadas substâncias ainda seja considerado crime e não levando à prisão.

A primeira “Política Nacional Antidrogas”, criada em 2002, tinha como objetivo desenvolver estratégias de prevenção, tratamento e reinserção social com base na redução de danos e repressão ao tráfico, sendo substituída em 2003 pela “Política Nacional Sobre Drogas”.

Em 2011 foi criada uma “Rede de Atenção Psicossocial”, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Ao longo do tempo e de acordo com o pensamento dominante em cada período, foram ocorrendo as várias alterações nas ações referentes às drogas, mudando da perspectiva proibicionista para a redução de danos, resultando na construção de políticas públicas de saúde específicas ao cuidado do usuário, refletindo diretamente nas ações postas ao atendimento aos usuários até a presente data.

Como parte da pesquisa foi preciso compreender também o universo das pessoas em situação de rua, apreendendo que esta é uma população composta por pessoas que tem em comum histórias de dor e sofrimento e de extrema pobreza, que utilizam as ruas como espaço de moradia e sobrevivência, vivenciando a situação de vulnerabilidade e risco social.

O fenômeno da população de rua, como descrito na trajetória por nós trilhada, se iniciou na transição do feudalismo para o capitalismo, no qual o camponês foi expropriado de suas terras e passou a ter como única forma de subsistência a venda da sua força de trabalho.

Sucessivamente, a substituição pela força humana pelas máquinas, na Revolução Industrial, causou desemprego em massa, trazendo a pauperização da população que vive do trabalho, resultando na formação da população em situação de rua.

No Brasil a exclusão dos ex-escravos do mercado de trabalho, após a abolição e a substituição destes pela mão de obra dos imigrantes, foi responsável pela formação da população em situação de rua no país. Esse passado se reflete até hoje, sendo a maioria da população em situação de rua constituída por pardos e pretos.

Posteriormente, as transformações no mundo do trabalho influenciaram o processo de exclusão social, com a flexibilização e precarização das relações e condições de trabalho, trazendo desemprego estrutural e mão de obra excedente, resultando numa grande massa excedente para o capital, empobrecida, constituindo na população em situação de rua.

Na contemporaneidade a população em situação de rua vem ganhando visibilidade e conquistando alguns avanços, entre eles a “Política Nacional para População de Rua”, que tem como objetivo assegurar o acesso aos serviços e programas das diversas políticas públicas e a reintegração dessas pessoas nas famílias e comunidades.

O presente trabalho está ancorado em dois temas principais: a população que vivencia a situação de rua e a dependência química, uma junção dos dois fenômenos.

Como amplamente citado no percurso da pesquisa, a Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico no que tange aos direitos sociais, ao agregar como princípios fundamentais a cidadania e a dignidade da pessoa humana, com objetivo de construir uma sociedade justa, erradicando a pobreza e reduzindo as desigualdades.

Dentre as diversas políticas públicas previstas na Constituição Cidadã, o destaque vai para a Seguridade Social, composta pela Saúde, Assistência Social e Previdência. Destas, são as Políticas de Saúde e Assistência Social as mais

acionadas no atendimento à população que vivencia a situação de rua e a dependência química.

Trazer esses dois grandes temas para o trabalho, drogas e população em situação de rua, foi necessário para compreender que existe um entrelaçamento entre ambos, para o entendimento do objeto pesquisa que está direcionado para a importância da articulação dos serviços socioassistenciais no atendimento da população em situação de rua, a partir dos olhares dos profissionais que atuam nos diferentes serviços ofertados a esse público no município de Presidente Prudente/SP.

Nessa direção, o propósito agrega ainda compreender a importância desse trabalho intersetorial no atendimento aos sujeitos que necessitam do acesso a essas políticas como sujeitos em sua totalidade.

O objetivo do trabalho foi analisar a importância dos serviços na superação da dependência química e da articulação, como forma de promover o acesso destes usuários aos equipamentos existentes no território e de superar as limitações e as fragmentações dos serviços, atendendo o sujeito em sua totalidade.

O mapeamento realizado possibilitou conhecer os serviços existentes no município voltados às principais demandas da população que vivencia a situação de rua e a dependência química, bem como eles se articulam para o atendimento dessa população.

A partir da pesquisa de campo, na qual entrevistamos alguns profissionais da rede envolvidos nos serviços mencionados, foi possível conhecer o fluxo de atendimento, a quem se destina o serviço e desvelar a opinião dos profissionais sobre a necessidade de articulação entre estes serviços.

Por fim, na tentativa de acessar o universo de quem vivenciou as duas grandes questões aqui abordadas, trouxemos uma história de vida. É pertinente mencionar que o acesso à vida de uma pessoa que vivenciou, em sua história, a desproteção familiar e social, evidenciando o sofrimento humano de quem não tem perspectivas de vida, ou as tem de forma reduzida, potencializadas pela dependência química e pela vivência em situação de rua, avivando para o grupo de pesquisadoras a relevância dos serviços públicos na superação da dependência de álcool e drogas, já mencionados com clareza pela fala dos profissionais entrevistados.

Nunca saímos de uma pesquisa como entramos nela. Hoje saímos mais amadurecidas e conhecedoras dos temas aqui pesquisados, sabendo que ainda teremos muito a pesquisar e descortinar. Todavia essa trajetória, iluminada pela

pesquisa de campo com a explanação dos profissionais que atuam no cotidiano, nos trouxe o entendimento e a convicção que a articulação entre os serviços existentes no município é fundamental para atender os usuários na totalidade das demandas por eles apresentada e, a partir desse trabalho intersetorial, possibilitar condições concretas de atendimento ao cidadão, podendo criar condições para a superação da dependência química e a saída da vivência nas ruas. Certamente esse entendimento se espraia para o atendimento a outras demandas apresentadas pelos usuários do trabalho do assistente social, independente dos espaços ocupacionais que este ocupa.

Por fim, não há como deixar de mencionar o momento atual que vivemos em relação ao desmonte de políticas públicas, numa visão crítica da realidade, a lei que limita o teto dos gastos públicos, o encolhimento dos serviços socioassistenciais, enfim, direitos garantidos em lei estão sendo claramente destruídos, o que rebaterá diretamente nos usuários da Política de Assistência Social e de outras políticas, como Saúde, Educação, Habitação. Desta forma, podemos dizer que todos seremos alcançados por essa opção política do país, atingindo e rebatendo diretamente na população mais vulnerável. Fica aqui o registro que é de extrema importância a organização e a luta na defesa dos nossos direitos e dos nossos usuários, na tentativa de recuperar direitos e ampliá-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas:** Discursos políticos, saberes e práticas. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. Escola Estadual de Saúde Pública, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Salvador, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11): 2309-2319, Nov, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>. Acesso em 15 de abril de 2017.

ANTUNES, Ricardo. **Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho.** 9º Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ARAUJO, Valéria de Fátima Chaves. **Política Nacional para a População em Situação de Rua:** Breve Análise. Natal – RN, 2012. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/dpp/gpp/TCC/2012/arquivos_downloads/ARAUJO,%20Valeria_Pol%C3%ADtica%20Nacional%20para%20A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua.pdf. Acesso em 13 de maio de 2017.

ASSIS, Jaqueline Tavares de; BARREIROS, Graziella Barbosa; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. **A internação para usuários de drogas:** diálogos com a reforma psiquiátrica. Rev. Latinoam Psicopat. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n4/07.pdf>. Acesso em 17 de abril de 2017.

ASSOCIAÇÃO ASSISTENCIAL ADOLPHO BEZERRA DE MENEZES. **Institucional.** Disponível em: <http://www.associacaobezerra.com.br/institucional>. Acesso em 09 de agosto de 2017.

ASSOCIAÇÃO E FRATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDÊNCIA DE DEUS. **Ambulatório de Presidente Prudente.** Disponível em: http://www.franciscanosnaprovidencia.org.br/associacao/nossasobras_detalhes/51/Ambulat%C3%B3rio-de-Presidente-Prudente. Acesso em 02 de setembro de 2017.

_____. **Lar Santa Teresinha do Menino Jesus na Providência de Deus.**

Disponível em:

http://www.franciscanosnaprovidencia.org.br/associacao/nossasobras_detalhes/13/Lar-Santa-Teresinha-do-Menino-Jesus-na-Provid%C3%Aancia-de-Deus. Acesso em 26 de agosto de 2017.

_____. **Lar Nossa Senhora do Carmo na Providência de Deus.** Disponível em:

http://www.franciscanosnaprovidencia.org.br/associacao/nossasobras_detalhes/11/Lar-Nossa-Senhora-do-Carmo-na-Provid%C3%Aancia-de-Deus-. Acesso em 26 de agosto de 2017.

_____. **Uma entidade a serviço da vida.** Disponível em: <http://www.franciscanosnaprovidencia.org.br/associacao/quemsomos>. Acesso em 13 de agosto de 2017.

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DO PSICÓLOGO NO BRASIL. **Contribuição do Conselho Federal de Psicologia ao Ministério do Trabalho para integrar o catálogo brasileiro de ocupações** – enviada em 17 de outubro de 1992. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf. Acesso em 20 de outubro de 2017.

BOKANY, Vilma. **Drogas no Brasil: Entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões** / Vilma Bokany (organizadora). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. Cristina Maria Brites (Autora do capítulo Política de Drogas no Brasil: usos e abusos).

BRASIL, **Lei N° 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em 10 de abril de 2017.

_____. (MDS) Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua - Centro POP.** Publicado em 16 de julho de 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/centro-pop>. Acesso em 02 de outubro de 2017.

_____. (MDS) Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília, 2013. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em 05 de agosto de 2017.

_____. (MSD) Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. **A Política de Assistência Social.** Política Nacional de Assistência Social (PNAS) /2004. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Nov. 2005. Acesso em 30 de março de 2017.

_____. (MSD) Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua - Apreendendo a contar:** Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua. Brasília-DF 2009. Disponível em:

<http://acervodigital.mds.gov.br/xmlui/handle/123456789/56>. Acesso em 06 de maio de 2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm. Acesso em 14 de abril de 2017.

_____. **Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm Acesso em 24 de março de 2017.

_____. **Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em 13 de maio de 2017.

_____. Governo Federal. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf. Acesso em 07 de outubro de 2017.

_____. **Lei 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Brasília, 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm. Acesso em 02 de maio de 2017.

_____. **Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993**. Institui a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm. Acesso em 06 de maio de 2017.

_____. **Lei Nº 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. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 30 de setembro de 2017.

_____. **Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em 12 de junho de 2017.

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 20 de maio de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília, 2003. Disponível em: https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fpolitica_atencao_alcool_drogas.pdf&h=ATPHNvRRU1GsW7mtLzdQrcXhtDXunT6xf5kyVHTNJS_i99vcJfw8a_sb-dVP8Li_xj0MwRZjTgzlbu9aN_d_PkDwHZhc7x4QxNrREQ15XqHpWPyks6EGkAa7Z WVZ7-ceqeSjYlXpLPO1. Acesso em 30 de setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília – DF, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em 13 de maio de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **30 Anos do CAPS Itapeva: Resgates e Tendências.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l1-saude-mental/27819-ms-participa-de-celebracao-dos-30-anos-do-primeiro-caps-no-brasil-em-sao-paulo-sp>. Acesso em 30 de setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Publicado em maio de 2014. Disponível em:** <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12609-caps>. **Acesso em 27 de agosto de 2017.**

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Consultório de rua.** Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18974&Itemid=1005#consultorio. Acesso em 07 de outubro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ministério da Saúde lança campanha para população em situação de rua.** Brasília/DF, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19263-ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em 03 de outubro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 224 de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em 30 de setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 20 de maio de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em 30 de setembro de 2017.

_____. Presidência da República; Gabinete de Segurança Institucional; Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNAD_VersaoFinal.pdf. 2003. Acesso em 30 de março de 2017.

_____. Previdência Social. **Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC)**. Publicado em 01/09/2015 e modificado em 22/08/2017. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>. Acesso em 07 de outubro de 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andrea de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinias. **Saúde e Serviço Social**. 5ª Edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

CARLINI, Elisaldo Araújo. **A história da maconha no Brasil**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo (UNIFESP), 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a08v55n4.pdf>. Acesso em 15 de abril de 2017.

CHAVES, Lázaro Curvêlo. **A Revolução Industrial**. Texto Revisado em 10 de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.culturabrasil.org/revolucaoindustrial.htm>. Acesso em 21 de abril de 2017.

CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução N° 09, de 18 de abril de 2013**. Disponível em: <https://conferencianacional.files.wordpress.com/2013/12/cnas-2013-009-18-04-2013.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2017.

COSTA, Maria Carolina Meres; FIGUEIREDO, Mariana Cecchetto; CAZENAVE, Sílvia De O. Santos. **Ayahuasca**: Uma abordagem toxicológica do uso ritualístico.

Rev. Psiquiatr. Clín. (São Paulo), 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n6/a01v32n6.pdf>. Acesso em 15 de abril de 2017.

CRESS. Conselho Regional De Serviço Social. **Assistente Social**. Disponível em: <http://cress-ce.org.br/institucional/assistente-social/>. Acesso em 06 de outubro de 2017.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>. 2011. Acesso em 31 de março de 2017.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. **A Política Antidrogas Brasileira: Velhos Dilemas**. *Psicol. Soc.* [online]. 2008, vol.20, n.2, pp. 267-276. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010271822008000200014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 17 de abril de 2017.

GASTÃO, F. N.; CAMPOS, G. W. S. **Instituições de “portas abertas”**. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./abr., 2005.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 março; 9(2): 48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>. Acesso em 17 de abril de 2017.

GONÇALVES, Antônio Sérgio; GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. **Redes De Proteção Social Na Comunidade: por uma nova cultura de articulação e cooperação em rede**. Disponível em: <http://www.neca.org.br/fumcad2009/2-enc-reg-01.09.09-texto-redes-isa.pdf>. Acesso em 19 de setembro de 2017.

HR. Hospital Regional. Governo do Estado de São Paulo. **AME**. Disponível em: http://www.franciscanosnaprovidencia.org.br/associacao/nossasobras_detalhes/35/Ambulat%C3%B3rio-M%C3%A9dico-de-Especialidades---Presidente-Prudente. Acesso em 13 de agosto de 2017.

_____. Hospital Regional. Governo do Estado de São Paulo. **PAI**. Disponível em: <http://www.hrpresidenteprudente.org.br/pagina.aspx?id=80>. Acesso em 13 de agosto de 2017.

INPAD. **II LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. Universidade Federal de São Paulo, 2014. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/resultados/violencia-contra-crianca-ou-adolescente/resultados-parciais-2/>. Acesso em 12 de outubro de 2017.

KODA, Mirna Yamazato; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. **A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental:** uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. Universidade São Francisco, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n6/19>. Acesso em 29 de setembro de 2017.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades:** entre territórios de vida e territórios vividos. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LARANJEIRA, Ronaldo. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD). **O impacto das drogas na sociedade brasileira** – busca de soluções. Disponível em: <http://www.antidrogas.com.br/mostrasosvida.php?c=52>. Acesso em: 17 de março de 2017.

LEMOS, André Rocha. Universidade de Brasília. **Internação Compulsória e o Respeito à Autonomia da População em Situação de Rua Usuária de Álcool e Outras Drogas Sob o Olhar da Equipe do Consultório na Rua do Plano PilotoDF.** Faculdade de Ciência da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasília, 2016. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20824/1/2016_AndreRochaLemos.pdf. Acesso em 13 de maio de 2017.

LIMA, Eloisa Helena de. **Educação em saúde e uso de drogas:** um estudo acerca da representação da droga para jovens em cumprimento de medidas educativas. Tese apresentada com vistas à obtenção do título Doutora em Ciências na área de concentração Saúde Coletiva. Belo Horizonte. Julho, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/7244>. Acesso 14 de março de 2017.

LOPES, Marcos Antônio. **Drogas:** 5 mil anos de viagem. Disponível em: <http://super.abril.com.br/ciencia/drogas-5-mil-anos-de-viagem/> 31 jan. 06. Acesso em 14 de março de 2017.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Universidade Estadual de Maringá. **Políticas Sobre Drogas no Brasil:** a Estratégia de Redução de Danos. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2013, 33 (3), 580-595. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>. Acesso em 16 de abril de 2017.

MARINGONI, Gilberto. **O destino dos negros após a abolição.** São Paulo, 2011. Ano 8º Ed. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2673%3Acatid%3D28&Itemid=23. Acesso em 21 de abril de 2017.

MARQUES, Ana Cecília P. Roselli; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo R; ANDRADA, Nathalia Carvalho de. **Abuso e dependência:** crack. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a08.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2017.

MENDES, Célia Regina Pessanha; FILLIPEHARR, João. **Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad**. Rev. Psicol. Saúde, vol. 6 n°. Campo Grande, junho de 2014 - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100012. Acesso em 02 de outubro de 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed.; São Paulo: Hucitec, 2014.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo, Cortez, 2006.

NEVES, José Luís. **Pesquisa Qualitativa – Características, usos e Possibilidades**. Disponível em: https://portal.toledoprudente.edu.br/upload/usuarios/1168/aulas/Pesquisa_Qualitativa.pdf. Acesso em 23 de outubro de 2017.

OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. SENAD. Ministério da Justiça. **Calmantes e Sedativos, Cocaína, Cogumelos e plantas alucinógenas**. Disponível em: <https://obid.senad.gov.br/drogas-a-a-z/calmantes-e-sedativos>. Acesso em 10 de abril de 2017.

_____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. SENAD. Ministério da Justiça. **Maconha**. Disponível em: <https://obid.senad.gov.br/drogas-a-a-z/maconha>. Acesso em 10 de abril de 2017.

_____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. SENAD. Ministério da Justiça. **Política e Legislações**. Disponível em: <https://www.obid.senad.gov.br/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>. Acesso em 10 de junho de 2017.

OBSERVATÓRIO CRACK, É POSSÍVEL VENCER. **Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>. Acesso em 19 de agosto de 2017.

OMID. Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas. Governo de Minas Gerais. **Cocaína**. Disponível em: <http://www.omid.mg.gov.br/index.php/cocaina>. Acesso em 10 de abril de 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. USP. Universidade de São Paulo. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 31 de março de 2017.

_____. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Global sobre álcool e Saúde - 2014**. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>. Acesso em 17 de março de 2017.

PIRES, Denise Evira. **Divisão Social do Trabalho**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divsoetra.html>. Acesso em 21 de abril de 2017.

PULCHERIO, Gilda; STOLF, Anderson Ravy; PETTENON Márcia; FENSTERSEIFER, Daniel Pulcherio; KESSLER Felix. **Crack: da pedra ao tratamento**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (3): 337-343, jul-set. 2010. Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf. Acesso em 15 de abril de 2017.

RIC MAIS. A origem do crack e sua chegada ao Brasil. Redação RIC Mais e programa “Crack é Possível Vencer”, 2013. Disponível em: <https://pr.ricmais.com.br/seguranca/noticias/a-origem-do-crack-e-sua-chegada-ao-brasil/> 22 jul. 13. Acesso em 22 de março de 2017.

RONZANI, Telmo Mota; COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MOTA, Daniela Cristina Belchior; LAPORT, Tamires Jordão. **Redes de atenção aos usuários de drogas** - políticas e práticas. 1º Edição. Editora Cortez, 2015.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas** – Conceitos, Esquema de análise, Casos Práticos. 2º Edição. Florianópolis, 2013.

SERRA, José. **Ampliando o possível: A política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro, 2002.

SHANON, Benny. **Os Conteúdos das Visões da Ayahuasca**. MANA 9(2):109-152, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/mana/v9n2/17934.pdf>. Acesso em 15 de abril de 2017.

SILVA, Lucas Roquim e; FERNANDINO, Lucas Silva; GOMES, Paula Aparecida; XAVIER, Antônio José Daniel. **O paciente usuário de crack** - Diagnóstico e terapêutica na urgência. Revista Médica de Minas Gerais (RMMG), 2013. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1781> Acesso em 21 de março de 2017.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1995 - 2005.** Universidade de Brasília – UnB. Brasília/DF 2006. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1763/1/2006_Maria%20Lucia%20Lopes%20da%20Silva.pdf. Acesso em 22 de abril de 2017.

SUAS RH. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. **Linha do tempo:** do assistencialismo à PNAS. Plano Integrado de Capacitação de Recursos Humanos para a Área da Assistência Social. Disponível em: <http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/suasrh/arquivos/2013/modulo04/recife/Linha%20do%20Tempo%20do%20assistencialismo%20c3%a0%20PNAS%20Finalizada.pdf>. Acesso em 30 de março de 2017.

TRA NOI. Casa Tra Noi Dom Sebastião Plutino. **O Movimento TRA NOI em Presidente Prudente.** Disponível em: <http://www.tranoiprudente.org.br/historia.html>. Acesso em 14 de agosto de 2017.

VARGAS, Jonas. **O homem as drogas e a sociedade:** um estudo sobre a (des) criminalização do porte de drogas para consumo pessoal. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos; ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **População de Rua:** quem é, como vive, como é vista. 3° Ed. Hucitec, 2014.

YASBEK, Maria Carmelita. **Sistemas de proteção social, intersectorialidade e Integração de Políticas Públicas.** In: A intersectorialidade nas políticas públicas. Ogs. Giselle L. Monnerat, Ney L.T. de Almeida e Rosimary G. de Souza. Campinas, Papel Social, 2014.

ZAGO. Luis Henrique. **O Método Dialético e a Análise do Real.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/kr/v54n127/n127a06.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CREAS POP

1. Quais são os profissionais que atuam neste serviço?
2. A quem se destina esse serviço?
3. Quais são as formas de acesso a este serviço? Há busca ativa?
4. Quais os serviços da rede que são acionados a partir do CREAS POP? Há algum desses serviços que é predominantemente acionado?
5. Há alguma ação específica em relação aos dependentes químicos?
6. Caso o dependente químico aceite ou busque auxílio, como é o fluxo de encaminhamento à rede pública?
7. A partir de seu entendimento, qual a importância da articulação com os serviços do município para a superação da dependência química?
8. Em sua opinião, quais serviços deveriam compor a rede para melhor atendimento ao dependente químico que acessa o CREAS POP?

APÊNDICE B – SAPRU

1. Quais são os profissionais que atuam neste serviço?
2. A quem se destina esse serviço?
3. Quais são as formas de acesso a este serviço?
4. Há um tempo determinado para permanência nesse serviço?
5. Com quais equipamentos públicos esse serviço se articula? Há algum predominante?
6. O acolhimento de dependentes químicos é realizado por esse serviço? Em caso positivo, como isso se efetiva?
7. Em sua opinião, quais serviços deveriam compor a rede para melhor atendimento ao dependente químico que acessa o SAPRU?

APÊNDICE C - DEMAIS INSTITUIÇÕES

1. Quais são os profissionais que atuam neste serviço?
2. A quem se destina esse serviço, quantas pessoas são atendidas?
3. Quais são as formas de acesso a este serviço?
4. Como é o fluxo de atendimento? (Porta de entrada, pra onde encaminha)
5. Há um tempo determinado para permanência nesse serviço?
6. Com quais equipamentos públicos esse serviço se articula? Há algum predominante?
7. Em sua opinião, quais serviços deveriam compor a rede para melhor atendimento ao dependente químico que acessa essa instituição?