



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS E APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

REBECA TORRES ALVES COSTA

A ATENÇÃO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO CAPS AD DA SER III

FORTALEZA – CEARÁ
2014

REBECA TORRES ALVES COSTA

A ATENÇÃO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
RELAÇÃO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO CAPS AD DA SER III

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz

FORTALEZA-CEARÁ
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Costa, Rebeca Torres Alves da.

A Atenção a população em situação de rua:
Representações sociais elaboradas por Profissionais
de saúde em relação a população em situação de rua
[recurso eletrônico] / Rebeca Torres Alves da Costa. -
2014.

1 CD-ROM: 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 192 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais
Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e
Políticas Públicas, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Políticas Públicas.

Orientação: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz.

1. Caps AD. 2. População em situação de rua. 3.
Estigma. I. Título.



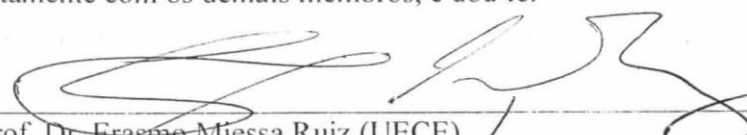
Governo do Estado do Ceará
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - ProPGPq
Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas

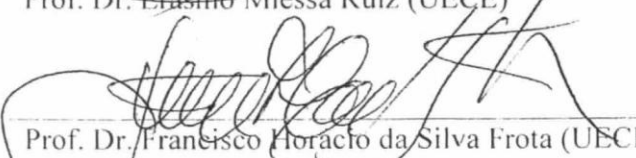


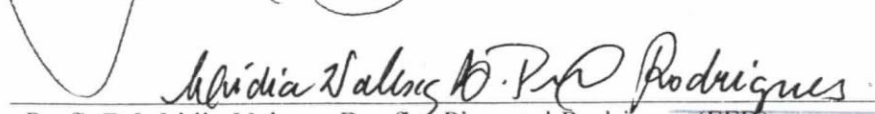
ATA

Aos sete dias do mês de janeiro de 2014, reuniu-se a Banca de Defesa de Dissertação composta pelos professores Drs.: Erasmo Miessa Ruiz (UECE), Francisco Horácio da Silva Frota (UECE - MPPPP) e Lidia Valesca Bonfim Pimentel Rodrigues (FFB), perante a qual, a aluna **Rebeca Torres Alves Costa**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas (MPPPP/UECE), defendeu para preenchimento do requisito de mestre sua Dissertação de Mestrado denominada: **"A ATENÇÃO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO CAPS AD DA SER III"**. A defesa da referida Dissertação ocorreu das 09:15 às _____ tendo a mestrandia sido submetida à arguição, dispondo cada membro da banca de tempo para tal. Finalmente, a banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar a mestrandia (aprovada – reprovada) APROVADA, por sua dissertação e sua defesa pública ter, por unanimidade, recebido o conceito (satisfatório – insatisfatório) SATISFATÓRIO, bem como alterações ou recomendações prováveis:

Eu, Erasmo Miessa Ruiz que presidi a Banca de Dissertação, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.


Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz (UECE)


Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota (UECE - MPPPP)


Profª. Drª. Lidia Valesca Bonfim Pimentel Rodrigues (FFB)



Dedico esse trabalho aos meus avós Medusa Soares Torres (*in memoriam*), Enilson Cabral Vítório Torres (*in memoriam*) e o meu Padrinho Itamar (*in memoriam*) que sempre acreditaram e incentivaram a minha evolução acadêmica e que tenho certeza que sempre estarão ao meu lado apesar de terem sucumbido às vicissitudes da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre esteve ao meu lado e me ensina todos os dias que tudo é possível basta ter fé e disciplina!

A minha mãe Romene Torres exemplo de Filha, Amiga, Mãe e que se eu for metade o que ela foi para mim, para as pessoas que estão ao meu redor, serei realizada! Meu maior pilar!

Ao meu pai, José Valter que se aposentou com louvor no exército, não satisfeito se formou em direito no período de três anos; exemplo de persistência, caráter e disciplina!

A minha irmã Tatiane exemplo de resiliência e disciplina que tenho certeza que logo alcançará os maiores louros da vida; e minha sobrinha Victória que soube me incentivar e ter paciência durante a minha produção acadêmica.

Ao meu irmão José Victor que sempre me apoia e nunca deixa de acreditar no meu potencial acadêmico e pessoal.

Ao professor Dr Erasmo Miessa, orientador que acompanhou todo o percurso deste mestrado, sempre com ajuda decisiva para o andamento do trabalho. Grande incentivador, que com estímulo e competência ajuda no crescimento de seus alunos.

Ao professor Dr Francisco Horácio Frota e Dra. Lídia Valesca Bomfim que contribuíram brilhantemente na minha qualificação.

Aos meus professores do mestrado pelos ensinamentos transmitidos, por estimularem nossa curiosidade científica e nos apresentarem as ferramentas para construção de novos conhecimentos.

Aos meus colegas do mestrado que experienciaram comigo todas as fases desta jornada e, mesmo assim, não perderam o senso de humor, alegria e irreverência característica dos estudantes.

As minhas colegas e Residentes Germana, Elvira, Erika e Juliana que me auxiliaram durante esse ano e contribuíram de forma ímpar para a minha evolução profissional.

A minha querida amiga Maria Fabiola Benevides Bomfim grande incentivadora, a quem me espelho por ser um grande ser humano e profissional.

Aos colegas do CAPS AD da SER III, pelo apoio e compreensão neste momento precioso na minha vida, e que participaram sem hesitar com grande competência e humildade.

Aos sujeitos dessa pesquisa, profissionais e usuários do CAPS AD da SER III que proporcionaram momentos ricos de aprendizagem.

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar”.É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final.Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder.Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver”.

(Martin Luther King)

RESUMO

O estudo insere-se na intersecção do campo da Saúde Mental com as Ciências Sociais, e serve-se deste profícuo diálogo para abordar questões referentes à População em situação de rua, numa perspectiva sistêmica. A pesquisa objetiva apreender as representações sociais dos Profissionais de saúde elaboradas, em relação à População em situação de rua (PSR) do CAPS AD da SER III; bem como, compreender como enfrentam no cotidiano laboral os questionamentos sobre a subjetividade, acolhimento e intersetorialidade do público em questão. No tocante ao traçado metodológico a pesquisa fundamenta-se na teoria das representações sociais, sua natureza é por excelência qualitativa. No que condiz os sujeitos de análise, elegeu-se uma amostra de quinze Profissionais de saúde do CAPS AD da SER III que acompanham os pacientes que tem perfil de População em situação de rua (PSR). Como instrumentos de coleta de dados, utilizou-se entrevista semi estruturada bem como o diário de campo que é um instrumental de extrema importância. A análise das entrevistas realizou-se por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefebvre (2005) que dentre as etapas está à identificação das expressões chaves, ideias centrais, ancoragens, culminando no discurso do sujeito coletivo (DSC) final. As representações sociais dos participantes apreendidas são expressas e discutidas em quatro agrupamentos: Acolhimento, Intersetorialidade, Estigma e Subjetividade. Portanto, urge a necessidade de se efetivar as políticas públicas levando em consideração o perfil da PSR, sendo a formação dos valores, reinserção social, práticas educativas adequadas premissas básicas para a efetivação das mesmas.

Palavras-chave: CAPS AD. População em situação de rua (PSR) e Estigma.

ABSTRACTS

This study belongs to the intersection of the field of Mental Health with the Social Sciences , and serves up this fruitful dialogue to address issues of the homeless population in a systemic perspective. The research aims to understand the social representations of health professionals regarding the homeless population CAPS AD SER III , as well as understand the labor face the everyday questions about subjectivity, hosting and intersectionality of the homeless population (PSR). Regarding the methodological stroke research is based on the theory of social representations , is by its nature qualitative excellence. In that matches the subject of analysis, was elected a sample of 15 health professionals CAPS AD SER III accompanying patients must Population Profile in the streets (PSR). As instruments for data collection , we used semi- structured interviews and the field diary which is an instrumental of utmost importance. The data analysis was performed using the Collective Subject Discourse (CSD) Lefevre (2005) that among the steps is the identification of key expressions, central ideas, anchors, culminating in the discourse of the collective subject (DSC) end. Social representations of participants seized are expressed and discussed in four group: Home, Intersectoral , Stigma and Subjectivity. Therefore , there is urgent need to enforce the public policies taking into account the profile of the PSR, and the formation of value, social reintegration , educational practices appropriate basic premises for the realization of the same.

Keywords: CAPS AD. Population living on the streets (PSR), and Stigma.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza.....	19
Tabela 2- Instituições que compõe o território do CAPS AD da SER III.....	21
Tabela 3- Práticas individuais, grupo e comunidade.....	28
Tabela 4- Práticas em grupos.....	28
Tabela 5 - Práticas extra caps.....	32
Tabela 6- IAD 2 Agrupamento a- acolhimento\CAPS AD.....	107
Tabela 7 - IAD 2 – Agrupamento b- intersetorialidade.....	120
Tabela 8- IAD 2- Agrupamento c- estigma.....	124
Tabela 9 - IAD 2- Agrupamento d- subjetividade.....	126
Tabela 10 - IAD 3- agrupamento a- acolhimento\ CAPS AD.....	132
Tabela 11 - IAD 3- agrupamento b- intersetorialidade.....	141
Tabela 12- IAD 3- Agrupamento c-estigma.....	145
Tabela 13- IAD 3- Agrupamento d- subjetividade.....	147
Tabela 14- Quadro síntese do DSC	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSR	População em situação de rua
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
PS	Profissional de saúde
PNPR	Política Nacional destinada a População em situação de rua
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
SER III	Secretaria Executiva Regional III
CAPS GERAL	Centro de Atenção Psicossocial
UFC	Universidade Federal do Ceará
UECE	Universidade Estadual do Ceará
RASM	Rede de atenção em saúde mental
UAPS	Unidade de atenção Primária a saúde
CEO	Centro Odontológico
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SHRad	Serviço Hospitalar de Referência para Álcool e outras Drogas
RT	Residência Terapêutica
CR	Consultório de rua
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
RAS	Rede de Atenção a Saúde
ACSs	Agente Comunitário de Saúde
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
CSF	Centro de Saúde da Família
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
FPASR	Fórum da População Adulta em Situação de Rua
MNMMR	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
LOAS	Lei orgânica da Assistência Social
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	16
3	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	33
3.1	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E PRODUÇÃO ACADÊMICA.....	49
3.2	INTERCESSÃO DA POLÍTICA DESTINADA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	56
3.3	CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONTEXTO E ATUAÇÃO.....	58
3.3.1	Caracterização do serviço especializado para Pessoas em situação de Rua	59
4	ESTIGMA E CONCEITUAÇÃO.....	66
4.1	ESTIGMA E A CORRELAÇÃO COM A DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	79
4.2	ESTIGMA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	86
5	CAMINHOS METODOLÓGICOS – ELABORAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	95
5.1	SOBRE A ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO – DSC.....	96
5.1.1	Discurso do Sujeito Coletivo(DSC).....	96
5.1.2	Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) – Aplicação.....	97
5.1.2.1	Campo de pesquisa.....	97
5.1.2.2	Coleta de dados.....	100
5.1.3	Método de análise e interpretação dos dados da entrevista.....	104
5.2	UNICIDADE ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC) – RESULTADOS.....	152
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	165
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	169
	APÊNDICES.....	181

1 INTRODUÇÃO

A globalização tem alcançado as diferentes sociedades contemporâneas, gerando consequências negativas, configuradas na reprodução de desigualdades sociais e na falta de garantias sociais para grande parcela da população. Nota-se, assim, um processo mundial de diminuição do estado social, sendo os países atingidos marcados por fortes desigualdades sociais e por grande diferença nas condições de vida da população. Ou ainda, em países, como o Brasil, em que não houve uma efetiva constituição do estado de bem-estar social.

Castel (1997, p.15-48) diz que no Brasil, embora com suas características próprias, está integrada à tendência de fragmentação mundial. O modelo econômico implantado no País produziu subjugados, pessoal e socialmente, com difícil perspectiva de transposição social. Por outro lado, as políticas sociais adotadas pelos diferentes governos tiveram como opção a implementação de ações de caráter nitidamente focalista, refletindo a tendência de enfrentar os problemas sociais como fatos isolados. A consequência é que tais políticas não trouxeram resultados efetivos na condição de vida da população, sendo um terreno fértil para as pessoas enveredarem para a rua.

Dentro desse contexto, durante os primeiros meses do mestrado, parei num estado de indecisão sobre que rumo tomar diante de um campo tão vasto e com tantas possibilidades de investigação científica, mas como coloca Geertz (2001), *“o ecletismo é uma auto frustração, não porque haja somente uma direção a percorrer com proveito, mas porque há muitas: é necessário escolher”*.

Dentro desse contexto, quis aprofundar o tema recorrente em meus estudos acadêmicos: População em situação de rua (PSR) e suas inteligências múltiplas. Neste ínterim, quis compreender a perspectiva do Profissional de saúde (PS) acerca da PSR, outro olhar sobre a realidade deste público.

Adentrei na problemática da PSR durante a especialização de Psicopedagogia Clínica e Institucional onde atuei enquanto voluntária no Dispensário São Vicente de Paulo, no qual elaborei a monografia que discorria sobre as inteligências múltiplas da PSR atendida na referida instituição. Logo depois, iniciei atividade laborativa enquanto Assistente Social no CAPS AD da SER III, onde realizei oficinas de terapias complementares com pacientes que tinham perfil de PSR, onde se obteve como fruto um artigo científico, para a especialização em Terapia Complementares e integrativas que a pesquisadora em questão concluiu.

Dessa experiência, surgiram muitos questionamentos sobre como a População em situação de rua (PSR) vivencia a representação social do estigma, da sua subjetividade, em sua essência como pessoa humana, como vive e pensa esse sujeito, que foi demandado ao atendimento ao CAPS AD da SER III, em busca de ajuda nesse momento singular de sua existência. Mas do que isso, como o Profissional de saúde, do CAPS AD da SER III, representa o paciente com perfil de situação rua.

A minha motivação advém do desejo de conhecer a perspectiva dos Profissionais de saúde, no que concerne o atendimento a PSR, fornecendo subsídios para a efetivação da Política nacional destinada a População em situação de rua (PNPR).

Na concepção de May (1974), é fundamental compreender o significado da pessoa humana em sua dimensão holística. Os conhecimentos assimilados sobre o homem são múltiplos, entretanto, estes saberes não alcançam a complexidade e a totalidade da sua existência. Urge que estudos busquem conhecer a essência do ser, em sua singularidade e humanidade, compreendendo e esclarecendo as características que distinguem o homem, considerando a sua experiência de vida em todos os aspectos de sua existência.

Nesse sentido, meu campo de interesse estava bastante definido, assim como os participantes e o cenário da pesquisa: os Profissionais de saúde que acompanham a população em situação de rua (PSR), no CAPS AD da SER III, da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF).

Evidentemente que a atuação no espaço profissional do Serviço Social do CAPS AD da SER III, e a inserção no Mestrado Profissional em Planejamento e políticas públicas, contribuíram para a definição do tema do estudo: A atenção a População em situação de rua: representação social elaboradas por Profissionais de saúde em relação á População em situação de rua do CAPS AD da SER III. O objeto, portanto, delimitava-se à medida que se percebia a como ocorre o atendimento a PSR, nos diversos setores, e que precisa ganhar importância nos mais variados espaços de societários; decorrentes do aumento expressivo desse público no cenário mundial, e a representação que alguns indivíduos têm dos mesmos.

No que diz respeito aos caminhos metodológicos, o estudo apresenta uma abordagem qualitativa, tendo como instrumentais de coleta de dados; a observação participante, o diário de campo, a entrevista semiestruturada, bem como a pesquisa bibliográfica. O lócus da pesquisa é o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPS AD), da Secretaria executiva da regional III(SER III); o público alvo são os Profissionais de saúde desta instituição, que atuam junto a População em situação de rua (PSR). No que se refere à análise

de dados foi utilizado o discurso do sujeito coletivo (DSC) para apreender as representações sociais, segundo Lefevre (2005).

O presente trabalho delinea-se em quatro capítulos com o intuito de descrevermos didaticamente o assunto em questão: o primeiro capítulo discute a questão da Política de saúde mental e alguns dispositivos como o CAPS AD, e como está inserida na cidade de Fortaleza.

No que diz respeito ao segundo capítulo, será contextualizado a questão da População sem situação de rua (PSR), descrevendo como se construiu Política de nacional destinada à população em situação de rua (PNPR), uma discussão sobre os conceitos de PSR, culminando na caracterização do serviço especializado para Pessoas em situação de Rua.

Já o terceiro capítulo contextualiza historicamente o termo estigma, perpassando a questão da dependência química e em particular o estigma em relação à PSR. No que concerne ao quarto capítulo será realizado a descrição da tipologia da pesquisa, locus de pesquisa, sujeito da pesquisa, culminando com a análise do conteúdo, das entrevistas semiestruturadas, com os Profissionais de saúde em relação à PSR, levando em consideração o discurso sujeito coletivo (DSC).

2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: FORTALECIMENTO DA REDE SÓCIO ASSISTENCIAL- CAPS AD

A política de saúde mental foi um processo que se gestou a partir de diversas discursões com os trabalhadores de saúde mental, usuários e representantes do Governo no sentido de garantir os direitos dos pacientes portadoras de adoecimento mental.

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

Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

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

Importante ressaltar, que no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo.

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. (BRASIL, 2005).

No que diz respeito o percurso da Reforma Antimanicomial no Ceará, é marcado por um movimento do interior em direção à capital, com a abertura do primeiro CAPS em 1991, em Iguatu (Sertão-Central). Só em 1998, Fortaleza inicia o processo de implantação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, com a inauguração do CAPS Geral da SER III, no bairro Rodolfo Teófilo. Aquele CAPS foi gestado a partir da iniciativa de professores vinculados à Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, firmando-se desde então, um convênio entre a Prefeitura Municipal de Fortaleza e a Fundação Cearense de Ensino e Pesquisa da UFC, por meio do Hospital Universitário Walter Cantídio, para a construção do referido Serviço

Tendo em vista as requisições do novo paradigma assistencial, em 2000, foram iniciados esforços para criar um CAPS Geral, que funcionasse como campo de ensino, pesquisa e extensão para a UECE e ampliasse o movimento de Reforma Psiquiátrica na capital; está localizado na avenida Borges de Melo; fazendo parte da SER IV.

Esse projeto encontrou muita resistência para ser posto em prática, sobretudo por parte dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados, pois contrariava seus interesses lucrativos. Grupos de empresários desses hospitais chegaram mesmo a organizar usuários em defesa do hospício, incutindo em suas mentes que sem os hospitais não teriam local para se tratar. (NOGUEIRA, 2009, p. 32)

Até o ano de 2005, a capital do Ceará contava com apenas 03 Centros de Atenção Psicossocial. A partir de 2005, iniciou-se o redesenho da Rede Assistencial de Saúde Mental, através de discussões coletivas entre gestores, profissionais, usuários, familiares, instituições formadoras e movimentos sociais da área, com vistas a elaborar os princípios e diretrizes da rede em expansão. Os sujeitos envolvidos nos debates procuravam construir juntos, novas práticas e novos saberes que possibilitassem ações de acolhimento e humanização nos espaços de atendimentos. Assim, a partir do ano de 2006, 11(onze) novos CAPS foram inaugurados, totalizando 14 (catorze) serviços de saúde mental de caráter aberto e comunitário.

As linhas de cuidado em saúde mental, postas em prática nos serviços de saúde mental em Fortaleza devem compreender e desencadear, desde ações de promoção de saúde até a elaboração de ações terapêuticas que incorporem protocolos de tratamento com recursos modernos e eficazes, passando pelo uso de ações reabilitadoras do ponto de vista psíquico e social, com a necessária parceria com recursos comunitários, como o envolvimento de associações de bairros, setor produtivo, ações articuladas dos vários setores responsáveis pela implementação de políticas públicas, rede escolar, na geração de trabalho e renda, na promoção da educação inclusiva e na reinserção comunitária e reabilitação psicossocial. (ANDRADE. et. al., 2007: 06).

Apesar de surgirem como um serviço que busca superar o modelo asilar-hospitalocêntrico, os CAPS em Fortaleza, era (e ainda são) requisitados a atender um grande contingente populacional, sem dispor das mínimas condições objetivas necessárias ao desenvolvimento das atividades, ocasionando um “*estrangulamento*”, ou seja, havia a impossibilidade de atendimento digno, suscitando em Profissionais e Usuários, angustia e insatisfação.

Importante ressaltar que, durante a primeira gestão (2005-2008) da prefeita Luizianne Lins pode-se observar um ganho qualitativo neste CAPS, sendo extensivo aos demais, pois, além da ampliação e formalização da Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM), que passou a ser gestada por um colegiado, ocorreu um alinhamento conceitual das ações por meio de intensas e constantes capacitações; os serviços que antes trabalhavam de forma isolada passaram a dialogar (embora que de forma pontual) entre si, com os outros setores da saúde e demais políticas públicas; passou-se a investir na Arte como recurso terapêutico; os CAPS passaram a ter Supervisão clínico-institucional; estabeleceu-se uma rotina de reuniões de equipe, para serem discutidos assuntos administrativos, promover a educação permanente; discussão de casos clínicos e momentos de “*cuidando-do-cuidador*”, quando a própria equipe profissional seria cuidada; houve uma constância no repasse de recursos e na manutenção dos Serviços, ocorreu ainda um aumento considerável dos recursos humanos.

Dentro desse contexto, o conceito de rede permeia as discussões na política de saúde mental por ser o mediador para efetivar a intersetorialidade. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. As redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento (BRASIL, 2004).

Geograficamente, essa população está distribuída em regionais administrativas, totalizando sete Secretarias Executivas Regionais (SER), em conformidade com as informações contidas no site da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Ver tabela abaixo:

TABELA – 1- SECRETARIAS EXECUTIVAS REGIONAIS DE FORTALEZA

REGIÃO	QUANTIDADE DE BAIRROS	POPULAÇÃO
SER I	15	60.000
SER II	20	325.058
SER III	17	378.000
SER IV	19	305.000
SER V	19	70.000
SER VI	29	561.942
CENTRO	01	
TOTAL	130	

Fonte: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>

Essas regionais têm sobre sua responsabilidade a administração dos diversos setores que compõem a esfera pública municipal como a Educação, Saúde, Meio Ambiente, Assistência Social, Finanças e Infraestrutura.

Em um modelo descentralizado, a capacidade instalada no município promove atendimentos às demandas nos níveis de atenção primária, secundária e terciária e tem em sua composição noventa e duas (92) Unidades de Atenção Primárias a Saúde (UAPS), oito (08) hospitais gerais, dois (02) hospitais especializados, dois (02) Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e um (01) Centro de Especialidades Médicas.

Além disso, mantém em funcionamento o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Conta ainda com uma rede de atendimento em saúde mental para população que é realizado através quatorze (14) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo CAPS tipo II, CAPS tipo III, CAPS Álcool e outras Drogas com acolhimento 24hs e infantis, ainda compondo a rede de atenção: três (03) Residenciais Terapêuticas (RT), três (03) Ocas comunitárias, doze (12) leitos em Serviço Hospitalar de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad) e uma (01) equipe do Consultório de Rua (CR).

Dentre todos os espaços de saúde supracitados, temos na SER III dezesseis (16) UAPS, um (01) hospital geral e um (01) especializado e três (03) CAPS, sendo um Geral, um Álcool e outras Drogas e um Infantil. Todos os serviços estão distribuídos nos 16 bairros que compõem essa regional.

Além destes, temos ainda três (03) hospitais especializados, um (01) hospital geral, um (01) banco de sangue e uma (01) Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que são regidos com recursos financeiros das esferas estadual e federal. Algumas dessas instituições têm convênios com o Sistema Municipal de Saúde, onde desenvolvem atividades comuns; como o convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Fortaleza e a Universidade Federal do Ceará (UFC), voltado para a criação dos CAPS na SER III, com sedes nas proximidades do âmbito universitário.

Segundo o Ministério da Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2009), são distinguidas pela sua especificidade de construir horizontalmente relações de comunicação entre os vários pontos de atenção; tendo como a Atenção primária à Saúde (APS) o centro das mediações, que através da multidisciplinaridade, promove a integralidade e continuidade do cuidado.

Devido a sua ampla abrangência e seu macro processo de organização, além de garantir a efetivação dos princípios do SUS, tem a superação da fragmentação da atenção à saúde como desafio. Para isso ela dispõe da Portaria Nº 4.279 de 30 de 11 dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para sua organização legitimando-a dentro da política de gestão.

Segundo Mendes (2011), as Redes de Atenção são: *“organizações poliárquicas”* de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.”

Partindo da proposta de atenção em Rede e considerando que a Política de Saúde Mental Brasileira apoia as iniciativas de construção de um atendimento psicossocial integralizado, se vê a necessidade de identificar, os equipamentos que tenham potencial para planejamento de ações intersetoriais e que possam estar sendo parceiras nos processos da desinstitucionalização dos transtornos mentais e sofrimento psíquico, vinculados ou não a dependência, uso ou abuso de substâncias químicas.

Neste âmbito, identifica-se dezesseis UAPS (Unidades de Atenção Primária à Saúde) na SER III, sendo os ACSs (Agentes Comunitário de Saúde) importantes mediadores para o conhecimento de vários dispositivos institucionais e comunitários e outros pontos que pertinentes para o reconhecimento do território, partindo da percepção dos mesmos, quanto

o que se considera ambiente favorável ao desenvolvimento de ações de cuidado. Dessa forma a descrição dos equipamentos que atuam na prevenção e promoção de saúde é de extrema relevância para o estudo em questão:

TABELA 2- INSTITUIÇÕES QUE COMPÕE O TERRITÓRIO DO CAPS AD DA SER

III

FUNDAÇÃO SIVESTRE GOMES	A Fundação Silvestre Gomes, instituição não governamental sem fins lucrativos, oferece cursos gratuitos para jovens, adultos e idosos, nas áreas de informática e audiovisual. Está localizado na Rua Frei Marcelino, 1511 Rodolfo Teófilo. Essa instituição foi se constituindo como responsável pelas ações do pré-carnaval e a organização como um todo do Bloco Doido é Tu do carnaval de Fortaleza.
EMPREENDIMENTODE TRANSFORMAÇÃO DE RECICLÁVEIS – EMTRE	Projeto social que tem como missão propiciar a inclusão social, econômica e ambiental de pessoas que realizam trabalho com materiais recicláveis. Conta com a parceria de diversas instituições, entre elas a Coelce com o Programa Luz Solidária, Lócus UFC, rede de Catadores do Estado do Ceará e o CAPS Geral III . Atualmente dispões de 8 funcionários dentre eles 4 são usuários do CAPS Geral III, se tornando assim uma estratégia de alargamento de projeto terapêutico singular.
CENTRO POP	O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) faz parte da Proteção Social

	Especial (PSE), atende a população em situação de rua na cidade de Fortaleza. Ele trata dos serviços socio assistenciais, do acesso aos direitos fundamentais, das políticas públicas intersetoriais e do encaminhamento das demandas apresentadas
CREAS III	É uma instituição que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos. As equipes dos Creas são formadas por profissionais de Psicologia, Serviço Social e Direito que atendem os casos mais sérios de violação de direitos, realizando o estudo de cada caso, acompanhando-os mais de perto, de forma mais especializada, e encaminhando para outros serviços públicos. Nesse serviço funcionam os grupos de terapia comunitária e grupo de idosos.
CRAS Bela Vista	O CRAS Bela Vista surgiu em 1º de abril de 2008, atualmente referência oito bairros oficiais: Amadeu Furtado, Bela Vista, Pici, Padre Andrade, Presidente Kennedy, Parque Araxá, Parquelândia e Rodolfo Teófilo. Embora estivesse localizado dentro do espaço físico do Centro de Cidadania Conselheiro José Batista de Oliveira, o CRAS conta com a disponibilidade de quatro salas de uso exclusivo, onde funciona sala

	administrativa, cadastro único, atendimento e almoxarifado, conta com mais três salas exclusivas, para atividades coletivas destinarem ao mesmo fim.
LAVANDERIA COMUNITARIA	O equipamento localiza-se no Centro de Cidadania Aluísio Ximenes, no Rodolfo Teófilo, é de fundamental importância na geração emprego e renda para as famílias da comunidade. Ficando sobre supervisão de uma coordenadora do CRES III, todas as mulheres lavadeiras são cadastradas, pagam uma taxa mensal para a manutenção, bem como tem que se reunir mensalmente com a coordenadora
AA RODOLFO TEÓFILO	É uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. As reuniões acontecem às 09h30minh do domingo.
CIRANDAS DA VIDA	Localiza-se num contexto de educação permanente e está centrada nos princípios e práticas da educação popular na luta pelo direito à saúde de qualidade para todos. Deixando a marca da vinculação afetiva como sua maior força das ações bem sucedidas, fazendo na interação com a comunidade, onde estão inseridas, o poder de sonhar e concretizar o inédito possível. Onde as populações de baixa renda, que muitas vezes dentro do contexto de

	vulnerabilidade social, puderam mudar de viver, ou caminhar em busca da libertação, da reeducação para a vida. 20
CRESCER COM ARTE – Bela Vista	Atende crianças e adolescentes (de 7 a 17 anos) desenvolvendo ações que estimulam o exercício da cidadania, o reconhecimento da identidade, o sentimento de pertença, despertando a consciência dos direitos humanos através de oficinas de música, artes visuais, dança e teatro.
CENTRO DE CIDADANIA – BELA VISTA	O Centro de Cidadania da Bela Vista atende diariamente cerca de 300 pessoas através dos projetos de dança, música, teatro, futebol, capoeira, vôlei, cadastro único, dentre outros, beneficiando jovens, adultos e idosos da região.
CENTRO DE CIDADANIA – ALOISIO XIMENES	Neste complexo estão inseridos os seguintes instrumentos: Lavandaria comunitária, o CREAS, Grupo de Idosos e Terapia Comunitária.
HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTIDIO (CETRATA , GETA, PROAP , PRAVIDA e ADSM	O Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará é um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, assim como desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, estando integrado ao Sistema

	Único de Saúde - SUS. No hospital existe um ambulatório de psiquiatria, onde existem alguns atendimentos e grupos, entre eles: atendimento ambulatorial, leitos de internação e alguns grupos. Os grupos são CETRATA(transtorno alimentar), GETA(transtorno afetivo), PROAP(apoio ao paciente psicótico), PRAVIDA(proteção à vida), ADSM(Associação em defesa da saúde mental), Grupo de Família e Grupo PLUS (esse grupo acontece no Departamento de Enfermagem da UFC, é organizado pela Profa. Ângela Maria Alves de Souza. É um Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão em Perdas, Lutas e Separações);
--	--

Fonte: Relatório de gestão do CAPS AD SER III 2012

O campo da Saúde Mental traz em seu bojo uma perspectiva diferente da psiquiatria tradicional sobre a relação do homem com a loucura, produz “*novos sujeitos de direito e novos direitos para o sujeito*” (AMARANTE: 1995, p. 494). A Saúde Mental como conceito operativo constitui-se a partir da estratégia de desinstitucionalização no âmbito dos dispositivos substitutivos ao manicômio e através da mudança de modelos assistenciais propostos pela Reforma Sanitária.

No que diz respeito às propostas atuais no campo da atenção psicossocial, Amarante (2007) faz um breve resumo dos dispositivos jurídicos que formam o arcabouço legal dessa mudança de modelo assistencial, apresentando as portarias ministeriais 189/91 e 224/92, que instituíram várias modalidades desses serviços, dentre as quais os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e também a reestruturação trazida pela portaria n. 336/02 e 189/02, as quais estabeleceram as várias modalidades de CAPS hoje existentes.

Já os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem um papel estratégico na

articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004).

Ainda sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), AMARANTE (2007) lembra que eles devem possibilitar o acolhimento da pessoa em crise, sendo um ambiente que permita a manifestação de dificuldades, temores e expectativas, que possibilite o estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais com as pessoas que o utilizam, para que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – SER III \HUWC\UFC surge em 26 de março de 2006, a partir das reflexões da equipe de saúde mental do citado, CAPS Geral, os quais perceberam a Reforma Psiquiátrica como política de governo a qual confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, e assim defenderam a construção de um dispositivo de política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas. Com essa proposta houve o desmembramento da equipe de profissionais do CAPS geral da SER III para então, compor a equipe multiprofissional do CAPS ad que funcionou por aproximadamente três anos em um espaço anexo do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Ressaltando que essa emancipação foi possível por conta do convenio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Fortaleza e a Universidade Federal do Ceará, assim como aconteceu no CAPS geral.

No que diz respeito à área de abrangência do CAPS AD da SER III engloba 16 bairros, como citado anteriormente, tendo que atender sistematicamente e periodicamente os seguintes bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bela Vista, Bom Sucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Club, Padre Andrade, Parque Araxá, Parquelândia, Planalto Pici, Presidente Kenedy, Quintino Cunha e Rodolfo Teófilo.

Em 2009 o serviço impetrou sua sede própria com vistas a tornar o serviço estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental, pensando na acessibilidade dos usuários que os frequentam. O CAPS ad SER III propõe dentro do cuidado integral, o resgate das potencialidades dos recursos comunitários à sua volta e a reinserção social que pode dar-se a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade. Atualmente este serviço faz acompanhamento de aproximadamente 3.000 usuários, ou seja, número de prontuários abertos. Desenvolvendo as seguintes atividades: acolhimento, triagem, psicoterapia individual e grupo, atendimentos individuais da

equipe multiprofissional grupos terapêuticos, articulação e atividades comunitárias, visita domiciliares e institucionais, prevenção nas instituições sociais e educacionais, apoio matricial, atividades socioculturais e esportivas. As atividades terapêuticas resumem-se as seguintes atividades:

TABELA 3- PRÁTICAS INDIVIDUAIS, GRUPO E COMUNIDADE.

INDIVIDUAIS	EM GRUPO	NA COMUNIDADE
Acolhimento à demanda	Grupo Sala de Espera	Seminários
Avaliação Inicial /	Grupo Criatividade	Comemorações de datas específicas
Triagem	Grupo Tabagismo	Visitas a espaços públicos
Busca ativa para faltosos	Oficina de Arte	Prevenção nas escolas
Visitas domiciliares	Oficina de Culinária	Resgate da Autoestima no HUWC
Consultas médicas psiquiátricas	Grupo Recomeço	Terapia Comunitária nos CSF
Consultas de enfermagem	Roda de Integração	Matriciamento nos CSF
Psicoterapia / Apoio psicológico	Grupo Som Saúde	
Atendimento terap. ocupacional	Grupo Serenidade	
Atendimento do serviço social	Entrevista Motivacional	
Acompanhamento pac. de grupo	Grupo Cooperativo	
Acompanhamento ao familiar	Fuxicoterapia	
	Grupo Trabalho Processivo	
	Grupo Acolhimento Familiar	
	Grupo TELDA(Terapia Libertadora de Dependência do Álcool)	
	Cine CAPS	
	Grupo Prevenção Recaída	

Fonte: Relatório de gestão do CAPS AD SER III 2012

TABELA 4- PRÁTICAS EM GRUPOS

Grupo Sala de Espera	Profissionais: Equipe multiprofissional Público alvo: demanda em espera de atendimento Objetivo: orientar acerca do atendimento CAPS e esclarecimento de dúvidas
Grupo Criatividade	Profissionais: Terapia ocupacional e Psicologia Público alvo: pacientes com uso ou abuso de substâncias psicoativas Objetivo: inclusão social por meio das oficinas produtivas
Grupo Tabagismo	Profissionais: Enfermagem, Psiquiatria, Psicologia. Público alvo: pacientes com uso abusivo de tabaco Objetivo: abstinência ou redução da dependência do tabaco através da abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e de medicamentos.
Oficina de Arte	Profissionais: Terapia ocupacional e Enfermagem Público alvo: pacientes com uso ou abuso de substâncias psicoativas Objetivo: inclusão social por meio das oficinas produtivas
Oficina de Culinária	Profissionais: Serviço social e Enfermagem Público alvo: pacientes com uso ou abuso de substâncias psicoativas Objetivo: inclusão social por meio das habilidades culinárias

Grupo Recomeço	Profissionais: Terapia ocupacional Público alvo: pacientes com uso de crack Objetivo: grupo temático para trabalhar dificuldades com o crack
Roda de Integração	Profissionais: Serviço social e Enfermagem Público alvo: pacientes com uso ou abuso de substâncias psicoativas Objetivo: através da Terapia Comunitária discutir as consequências do uso e abuso das drogas e utilizar as terapias complementares e integrativas para alívio dos sintomas dos pacientes e melhora na qualidade de vida
Grupo Som Saúde	Profissionais: Psicologia Público alvo: pacientes com uso ou abuso de substâncias psicoativas Objetivo: utiliza a musicoterapia no trato com os pacientes
Grupo Serenidade	Profissionais: Serviço social e Enfermagem Público alvo: pacientes com uso abusivo de álcool Objetivo: grupo temático para trabalhar dificuldades com a bebida alcoólica
Grupo Cooperativo	Profissionais: Terapia ocupacional Público alvo: pacientes com uso ou abuso de substâncias psicoativas Objetivo: através da Terapia Comunitária discutir as consequências do uso e abuso de substâncias psicoativas.
Fuxicoterapia	Profissionais: Psicologia Publico alvo: pacientes com uso abusivo

	de substâncias psicoativas Objetivo: através da arte-terapia trabalhar a diminuição da ansiedade, melhorar a concentração e a relação interpessoal, além de proporcionar a inclusão social por meio da produção confeccionada.
Grupo Trabalho Processivo	Profissionais: Psicologia Público alvo: pacientes com uso ou abuso de substâncias psicoativas Objetivo: facilitar ao usuário uma reconexão consigo mesmo e com sua tendência profunda que o levou para a droga.
Grupo Acolhimento Familiar	Profissionais: Serviço social e Terapia ocupacional Público alvo: familiares que apresentem sofrimento psíquico devido o uso abusivo de drogas Objetivo: auxiliar na qualidade de vida dos familiares e subsidiar conhecimentos teóricos para o trato com o paciente
Grupo TELDA(Ter.Liber.Dep.Alc.)	Profissionais: Psicologia e Enfermagem Público alvo: pacientes que fazem uso abusivo de álcool Objetivo: fortalecer a abstinência alcoólica e oferecer estratégias para redução de danos e riscos à saúde, bem como a reintegração social.
Cine CAPS	Profissionais: ‘Profissional do Posso ajudar’ Público alvo: pacientes com uso ou abuso de substâncias psicoativas Objetivo: atividade ocupacional

Grupo Prevenção Recaída	Profissionais: Psiquiatria e Terapia ocupacional Público alvo: pacientes que estejam em abstinência por no mínimo dois meses Objetivo: prevenir episódios de recaídas, fortalecer a manutenção e fomentar metas a médio e longo prazo.
-------------------------	---

Fonte: Relatório de gestão do CAPS AD SER III, 2012

TABELA 05- PRÁTICAS EXTRA CAPS

Resgate da autoestima	Profissionais: Serviço social e Enfermagem Público alvo: pacientes sem comorbidade severa e familiares com transtorno de ansiedade, depressão e necessidade de transformação pessoal. Objetivo: resgatar a autoestima do paciente e seus familiares
Matriciamento	Profissionais: Equipe multiprofissional Público alvo: Profissionais e a comunidade do território Apoio matricial a atenção primária pertencente a ser 3
Terapia comunitária	Profissionais: Terapeuta comunitário Publico alvo: Pacientes e Familiares nos Centros de saúde da família.

Fonte: Relatório de gestão do CAPS AD SER III 2012

A atual conjuntura é marcada pela mudança de gestão municipal, são sentidas várias mudanças administrativas e conceituais, remetendo a uma possível centralização das ações, o que contribui para um retrocesso nas ações como o término das Rodas de Equipe e de Apoio Matricial na Rede de Saúde Mental da cidade de Fortaleza.

A questão da territorialização é uma premissa fundamental para a efetivação da missão do CAPS, onde no âmbito da saúde vem a contemplar o indivíduo; a comunidade e a redes de apoio, aspectos que começam a se configurar na concretude do cenário de prática o

que tem suscitado reflexões acerca da realidade em uma configuração política, cultural e econômica de extrema desigualdade social e que a efetivação de prática de cuidado em saúde pública tem sido constantemente sucateada. Esses aspectos são presente no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial que atendem a população com transtorno mental grave, uma parcela socialmente excluída que apresenta uma complexidade que está diariamente nos serviços através de uma extrema demanda que é assistida de forma deficitária.

O sistema público de saúde embora seja universalizado é organizado pelas gestões regionais para a parcela populacional mais pobre o que caracteriza o território ser em sua maioria composta por bairros economicamente menos favorecidos. Compreender que muitos males da saúde são determinados pelas questões sociais deve ser introjetado no âmago dos Profissionais de saúde, que lidam com público alvo da rede de saúde mental.

Outra problemática observada em alguns CAPS é um cuidado medicalocêntrico, focado na doença e não na singularidade do ser, o clássico modelo “*queixa-conduta*”, atendimento clínico ambulatorial e prescrição de fármacos acabam por sucumbir todas as práticas, incentivados pela grande demanda.

Há ainda o choque provocado pela mudança de gestão, muitos médicos saíram do serviço, assim como alguns profissionais que foram substituídos por outros oriundos de seleção pública. Neste contexto, o vínculo entre os usuários, profissionais, família e comunidade foi fragilizado e deve ser restabelecido.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

No Brasil, é crescente o número de pessoas que não possuem domicílio e vivem em situação de rua, todavia constata-se uma ausência de políticas públicas ou uma fragilidade no enfrentamento desse e de outros problemas estruturais presentes nos médios e grandes centros urbanos. Mesmo nos municípios onde há política de inclusão e participação social, as perspectivas dos moradores de rua em participarem das deliberações políticas e institucionais não estão necessariamente garantidas, pois, a estrutura participativa tende a ser impeditiva, uma vez que estabelece regras que tornam seu funcionamento complexo e dificultam o fluxo de informações que garantem o acesso ao processo participativo (LIMA: 2011).

Em um estudo realizado pelo Ministério do desenvolvimento social (BRASIL: 2007, p.6) em alguns estados do Brasil, estando incluso a cidade de Fortaleza, foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades pesquisadas vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio e igrejas).

No que condiz as características sócio econômicas da PSR A população em situação de rua é predominantemente masculina (82%), mais da metade (53%) das pessoas adultas em situação de rua entrevistadas (somente foram entrevistadas pessoas com 18 anos completos ou mais) possui entre 25 e 44 anos, 39,1% das pessoas em situação de rua se declararam pardas. Declararam-se brancos 29,5% (53,7% na população em geral) e pretos 27,9%, os níveis de renda são baixos. A maioria (52,6%) recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais (BRASIL: 2007 p.6).

No que diz respeito a formação escolar da PSR, 74% dos entrevistados sabem ler e escrever, 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome, a imensa maioria não estuda atualmente (95%). Apenas 3,8% dos entrevistados afirmaram estar fazendo algum curso (ensino formal 2,1% e profissionalizante 1,7%).

Dentre os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Dos entrevistados no censo, 71,3% citaram pelo menos

um desses três motivos (que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro) (BRASIL:2007, p.7).

No que condiz os vínculos familiares 51,9% dos entrevistados possuem algum parente residente na cidade onde se encontram; Porém, 38,9% deles não mantêm contato com esses parentes e 14,5% mantêm contato em períodos espaçados (de dois em dois meses até um ano). Os contatos são mais frequentes (diários, semanais ou mensais) no caso de 34,3% dos entrevistados, 39,2% consideram como bom ou muito bom o relacionamento que mantêm com os parentes que vivem na mesma cidade, enquanto 29,3% consideram esse relacionamento ruim ou péssimo e 23,1% mantêm contato com parentes que vivem fora da cidade em que se encontram (BRASIL:2007, p.10).

Já a questão do trabalho e renda a PSR é composta, em grande parte, por trabalhadores: 70,9% exercem alguma atividade remunerada, dessas atividades destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%); apenas 15,7% das pessoas pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência.

Esses dados são importantes para desmistificar o fato de que a população em situação de rua é composta por “mendigos” e “pedintes”. Aqueles que pedem dinheiro para sobreviver constituem minoria. Desse modo, a maioria tem profissão: 58,6% dos entrevistados afirmaram ter alguma profissão, entre as profissões mais citadas destacam-se aquelas ligadas à construção civil (27,2%), ao comércio (4,4%), ao trabalho doméstico (4,4%) e à mecânica (4,1%). Contudo, a maior parte dos trabalhos realizados situa-se na chamada economia informal: apenas 1,9% dos entrevistados afirmaram estar trabalhando atualmente com carteira assinada. Essa não é uma situação ocasional. 47,7% dos entrevistados nunca trabalharam com carteira assinada (BRASIL:2007, p.10).

No que condiz as condições de saúde, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, entre os problemas de saúde mais citados destacam-se: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/ cegueira (4,6%). Dos entrevistados, 18,7% fazem uso de algum medicamento. Postos/centros de saúde são as principais vias de acesso a esses medicamentos. Daqueles que os utilizam, 48,6% afirmaram consegui-los por esse meio. Quando doentes, 43,8% dos entrevistados procuram em primeiro lugar o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% procuram o posto de saúde. Porém, 24,8% das pessoas em situação de rua não possuem quaisquer documentos de identificação, o que dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania.

O cotidiano da pessoa em situação de rua não possibilita uma articulação mais complexa entre seus membros, e essa dificuldade em se articular no plano das políticas públicas e se organizar coletivamente dificulta ainda mais as suas chances de inclusão no plano institucional e, por consequência, a possibilidade de melhoria na sua condição social.

No entanto, existem exceções e entre elas destaca-se o movimento desencadeado no Município de Porto Alegre, por um grupo de moradores de rua que se organizaram e instituíram um Fórum denominado Fórum da População Adulta em Situação de Rua (FPASR) (LIMA, 2011).

Sílvia Zoche (2004), afirma que de acordo com a coordenadora do Núcleo Cidadão de Rua, Herbert de Souza, a maioria dos moradores de rua sai da periferia da cidade e, normalmente, eles chegam sozinhas aos albergues. A autora explica que é mais comum que o homem saia de casa, por estar desempregado e não ter como sustentar a família. *"São questões morais. É a história de achar que o homem é quem tem a obrigação de sustentar a família. Quando não consegue, ele vai embora"*.

Ressalta-se, ainda, que a autora em questão diz que a mulher que mora na rua, sai de casa fugindo dos maus tratos ou porque o marido a expulsou por beber demais, por exemplo. Em Juiz de Fora ainda não se encontra uma família inteira na rua. *"Este não é o perfil da cidade. Quando vemos um casal, é porque se conheceram na rua mesmo"*. Ela lembra que muitas pessoas que vemos nas ruas, pedindo esmolas, possuem uma casa para morar. *"Às vezes, a pessoa tem família e casa, mas prefere ficar na rua e só volta em casa para dormir. Às vezes, são famílias que praticam a mendicância, mas possuem um lugar fixo de moradia"*. Evidencia-se a distinção do perfil dos moradores de rua, sendo definida a partir do gênero, faixa etária e cultura de cada indivíduo.

Para Vieira (ET, AL, 1994) a população em situação de rua perderam suas próprias vidas, o seu próprio eu. Além das perdas dos documentos, que é comum, perderam o sentido da vida, onde utilizam as drogas ou a ingestão abusiva da droga como uma fuga, uma válvula de escape, um amortecedor de feridas abertas. A principal consequência dessa *"entrega"* seria a entrada para o mundo do crime, onde de invisíveis, tornariam visíveis, através de um boletim de ocorrência.

Para se compreender a produção dos valores desenvolvidos pela pessoa em situação de rua, segundo Ghirardi et al. (2005, p. 601), essa pessoa passa por um processo de adequação ao espaço público que abarca principalmente a adaptação a essa nova fase de vida, que rompe com todos os conceitos anteriormente vividos por ele. Esse processo divide-se em três momentos distintos: o ficar na rua, estar na rua e ser da rua.

A pobreza não se reduz a uma questão meramente econômica, se constitui também num parâmetro de avaliação social. Nesse contexto a população de rua, que indiscutivelmente se encontra numa situação de extrema pobreza, tem seu lugar social demarcado, sendo estigmatizada pela sociedade como um todo e pela classe trabalhadora em particular.

Ghirardi et al. (2005, p. 601), diz ainda que ficar na rua reflete um estado de precariedade de quem, além de estar sem recursos para pagar pensão, não consegue vaga em um albergue. Pode ser fruto do desemprego, especialmente na construção civil, quando, junto com o trabalho, se perde a moradia no alojamento da obra. Há também os que, recentes na cidade, não conseguem emprego e não tem para onde ir.

Geralmente as pessoas que se encontram nessa situação sentem-se desvalorizadas e demonstram medo de dormir na rua. Buscam rapidamente uma saída através de plantões de serviço social e procuram empregos ou bicos que lhes permitam pagar uma pensão. Rejeitam violentamente a definição de morador de rua, procurando distanciar-se dele.

Estar na rua expressa a situação daqueles que, desalentados, adotam a rua como local de pernoite e já não a consideram tão ameaçadoras. Começam a estabelecer relações com pessoas da rua e conhecer novas alternativas de sobrevivência. Procuram emprego ou fazem bicos. Podem conseguir trabalho em outras cidades ou estados, aliciados por empreiteiros. Quando conseguem obter algum dinheiro, procuram pensões ou vagas em albergues. Começam a frequentar lugares com distribuição de comida gratuita e instituições assistenciais. Tentam se diferenciar dos moradores de rua apresentando-se como trabalhadores desempregados (Ghirardi et al, 2005, p. 601).

Então, de acordo com o autor supracitado, é possível alternar a rua com outros lugares de residência e com trabalhos diversos. Pode acontecer até mesmo que o indivíduo saia definitivamente da rua, retorne ao lugar de origem, consiga emprego, constitua família. Esse processo torna-se mais difícil à medida que aumenta o tempo de rua. De forma geral, o indivíduo vai sofrendo um processo de depauperamento físico e mental em função de má alimentação, precária condição de higiene e pelo uso constante de álcool. Essa população está também exposta a toda sorte de violência vinda da polícia, dos próprios companheiros e do trânsito. Nessa situação, fica difícil ser aceito em qualquer tipo de emprego, mesmo recorrendo ao discurso do trabalhador desempregado que perdeu os documentos.

Nesse contexto a rua ganha cada vez mais importância. É o espaço de relações pessoais, de trabalho, de obtenção de recursos de toda a sorte. O cotidiano passa a ser pautado por referências como as bocas de rango, instituições assistenciais – determinados locais da cidade onde se reúnem pessoas na mesma situação. A rua torna-se então, espaço de moradia de forma praticamente definitiva.

Ser morador de rua não significaria apenas estar submetido á condição de espoliação, enfrentando carência de toda sorte, mas significa, também, adquirir outros referenciais da vida social diferentes dos anteriores, baseados em valores associados ao trabalho, à moradia, as relações familiares.

Diferentemente dos que passam pela rua circunstancialmente, os que já moram nela possuem um modo de vida próprio, ou seja, desenvolvem modos específicos de garantir a sobrevivência, de conviver e ver o mundo. Têm sobre a cidade um outro olhar, atribuindo novas funções aos espaços públicos, às instituições (Ghirardi et al. 2005, p. 601).

Existiria, ainda, um grupo de moradores de rua, especialmente jovens, que já nasceram nela; no entanto, na maioria das vezes, as pessoas que vivem na rua têm uma história que se fez fora dela. Entre estes, há os egressos de penitenciárias, de instituições publica e privadas que abrigam menores, como a FEBEM, orfanatos, os que procedem de instituições de saúde, especialmente mental, como hospitais psiquiátricos etc. Essas pessoas que viveram em instituições são portadoras de um estigma social que os associa à marginalidade, o que os faz serem vistos como perigosos, loucos e incapazes. A dificuldade de aceitação social desses indivíduos associada a sua autoimagem denegrida, dificulta o estabelecimento de vínculos com o trabalho e com a família, que os enquadraria em parâmetros de vida socialmente aceitos. Nesse caso, a rua pode tornar-se ponto de referência – espaço onde tais pessoas encontram seus iguais.

A maioria dos moradores de rua, no entanto, não procede de instituições. Grande parte deles foram anteriormente trabalhadores não especializados, muitos vivendo sem família, alguns em consequências de conflitos, apresentando problemas de ordem física e mental.

Na competição pelo mercado de trabalho, baseada em determinados critérios sociais, essas pessoas, por algumas de suas características, tornaram-se perdedoras e vão sendo aos poucos excluídas (BARBIERI, 2006).

Historicamente, a partir do final a década de 70, organizações civis de diferentes setores se articularam em torno da conquista de liberdades democráticas e justiça social. Nesse processo, emergiram novas demandas sociais que, colocadas na pauta de reivindicações da sociedade brasileira, buscavam a ampliação dos direitos de cidadania e da participação política (BRASILIA, 2011).

Esses movimentos sociais, historicamente vigorosos, avançaram na conscientização e na organização popular, rumo às lutas específicas como moradia, saúde, educação, igualdade de direitos (mulher, criança, negros, homossexuais, idosos), reforma

agrária, meio ambiente e melhores condições de vida nas grandes cidades (reforma urbana, segurança, fim da violência). Uma marca primordial desse processo foi à luta por direitos, pela participação política e pela *“reforma das políticas sociais, cujo ponto de partida era a crítica ao caráter excludente da política social vigente sob o regime militar”* (IPEA, 2009, p.18).

Com o agravamento das questões sociais e as altas taxas de desemprego registradas nos anos 80 ampliaram-se as demandas por acesso a saúde, educação, assistência social e trabalho e renda. Nesse cenário, o acelerado crescimento das cidades exigia investimentos em infraestrutura, transporte, saneamento básico, energia elétrica e habitação, políticas que os movimentos sociais passaram a reivindicar, na perspectiva da garantia de acesso e enfrentamento das iniquidades observadas na realidade brasileira (BRASILIA, 2011).

Com a redemocratização do país, processaram-se também as primeiras iniciativas de organização da população em situação de rua, contrariando a crença desenvolvida pelas práticas caritativas e assistencialistas de que este segmento da população não teria força de mobilização para buscar politicamente transformações individuais e coletivas.

Foi nesse período também que se articularam no país, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, projetos de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua. Desenvolvidos em diferentes cidades por organizações da sociedade civil, esses projetos constituíram a base da formação do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, em 1985. Na mesma direção, ainda, a Pastoral do Menor realizou, de 1981 a 1992, a Semana Ecumênica do Menor, que reuniu aproximadamente mil pessoas na defesa dos *“meninos de rua”* e na organização da luta por direitos de cidadania para este segmento (BRASILIA, 2011).

Nesse contexto, as instituições de apoio e ajuda à população em situação de rua direcionam-se para a afirmação do acesso desta população ao direito humano à vida e à dignidade. Estas instituições buscaram, ainda, superar o caráter assistencialista e repressor da ação junto às pessoas em situação de rua com a introdução, no trabalho cotidiano, de um novo trato metodológico que priorizava a organização e o protagonismo como instrumento de resgate de direitos de cidadania das pessoas em situação de rua. Foi pela ação das Pastorais do Povo de Rua que essa população passou a ocupar novos espaços públicos, de forma organizada, para reivindicar melhores condições de vida. (BRASILIA, 2011).

O Grito dos Excluídos, que simbolizou a luta da população em situação de rua, foi promovido pela Pastoral Social com as demais Igrejas do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs, movimentos sociais, entidades e organizações da sociedade civil. No dia 07 de

setembro de 1995, mobilizou indivíduos, organizações e movimentos sociais com o objetivo de dar “*Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança.*” (BRASILIA, 1988: art. 5, p.5)“ *São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.*” (BRASILIA, 1988;. art. 6, p.7º).

Dentro desse contexto, nas noites de 19 a 22 de agosto de 2004, ocorreu à morte brutal de moradores de rua da região central da cidade de São Paulo, diversos movimentos sociais e organizações da sociedade civil expressaram de várias formas a necessidade de se organizarem como movimento social, reivindicando a participação no controle social da política pública de assistência social e, especialmente, na elaboração de uma proposta de política nacional para a população de rua. (BRASILIA, 2011).

Tendo como exemplo a trajetória e a organização do Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, pessoas em situação de rua de vários locais do Brasil, lideranças dessa luta, participaram do 4º Festival Lixo e Cidadania, realizado em setembro de 2005. Durante o Festival foi lançado o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), como expressão dessa participação organizada das pessoas em situação de rua em várias cidades brasileiras. Com o objetivo de conhecer os desafios e definir estratégias na construção de políticas públicas para as pessoas em situação de rua, em 2005, a Secretaria Nacional de Assistência Social do MDS realizou o I Encontro Nacional de População em Situação de Rua, do qual participaram representantes de vários municípios, fóruns e entidades da população em situação de rua e organizações não governamentais, além de representantes do próprio MDS. Nesse Encontro foram lançadas as bases para a construção da Política Nacional sobre a População em Situação de Rua, que teve como objetivo fazer uma análise da realidade de vida desta população no Brasil, com a participação de atores qualificados, e traçar estratégias e diretrizes para a construção de políticas nacionalmente articuladas. (BRASILIA, 2011).

Como resposta às demandas apresentadas no I Encontro Nacional de População em Situação de rua foi aprovada a Lei Nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a criação de programas específicos de assistência social para as pessoas que vivem em situação de rua, procedendo à alteração no parágrafo único do artigo 23 da Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASILIA, 2011).

Então, em 25 de outubro de 2006, foi instituído, por Decreto Presidencial, o

Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), coordenado pelo MDS, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua. O Decreto considerou também a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de governo e da participação da sociedade civil organizada nesse processo.

A composição do GTI envolveu, além do MDS, diferentes Ministérios: Saúde, Educação, Trabalho e Emprego, Cidades, Cultura e Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Também participaram do GTI representantes do MNPR, da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS).

Assim, em 2007, iniciou-se o processo de discussão e elaboração do texto da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR), concluída após a realização de seminários em diferentes cidades e consulta pública em âmbito nacional. Publicada em dezembro de 2009, a Política Nacional pautou-se na perspectiva de assegurar a integralidade das políticas públicas e o acesso a direitos às pessoas em situação de rua (DOSSIÊ: 2010).

Em meio a esse processo, o MDS, por intermédio das Secretarias Nacionais de Assistência Social - SNAS e de Avaliação e Gestão da Informação – SAGI, iniciou a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua realizada entre agosto de 2007 e março de 2008, em 23 capitais, independente de seu porte populacional, e em 48 municípios com mais de 300 mil habitantes, totalizando um universo de 71 cidades brasileiras. Entre as capitais brasileiras, não foram pesquisadas: São Paulo, Belo Horizonte e Recife, que haviam realizado levantamentos semelhantes em anos recentes, e nem Porto Alegre, que à época realizava, por iniciativa municipal, uma pesquisa dessa natureza.

Em 2009, no II Encontro Nacional sobre População de Rua, de posse dos resultados da Pesquisa Nacional, concluída em 2008, e das aprendizagens e experiências advindas do I Encontro Nacional e seus desdobramentos, foi estabelecida e validada a proposta intersetorial da Política Nacional para a População em Situação de Rua, consolidada por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009, que institui, também, o Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População de Rua – CIAMP - Rua (BRASILIA,2011).

Neste interim, a Política Nacional para População em Situação de Rua (2009) enfoca a intersectorialidade como uma estratégia de negociação permanente para o desenvolvimento de serviços, programas, projetos e benefícios que atendam aos direitos humanos das pessoas em situação de rua nas diversas políticas públicas, de modo a formar uma rede que assegure a efetividade e a qualidade da atenção ofertada. Assim,

pautada por princípios e diretrizes a PNPR propõe a integração das políticas públicas de saúde, educação, previdência social, de assistência social, trabalho e renda, habitação, moradia, cultura, esporte, lazer e segurança alimentar e nutricional, no atendimento integral desse segmento da população (BRASIL: 2009).

O maior desafio para a prática da intersetorialidade é o estabelecimento de uma gestão integrada co-responsável pela atenção integral aos cidadãos. Como estratégia de enfrentamento a este desafio, a Política Nacional para a População em Situação de Rua estabeleceu a criação de Comitês Gestores Intersetoriais locais, os quais devem contar com representações das áreas de políticas públicas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua e de fóruns, movimentos e entidades representativas deste segmento da população. A exemplo do Comitê Nacional, estes Comitês locais têm o papel de elaborar, acompanhar e o monitorar os Planos de Ação para a População em Situação de Rua (BRASILIA :2011).

Dentre as áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, e que devem participar dos Comitês Gestores, destacam-se as políticas de Assistência Social, Saúde, Habitação e Trabalho e Renda, além da Segurança Alimentar e Nutricional e Educação, políticas que se responsabilizam e se comprometem com uma agenda mínima nacional de ações específicas para cada área, a ser operacionalizada de modo articulado.

O Gestor da Assistência Social deve, portanto, participar do Comitê Gestor Intersetorial local e, se for o caso, estimular sua criação. Os Comitês Gestores Intersetoriais terão a atribuição de: elaborar planos de ação com objetivos, metas, prazos, responsáveis; desenvolver um conjunto de indicadores para monitoramento e avaliação das ações previstas no plano; prever ações de comunicação acerca das conquistas, dos direitos e das ações realizadas para esse segmento da população; propor e acompanhar estudos e pesquisas acerca da população em situação de rua. (BRASILIA :2011).

Os Comitês Gestores Intersetoriais, deverão, também, contemplar a pactuação de responsabilidades e fluxos de articulação intersetorial institucionalizados para assegurar a atenção integral às pessoas em situação de rua. Os protocolos de articulação intersetorial pactuados entre as diversas políticas representam instrumento particularmente importante, tendo em vista a efetivação do atendimento às diversas demandas da população em situação de rua. Cabe destacar que, além da instituição dos Comitês, a Política Nacional previu dentre seus dispositivos (BRASILIA, 2011):

- a) Qualificação da atenção por meio da formação e a capacitação permanente de profissionais e gestores; e desenvolvimento de pesquisas, produção,

sistematização e disseminação de dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a população em situação de rua;

- b) Instituição de contagem oficial da população em situação de rua;
- c) Implantação de Centros de Defesa dos Direitos Humanos da População de Rua;
- d) Acesso da população em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda;
- e) Implantação de Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua no âmbito da Política de Assistência Social, por meio da proteção social especial.

Entretanto, as políticas públicas voltadas para a População em situação de rua na cidade de Fortaleza andam com passos lentos, pois se limita a programas como consultório de rua, bolsa família e o espaço de acolhimento noturno. No ano de 2010 suspendeu-se as atividades do Centro de Atenção à População de Rua (CAPR), por conta de incontinências acontecidas no ambiente intra institucional. Atualmente esta instituição denomina-se Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP) constituindo-se em uma unidade de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade, de caráter público estatal, com papel importante no alcance dos objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Nesse contexto, representou um importante avanço, no campo da legislação brasileira, a aprovação da Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005 que alterou o art. 23 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, incorporando à LOAS a criação de programas de proteção social às pessoas em situação de rua no campo da Assistência Social, o que reafirmou o dever do Estado com a proteção social aos cidadãos brasileiros que se encontram em situação de rua no Brasil. A aprovação da Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 (Lei do SUAS), que altera a LOAS veio fortalecer ainda mais esse processo, assegurando bases sólidas para a consolidação da institucionalidade da política de Assistência Social e do SUAS no país.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tem origem na formatação e aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) que atribuiu à Assistência Social um novo significado: política pública, dever do Estado e direito do cidadão que dela necessita (BRASILIA, 2005).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2004, e a NOB/SUAS

estabeleceram diretrizes para a efetivação da política de Assistência Social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado.

O SUAS é um sistema público não-contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira. (BRASILIA, 2005)

O SUAS incorpora os territórios, como eixo estruturante, considerando as desigualdades sócio territoriais e a diversidade das regiões. Sob essa perspectiva, organiza a rede sócio assistencial integrada por um conjunto de serviços, benefícios, programas e projetos de assistência social, com desenho homogêneo, mas flexível para adaptações à realidade local.(BRASILIA, 2011).

Em sua estrutura de gestão, o SUAS explicita a perspectiva do acesso à integralidade da proteção nos diferentes territórios do país. Assim, os serviços, programas e projetos de Proteção Social Básica e Especial devem ser organizados, de modo a garantir a integralidade da proteção, considerando as seguranças socioassistenciais a serem afiançadas a famílias e indivíduos:

- a) em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade;
- b) que enfrentam vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais, por violação de direitos, em razão do ciclo de vida, deficiência, ou ainda, por discriminação étnica, cultural e de gênero;
- c) em situação de exclusão social pela pobreza e/ou pelo não acesso às políticas públicas;
- d) com vivências de situações de violência (física, psicológica, sexual, dentre outras);
- e) em situação de vulnerabilidades e risco pessoal ou social, por violação de direitos, com agravos relativos ao uso de substâncias psicoativas;
- f) em desvantagem pessoal e social pela precária ou não inserção no mundo do trabalho;
- g) que utilizam estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social.

As ações desenvolvidas pelo Centro POP e pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua devem integrar-se às demais ações da política de assistência

social, dos órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas - saúde, educação, previdência social, trabalho e renda, moradia, cultura, esporte, lazer e segurança alimentar e nutricional - de modo a compor um conjunto de ações públicas de promoção de direitos, que possam conduzir a impactos mais efetivos no fortalecimento da autonomia e potencialidades dessa população, visando à construção de novas trajetórias de vida (BRASILIA, 2011).

Então, nessa direção deve-se assegurar o acesso dessa população ao conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, conforme demandas identificadas. Dadas às complexidades e especificidades da situação de rua, a PNAS e a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais previram, inclusive, a estruturação de serviços especializados, especificamente destinados e organizados para o atendimento a pessoas em situação em rua, o que não implica em prejuízo do acesso aos demais serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, de acordo com as demandas identificadas (BRASILIA: 2005). Segundo a Política Nacional para População em Situação de Rua, cabe à política de Assistência Social o desenvolvimento de serviços, programas e projetos para:

- a) 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;
- b) Criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;
- c) Adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários;
- d) 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.(BRASILIA:2011).

Como foi relatado anteriormente a partir do documento da SEMAS, a população em situação de rua estaria inserida na Proteção Social Especial, que *é a modalidade de atendimento assistencial destinada às famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras*(SEMAS, 2011).

Os serviços de proteção social especial se organizam em dois níveis hierárquicos distintos, a saber: serviços de média complexidade e serviços de alta complexidade.

São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e aos indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não chegaram a ser rompidos. Os serviços de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral - moradia, alimentação, higienização – para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário. O serviço de abordagem social nas ruas encontra compatibilidade com o atual serviço especializado em abordagem social(SEMAS, 2011).

A aprovação da Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009, representou um avanço significativo para a concretização da oferta de ações às pessoas em situação de rua no SUAS, na medida em que efetivou a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

A Tipificação estabeleceu parâmetros para a oferta de serviços socioassistenciais de PSE de Média e Alta Complexidade direcionados a diversos públicos, dentre os quais a população em situação de rua. Segundo a tipificação Nacional dos serviços socioassistenciais, constituem serviços de PSE cuja oferta da atenção especializada volta-se para a população em situação de rua: a) PSE de Média Complexidade: Serviço especializado para pessoas em situação de rua; Serviço especializado em abordagem social; e b) PSE de Alta Complexidade: Serviço de acolhimento institucional(para indivíduos e famílias em situação de rua) (BRASILIA, 2011);

No âmbito da PSE de Média Complexidade, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, ofertado no Centro POP, configura-se como um espaço essencial para a oferta de atenção especializada no SUAS às pessoas em situação de rua.

O Serviço Especializado em Abordagem Social, igualmente tipificado no escopo de atuação da PSE de Média Complexidade, representa importante recurso para a identificação de pessoas em situação de rua ao possibilitar que a oferta de atenção especializada a esse segmento seja iniciada no próprio contexto da rua, viabilizando intervenções voltadas ao atendimento de necessidades mais imediatas e à vinculação gradativa aos serviços socioassistenciais e à rede de proteção social.(BRASILIA:2011)

No âmbito da PSE de Alta Complexidade, por sua vez, são ofertados serviço de acolhimento. A previsão desses serviços no SUAS parte, dentre outros aspectos, do reconhecimento de que nessas situações é necessário garantir a indivíduos e famílias que utilizam as ruas como espaço para moradia e/ou sobrevivência, acolhimento temporário e possibilidades para desenvolver condições para a independência, a autonomia e o autocuidado.

Os serviços de Alta Complexidade, direcionados à população em situação de rua são: Serviço de Acolhimento Institucional, desenvolvido em unidade institucional semelhante a uma residência e/ou em unidade institucional de passagem, com o objetivo de oferta de acolhimento imediato e emergencial e Serviço de

Acolhimento em Repúblicas, destinado a jovens a partir dos 18 anos e pessoas adultas com vivência de rua em fase de reinserção social, que estejam em processo de restabelecimento dos vínculos sociais e construção de autonomia. (BRASILIA:2011).

Importante ressaltar que a PSE de Média Complexidade organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado que requerem maior estruturação técnica e operativa, com competências e atribuições definidas, destinados ao acompanhamento a famílias e indivíduo sem situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Constituem Unidades de referência para a oferta de serviços especializados no âmbito da PSE de média Complexidade: Centro de referência especializado da Assistência Social (CREAS) e Centro de referência especializado para População em Situação de rua (CENTRO POP).

No que diz respeito ao serviço de abordagem social nas ruas e os denominados outros serviços para atendimento à população de rua são aqueles que apresentam as maiores diferenças de incidência quando se efetua a comparação por classes de tamanho da população dos municípios. Eles estão presentes em 95,0% dos municípios com mais de 500 000 habitantes, mas constituem os serviços com menor incidência entre os municípios com população até 100 000 habitantes. Contudo, tal distribuição não chega a surpreender, visto que guarda certa coerência com problemas sociais que se fazem sentir com mais força nos grandes aglomerados urbanos. (IBGE, 2009).

Vale ressaltar que, nos municípios onde, em função da demanda, não se justificar a implantação de um Centro POP e, assim, a oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), ofertado no CREAS, poderá promover o acompanhamento especializado a esse segmento, em articulação com o Serviço Especializado em Abordagem Social e os Serviços de Acolhimento (BRASILIA, 2011).

Nesses casos, o CREAS não será substitutivo do trabalho social desenvolvido no Centro POP, mas poderá ofertar acompanhamento especializado, na localidade, às pessoas em situação de rua, visando prevenir agravamentos das situações de risco pessoal e social e possibilitar a construção do processo de saída das ruas, por meio de intervenções em rede (BRASILIA, 2011).

Importante frisar que a Secretaria Municipal de Fortaleza dentro de suas atribuições está construindo em parceria com outros órgãos municipais, estaduais e da sociedade civil, uma Política Pública destinada à População de Rua da cidade de Fortaleza

com o intuito de garantir autonomia, qualidade de vida e superação dessa situação excludente. Portanto, está unindo esforços com os vários setores para construir a Política Intersetorial de Atenção à População em Situação de Rua, tendo os seguintes eixos: assistência social; saúde; urbanismo e habitação; trabalho e geração de renda; educação, arte e cultura; qualidade de vida e desenvolvimento sustentável; violência urbana.

3.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E PRODUÇÃO ACADÊMICA

Rozendo (2011) apud Costa (1989) relata a história de higienização dos moradores de rua no Brasil. De acordo com o autor desde o Século XIX esta população tem sido perseguida pelo Estado, pela aristocracia, pelos clérigos e pela sociedade em geral, no intuito de higienizar seus hábitos e subjetividades. Com a chegada da Coroa Portuguesa na cidade do Rio de Janeiro, então capital do País, houve a implantação de um projeto higienista de urbanização e ordenação da cidade, que seguia os exemplos dos projetos já implantados nas grandes cidades europeias.

Então, o autor supracitado diz que o projeto higienista de urbanização impulsionou a criação de várias instituições que visavam isolar as populações de rua, dos demais estratos populacionais. Surgindo, assim, os asilos de velhos orfanatos e outras instituições voltadas à mendicância “ *que fora subdividida em diversas categorias distintas, tais como órfãos, velhos desamparados, inválidos, prostitutas e vadios. Para aqueles considerados vadios* ” (classificação oitocentista que mais se assemelha a catalogação dos moradores de rua na contemporaneidade), foram criados dispositivos legais que previam a pena de prisão sobre a acusação de vadiagem.

A definição de vadiagem diz respeito, *a culpabilização da proliferação de doenças, maus costumes e hábitos considerados, nefastos”, como a promiscuidade, a fornicação, e tantas outras degenerações* ” (DONZELOT, 1986). Estas acusações eram utilizadas como justificativa pelo isolamento e retenção dos habitantes das ruas e recebia o apoio da sociedade, já normatizada em instituições como o trabalho, a igreja e a família. Na atualidade presenciamos a reconfiguração dos tratamentos dirigidos à população de rua, porém suas raízes continuam bem fincadas no período do imperial.

De acordo com Costa (1989) o termo higienista remeteria a teoria e a prática da medicina da política de higienização das cidades, da população e da família. No Brasil, assim como na Europa, foram criadas um conjunto de instituições com o objetivo de isolar as populações consideradas como um perigo social. Dentre estes grupos inseriam-se os órfãos,

velhos desamparados, prostitutas e os mendigos, e quem mais habitasse as ruas da cidade. Então, em alguns casos estas organizações alcançariam seu objetivo fundamental, reinserir o morador de rua em um modo de vida normal. Estas ocorrências se efetivaria nos indivíduos que encaram a situação de rua como temporária, muitas vezes relacionada com uma situação de desemprego.

A partir desse contexto, Almeida (2011) diz que economicamente, o sistema capitalista rege o nosso modo de vida, onde vivenciamos uma divisão social baseada na obtenção e geração de renda. As classes sociais seriam divisoras de status social, e o fator econômico seria determinante na garantia de melhor educação, moradia, saúde, segurança e até entretenimento.

O autor supracitado diz ainda que o consumo seria apreciado como uma lei que dita o direito pela cidadania. Como consequência, aquele indivíduo que estiver fora deste padrão criado pelo capitalismo, não seria considerado um cidadão ou um cidadão por completo; não possuiriam de forma plena todos os bônus que advém do bem-estar social. Ressalta-se o fato de que quem detém o poder econômico é quem possui maior influência no poder político. Porém, esta realidade é distante para muitos. Para indivíduos que caem no esquecimento da própria sociedade. Tornam-se invisíveis aos olhos dos cidadãos, ora provocando estranheza como se não fossem seres humanos ora piedade. Estereotipados em imagens de pessoas sujas, fedorentas, doentes, viciadas, criminosas e violentas.

(...) nós as olhamos amedrontados, de soslaio, com uma expressão de constrangimento. Alguns as veem como perigosas, apressam o passo. Outros logo as consideram vagabundas e que ali estão por não quererem trabalhar, olhando-as com hostilidade. Muitos atravessam a rua com receio de serem abordados por pedido de esmola, ou mesmo por pré-conceberem que são pessoas sujas e mal cheirosas. Há também aqueles que delas sentem pena e olham-nas com comoção ou piedade. Enfim, é comum negligenciarmos involuntariamente o contato com elas. Habitados com suas presenças, parece que estamos dessensibilizados em relação à sua condição (sub) humana. Em atitude mais violenta, alguns chegam a xingá-las e até mesmo agredi-las ou queimá-las, como em alguns lamentáveis casos noticiados pela imprensa. (MATTOS & FERREIRA, 2004, p. 2).

Popularmente, estes indivíduos seriam chamados de mendigos. Academicamente, o termo constantemente utilizado seria Morador de rua. O termo mendigo nos parece pejorativo “(...) *O termo sem-teto é muito específico e diz respeito (...) ao movimento organizado de luta por moradia*” (GIORGETTI, 2006, p.20).

Filho (2011) define rua, em um sentido amplo, como espaços públicos, praças, parques, vias de trânsito, calçadas, canteiros, praias e beiras de rio, bem como espaços

privados como prédios, depósitos e galpões abandonados, terrenos baldios, espaços das marquises de prédios e estabelecimentos comerciais.

A rua pode se constituir num abrigo para os que, sem recursos, dormem circunstancialmente em logradouros públicos ou pode indicar uma situação na qual a rua representa seu habitat, propriamente dito, onde se encontra estabelecida uma intrincada rede de relações.

O que unifica essas situações e permite designar os que a vivenciam como populações de rua é o fato de que, tendo condições de vida extremamente precárias, circunstancialmente ou permanentemente, utilizam a rua como abrigo ou moradia. (BRASIL, 2008, p. 8). A rua seria, para além de suas vicissitudes, um espaço público e ao mesmo tempo um espaço privado. As atividades como higiene pessoal, alimentação, vida sexual e descanso noturno, tidas como essencialmente privadas na sociedade moderna, seriam vividas cotidianamente pela população citada em meio à exposição e à falta de fronteiras da rua.

Filho (2011) compreende-se, portanto, a apropriação da rua como expressão de aspectos subjetivos de cada indivíduo, onde muitos construirão seus referenciais de identidade, de sobrevivência e de relação com o outro. Assim, noções de limite, de regras de conduta, de privacidade e de acolhimento são constituídas em meio à fragmentação, transitoriedade e vulnerabilidade que definem os movimentos, os sons e o tempo da rua. Na rua o tempo não para, não porque existe um futuro pela frente, mas porque há uma constante presença do presente.

Dentro desse contexto de vulnerabilidade social que vivem a População em situação de rua (PSR) é importante descrever o seu significado e suas respectivas caracterizações. Segundo o dicionário Houaiss vulnerável é um adjetivo de dois gêneros que se pode atribuir àquilo que pode ser ferido, ofendido, etc. Logo, pressupõe-se que uma condição primária da vulnerabilidade é estar vivo. Só se pode ferir ou ofender aquilo que tem sensibilidade, logo, pode-se atribuir a sensibilidade a todos os seres capazes de sentir dor, seja ela física para todo tipo de animal dotado de um sistema nervoso, seja ela psíquica, como ocorre com os humanos. A filosofia considera a vulnerabilidade como uma dimensão antropológica essencial da existência humana (SALDANHA, 2003).

Existiriam dois tipos de vulnerabilidades: a vulnerabilidade individual e a vulnerabilidade social. Todo cidadão é igualmente vulnerável, porém, há aqueles que são um pouco mais que os outros. Por isso as políticas públicas devem disponibilizar a toda sociedade a proteção da vulnerabilidade como um princípio de justiça. A vulnerabilidade básica intrínseca à existência humana pode ser agravada em indivíduos afetados por outras

circunstâncias como: a pobreza, a falta de educação, dificuldades geográficas, doenças crônicas e endêmicas.

O autor acrescenta ainda outros tipos de vulnerabilidades que podem ser chamadas de vulnerabilidades adicionais como ocorrem nos casos de deficiências biológicas, educacionais e de cunho social.

A vulnerabilidade individual estuda o comportamento pessoal que leva o indivíduo a adoecer em relação ao seu conhecimento e grau de informações sobre assuntos de saúde e o que ele utiliza na prática. Deve-se considerar “*as condições objetivas do ambiente, as condições culturais e sociais*” além do grau de consciência e o poder de transformar seus comportamentos (SALDANHA, 2003).

Já, a vulnerabilidade social refere-se à coleta de informações e a forma como se colocam em prática essas informações no cotidiano, quais os meios de comunicação social e os recursos disponíveis tanto materiais quanto cognitivos, o acesso à Escola, aos Serviços de Saúde, à participação nas decisões políticas e em instituições, possibilidade de se superar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas; Tudo isso deve estar incorporado às análises das vulnerabilidades e a projetos educativos que derivem da análise.

No que concerne, a vulnerabilidade programática ou institucional estabelece uma ligação entre a vulnerabilidade individual e a vulnerabilidade social. Ligada a programas de controle de enfermidades e de graus de compromisso das instituições bem como a gerencia de recursos e o monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção cujo papel é: identificar necessidades, canalizar recursos e aperfeiçoá-los. No que diz respeito às ações educativas devem ultrapassar o caráter normativo centrado no objeto permitindo assim conectarem-se as ações programáticas e as intervenções em saúde considerando que o cuidado em saúde é um encontro de sujeitos (SALDANHA, 2003).

A literatura científica tem mostrado que muitos de nossos comportamentos e hábitos podem nos tornar mais vulneráveis a determinadas doenças tais como diabetes, hipertensão, obesidade bem como a eventual falta do uso de preservativos nas práticas sexuais podem nos levar a adquirir DST, por exemplo, como em Mann *et al.* Considera-se que, uma vez identificados alguns maus-hábitos pode-se também prevenir tais doenças ou ao menos retardar seus efeitos.

Fala-se muito em vulnerabilidade hoje em dia. A vulnerabilidade externa é mais fácil de ser observada. A pobreza, a falta de higiene e de condições econômicas é visível, mas existe uma vulnerabilidade invisível que é ainda mais profunda e que precisa ser avaliada. Essa vulnerabilidade afeta o psicológico da pessoa e interfere drasticamente na doença. No

caso dos pacientes soropositivos essa vulnerabilidade é a que mais causa danos.

Almeida (2011) *apud* Giorgetti(2006, p.25) conceitua sociologicamente Morador de rua: “(...) *todo indivíduo migrante, imigrante ou nascido em uma grande metrópole, que tem o seu fundo de consumo [completamente] dilapidado [...] e não consegue mais repor tal fundo e promover o seu bem-estar*”. Após atravessar um momento em que ocorre o afastamento do mercado de trabalho, a desestruturação familiar e o rompimento com as antigas relações que compunham sua rede de sociabilidade (sem falar, na maioria dos casos, da dolorosa experiência do preconceito social), esses indivíduos passam a depender da rede pública de proteção social, quando não se apropriam do espaço público, transformando-o em moradia. (GIORGETTI, 2006, p.25). Vieira e *et al* (2004), ao referir-se a esse segmento populacional, afirma que são:

(...) pessoas que vivem em situação de extrema instabilidade, na grande maioria de homens sós, sem lugar fixo de moradia, sem contato permanente com a família e sem trabalho regular; são demandatários de serviços básicos de higiene e abrigo; em que a falta de convivência com o grupo familiar e a precariedade de outras referências de apoio efetivo e social fazem com que esses indivíduos se encontrem, de certa maneira, impedidos de estabelecer projetos de vida e até de resgatar uma imagem positiva de si mesmos (Vieira e col., 2004, p. 155).

Atualmente, o termo População em situação de rua, é citado por Silva (2009) por ser o mais apropriado para designar uma situação ou condição social que não resulta apenas de fatores subjetivos vinculados á sociedade e á condição humana, como é comumente considerada, mas é uma situação ou condição social produzida pela sociedade capitalista no processo de acumulação do capital.

No que concerne à definição de Morador de rua, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), diz que seria é um grupo populacional heterogêneo, constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência, por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular. (BRASIL, 2006, p. 24).

Neves (2008) cita em seu artigo “*O morador de rua: perspectivas conceituais*” que é muito comum tratar os moradores de rua como um problema atrelado apenas a uma esfera social, e que devemos ajudá-los, reintegrando-os à sociedade, resgatando seus direitos de cidadão, sem se importar com o modo como esses concebem sua própria vivência e o que querem.

O autor supracitado cita duas obras para justificar que a problemática do Morador de rua estaria atrelada apenas à relação da esfera social como na obra *O Corpo na Rua e O*

Corpo da Rua (GOMES, 1996) que procuram entender como o corpo feminino é compreendido pela sociedade, pelo outro e pelas próprias meninas e mulheres que vivem em situação de rua.

Desse modo, faz uma abordagem ampla do contexto em que se dá essa concepção de mulher-objeto, analisando essa realidade não somente pelo âmbito social e econômico, mas também pela percepção que elas têm de si mesmas e de seu corpo. Faz, também, uma diferenciação sobre o corpo na rua e o corpo da rua, que se mostram como representações, configurações distintas nesse universo dos moradores de rua. Já a na obra *a População de rua: quem é, como vive, como é vista* de Vieira(2004), Neves(2008) relata diz que a autora traz a realidade dos moradores de rua para ser discutida buscando meios plausíveis para ajudar e resgatar a dignidade humana dessa população, baseando-se em pesquisas.

A partir dos conceitos expostos é de extrema relevância descrever como se efetiva as políticas públicas voltadas para a População em situação de rua(PSR) para entender as carências e a dificuldades de se inserir na sociedade.

3.2 INTERCESSÃO DA POLÍTICA DESTINADA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

De acordo com Muller e Scorel (2002) a política pública formaria um quadro normativo de ação, envolvendo medidas concretas mais ou menos visíveis como recursos financeiros e outros, envolvendo produtos ou algo equivalente como os outputs reguladores (financeiros, físicos, etc.) e necessitaria que suas decisões e declarações estivesse reunidas num quadro geral de ação e funcionando como uma estrutura de sentido; política pública, também como expressão do poder público, levaria a inquirir-se sobre a especificidade do Estado; ela constituiria uma ordem local no sentido de que não se restringiria á decisão, mais envolveria o conjunto dos indivíduos, atores, grupos e organizações que seria afetadas pelo Estado num espaço dado ou público de uma política.

Para a análise de um política pública é importante saber que são os atores desse processo? Como é que esse processo ocorre? A conceituação desse termo por ser designado vários indivíduos ou uma pessoa jurídica, ou um grupo social. Esse ator social tem que ser pertencente um grupo social, formando o triângulo de base formado pelas autoridades político-administrativas, os grupos objetivos e os beneficiados finais.

Dentro desse contexto, observam-se alguns atores sociais que protagonizam as políticas em questões: a)Setores organizados da sociedade civil; b)Governo Federal;

c)Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a fome; d)Grupo de Trabalho Interministerial – GTI, e) Ministério das Cidades, Ministério da Educação, f) Ministério da Cultura, g) Ministério da Saúde, h)Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça; i)Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União, j)Movimento Nacional de População da Rua (MNPR), l)Movimento da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), m)SEMAS, n)CREAS POP, dentre outros.

No que diz respeito aos recursos: direitos, pessoais, força, dinheiro, consenso, apoio político, tempo e infraestrutura: O financiamento para política destinada à população em situação de rua se dá por meio do Fundo Nacional de Assistência Social; a Pesquisa Nacional Censitária e Por Amostragem da População em Situação de Rua e a Inclusão da população em situação de rua no Cadastro Único.

A política de saúde mental prever linhas específicas de financiamento que são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos é criada para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Existem em funcionamento hoje no país 689 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental(BRASIL, 2005).

Esses fatores devem ser considerados pelo poder público quando da elaboração de políticas voltadas à inclusão social dessas pessoas, porque o período de permanência e vivência nas ruas pode ser decisivo no fator inclusão social para esse indivíduo.

Quanto maior o tempo de permanência na rua menores as chances de recuperação socioeconômica dessa pessoa. A aplicação das políticas públicas deve ir além, não basta apenas oferecer moradia e ou albergues é necessário pesquisar o modo de vida e as reais

necessidades voltadas ao setor. Portanto, será descrito como se construiu e como se efetiva um dos principais dispositivos de acompanhamento da População em situação de rua (PSR) na cidade de Fortaleza.

3.3 CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONTEXTO E ATUAÇÃO

De acordo com as *Orientações Técnicas do Centro de Referência Especializado para a População em Situação de rua*, da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social (BRASILIA, 2011), o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, previsto no Decreto Nº 7.053/2009 e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, constitui-se em uma unidade de referência da PSE de Média Complexidade, de natureza pública e estatal. Diferentemente do CREAS, que atua com diversos públicos e oferta, obrigatoriamente, o PAEFI, o Centro POP volta-se, especificamente, para o atendimento especializado à população em situação de rua, devendo ofertar, obrigatoriamente, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Então, conforme avaliação e planejamento prévio da gestão local, o Centro POP poderá também ofertar o Serviço Especializado em Abordagem Social, desde que esta oferta não incorra em prejuízos ao desenvolvimento do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e, ao mesmo tempo, seja, no contexto local, a Unidade mais adequada para se responsabilizar pela abordagem social nos espaços públicos.

Esse Serviço Especializado em Abordagem Social - conforme previsto na Tipificação Nacional - deve ser ofertado para os diversos segmentos que utilizam espaços públicos -praças, entroncamentos de estradas, terminais de ônibus, dentre outros - como espaço de moradia e sobrevivência. Nos casos em que este Serviço for também ofertado pelo Centro POP, o planejamento do órgão gestor deve considerar a necessidade de interação e complementaridade entre os dois Serviços ofertados na Unidade e o necessário redimensionamento da equipe e sua capacitação, de modo a assegurar a oferta com qualidade de ambos os serviços (BRASILIA, 2011).

3.3.1 Caracterização do serviço especializado para Pessoas em situação de Rua

O Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, ofertado no Centro

POP, é destinado às pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar acompanhamento especializado com atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, resgate, fortalecimento ou construção de novos vínculos interpessoais e/ou familiares, tendo em vista a construção de novos projetos e trajetórias de vida, que viabilizem o processo gradativo de saída da situação de rua. Oferece trabalho técnico para a análise das demandas dos usuários, acompanhamento especializado e trabalho articulado com a rede socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, de modo a contribuir para a inserção social, acesso a direitos e proteção social das pessoas em situação de rua (BRASILIA, 2011).

Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua um dos principais objetivos, de acordo com as Orientações técnicas do CENTRO POP (BRASILIA, 2011), devem ser proporcionadas vivências que favoreçam o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a mobilização e a participação social dos usuários. Nessa perspectiva, o Serviço deve oportunizar espaços e atividades que possam efetivamente contribuir para que a instituição se constitua como referência no território para o convívio grupal, social e para o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito.

Vale destacar que este Serviço configura-se como um importante canal para a inserção das pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, a partir da realização dos encaminhamentos para sua viabilização. Além das providências necessárias à inclusão no Cadastro Único, o Serviço deve dispor de registros próprios dos dados de pessoas em situação de rua, permitindo uma possível localização da/pela família, parentes e pessoas de referência, assim como um melhor desenvolvimento do trabalho social. Quando necessário este Serviço deverá promover também o acesso à documentação pessoal (BRASILIA, 2011). Dentre as características que englobam os atendimentos do CENTRO POP a População em situação de rua(PSR) estão:

1.Os Eixos norteadores da atenção ofertada no serviço: em consonância com os conceitos e bases do SUAS, destacam-se a organização, oferta e concepção da atuação profissional no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua;

2. A Ética e respeito à dignidade, diversidade e não discriminação: observada a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, a atenção ofertada pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deve se basear em postura ética, de respeito à dignidade e diversidade, sem discriminações ou restrições decorrentes de condições socioeconômicas, nível pessoal de instrução formal, crença ou religião, orientação sexual, raça e/ou etnia, gênero, arranjo familiar, presença de deficiência, procedência do meio

urbano ou rural etc.;

3.A Atenção especializada e qualificação do atendimento: frente às situações vivenciadas pelas pessoas em situação de rua, seu atendimento exige dos profissionais conhecimentos mais específicos sobre essa complexa realidade de vida e os fatores a ela relacionados. Além de conhecimentos, é preciso que os profissionais tenham domínio de habilidades necessárias para a efetivação de um atendimento qualificado (BRASILIA, 2011).

Nessa direção, a qualificação do atendimento deve ter um olhar e uma atuação interdisciplinar, fundamental para possibilitar a construção de respostas mais efetivas às demandas desse público. A especialização da atenção implica, necessariamente, em maior domínio teórico-metodológico por parte da equipe técnica e trabalho em rede para atender às demandas da população em situação de rua.

Finalmente, de acordo com as Orientações Técnicas do CENTRO POP (BRASILIA, 2011) a atenção especializada inerente ao trabalho social desenvolvido no Serviço deve orientar-se pelo reconhecimento do protagonismo e da autonomia do usuário nas decisões e respostas às situações que estão vivenciando e na reconstrução de suas trajetórias de vida. Nesse sentido, as pessoas em situação de rua atendidas não devem ser meros objetos de intervenção, mas sujeitos autônomos e protagonistas, com direito a acessar um conjunto de serviços e órgãos para a promoção de direitos de cidadania.

4.O Acesso a direitos socioassistenciais: é importante assegurar aos cidadãos e cidadãs, usuários da política de Assistência Social, no usufruto do direito garantido pelo ordenamento jurídico brasileiro, os direitos socioassistenciais: à equidade rural e urbana; ao acesso à rede socioassistencial; à convivência familiar, comunitária e social; à proteção social por meio da intersetorialidade; ao controle social e à defesa dos direitos socioassistenciais; dentre outros (CNAS, 2009).

As ações desenvolvidas no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua devem pautar-se no reconhecimento dos seus usuários como sujeitos de direitos. Para tanto, devem ser identificados os direitos e serviços que possam acessar para sua inclusão em uma rede de proteção social, de modo a contribuir para a superação da situação vivida, muitas vezes relacionada, dentre outros fatores, à falta de acesso a serviços e direitos assegurados nas normativas vigentes;

5.O Trabalho em rede: o alcance da integralidade da proteção social e do acesso a direitos das pessoas em situação de rua exige a busca permanente de articulação e integração intersetorial, tendo em vista o acesso dos usuários aos demais serviços, programas, projetos e benefícios da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de defesa de

direitos, que têm por função a defesa e a responsabilização em casos de violação dos direitos, tais como o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Organizações da Sociedade Civil (como Centros de Defesa e Fóruns de Defesa de Direitos).

Em especial a política de saúde, de geração de trabalho e renda, habitação, educação e segurança alimentar e nutricional tendo em vista as demandas das pessoas em situação de rua. Trabalho em rede pressupõe definição de competências e articulação entre instituições e agentes que atuam em um território e compartilham objetivos e propósitos comuns. Para que haja sinergia e a dinâmica necessária para manter vivo o trabalho articulado em rede, é importante que exista um processo contínuo de circulação de informações, com abertura para o diálogo permanente, capacidade para rever processos e fluxos de trabalho, compromisso com o fazer coletivo e postura de cooperação individual e institucional e de superação de vaidades (BRASILIA, 2011).

6.A Relação com a cidade e a realidade do território: é nos espaços públicos da cidade que inúmeras condições locais interagem, influenciam e caracterizam a vida das pessoas em situação de rua. Para a realização do trabalho com pessoas em situação de rua é importante, portanto, considerar a relação que estabelecem com a cidade e o território. Nesse sentido, faz-se necessário, inicialmente, identificar quais são os lugares de maior concentração e trânsito dessas pessoas na cidade. Além disso, é importante procurar compreender: suas estratégias de sobrevivência e adaptação; seus costumes; as relações que mantêm no espaço em que vivem e convivem; as condições a que estão expostos cotidianamente; e os recursos disponíveis com os quais podem contar na cidade, por exemplo, as redes sociais que lhes dão apoio no dia a dia.

7.Mobilização e Participação social: ao longo do acompanhamento realizado no âmbito do Serviço deve-se primar pelo estímulo à participação dos usuários na vida pública do território, com a perspectiva de se desenvolver competências para o enfrentamento coletivo da situação vivenciada, para a ressignificação de vivências e para a construção de novos projetos de vida, pautados na compreensão crítica da realidade social.

O incentivo à mobilização e participação social deve contribuir para instrumentalizar os usuários no que diz respeito ao conhecimento e à defesa coletiva de seus direitos, representando, portanto, elementos essenciais para o exercício do protagonismo. Ações direcionadas a este incentivo não devem ser tomadas em momentos estanques, mas permear todo o trabalho social desenvolvido com os usuários. Nesse ínterim, é fundamental que se estimule, inclusive, a participar de movimentos sociais e populares, conferências, conselhos de direito e de outras políticas públicas (BRASILIA, 2011).

Nessa direção, cabe destacar a importância dos usuários debaterem seus direitos nos espaços deliberativos da política de Assistência Social, como nos Conselhos e nas Conferências, como forma de induzir, fortalecer ou alcançar iniciativas voltadas à concretização de seus direitos. Os Conselhos de Assistência Social são órgãos deliberativos e paritários, com autonomia de ação e decisão. Nutrem-se das deliberações das conferências em âmbito nacional, estadual, municipal e do Distrito Federal e exercem, no SUAS, o importante papel de controle social. O usuário da política de Assistência Social tem assento nesses espaços para discutir, deliberar e controlar a política e deve, portanto, ser estimulado a participar dos mesmos, representando seus pares.

Em relação aos usuários, em conformidade com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, constituem público deste Serviço: jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Destaca-se que crianças e adolescentes podem ser atendidos pelo Serviço somente quando estiverem em situação de rua acompanhados de familiar ou pessoa responsável.

As ações desenvolvidas no âmbito do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua devem ser orientadas, dentre outros, pelos seguintes objetivos: possibilitar condições de acolhida na rede socioassistencial; contribuir para a construção ou reconstrução de novos projetos de vida, respeitando as escolhas dos usuários e as especificidades do atendimento; contribuir para restaurar e preservar a integridade e a autonomia da população em situação de rua e promover ações para a reinserção familiar e/ou comunitária. (BRASILIA, 2011).

Em relação às seguranças socioassistenciais, da população em situação de rua e as competências da política pública de Assistência Social, constituem seguranças socioassistenciais:

1- Segurança de Acolhida, para:- ser acolhido nos serviços em condições de dignidade;-ter resgatados ou minimizados danos decorrentes de vivências de violências e abusos;-ter sua identidade, integridade e história de vida preservada; 2-Segurança de Convívio ou Vivência Familiar, Comunitária e Social, para:-ter atenção especializada voltada ao fortalecimento, resgate ou construção do convívio familiar e/ou comunitário;-ter acesso a serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas setoriais, conforme necessidades. 3.Segurança de Desenvolvimento de Autonomia Individual, Familiar e Social, para:-ter vivências pautadas pelo respeito a si próprio e aos outros, fundamentadas em princípios éticos de justiça e cidadania;-construir projetos pessoais e sociais e fortalecer a autoestima;-ter acesso à documentação civil;-alcançar autonomia e condições de bem-estar;-ser ouvido para expressar necessidades, interesses e possibilidades;-ter acesso a serviços do sistema de proteção social e indicação de acesso a benefícios sociais e programas de transferência de renda;-ser informado sobre seus direitos e sobre como acessá-los;-ter acesso a políticas públicas setoriais;-fortalecer o convívio social e comunitário.

No que diz respeito ao acesso dos usuários ao Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua poderá ser feito por meio de: da demanda espontânea, tendo em vista que o Serviço deve ser ofertado em unidade de referência de fácil localização pelas pessoas em situação de rua; dos encaminhamentos realizados pelo Serviço Especializado em Abordagem Social, ou outros serviços, programas ou projetos da rede socioassistencial, das demais políticas públicas setoriais ou órgãos de defesa de direitos da localidade.

Dessa forma um dos principais objetivos da instituição, seria a construção de novos projetos de vida, pressupõe o crescente fomento à consciência da complexidade da situação na qual se encontram estes indivíduos e famílias que utilizam os espaços da rua como moradia e estratégia de sobrevivência, considerando a compreensão acerca da dimensão social mais ampla. Assim, o trabalho social desenvolvido no Serviço deve orientar-se por uma perspectiva crítica dessa realidade, buscando a construção de estratégias e alternativas para atender as complexas demandas das pessoas em situação de rua e o enfrentamento de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, que estejam vivenciando (BRASILIA, 2011).

O desenvolvimento do trabalho social na instituição pressupõe escuta qualificada da demanda de cada usuário, compreendendo sua trajetória de vida em um determinado contexto familiar, social, histórico, econômico e cultural. A trajetória de vida e a perspectiva do trabalho em rede para a atenção integral e o acesso a direitos, o desenvolvimento de potencialidades, a ressignificação de vivências e a construção de novos projetos de vida visando ao processo de saída das ruas, devem nortear a elaboração do Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar (BRASILIA, 2011).

A elaboração deste Plano, junto com os usuários, é essencial para guiar a equipe no desenvolvimento do trabalho social no âmbito do Serviço, bem como para delinear, junto aos mesmos, a construção de novas perspectivas de vida. O desenvolvimento do Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar implica na realização do acompanhamento especializado e, conseqüentemente, na realização de atendimentos continuados, individuais, familiares ou em grupo, considerando a história, identidade e subjetividade de cada sujeito, além de ações que oportunizem o convívio e a socialização, o fortalecimento da autonomia e o acesso a direitos. Implica, igualmente, na realização de encaminhamentos e na articulação de processos de trabalho em rede para a atenção integral dos usuários (BRASILIA, 2011).

As metodologias e técnicas possíveis para o acompanhamento especializado se desenvolve no Plano de Acompanhamento das pessoas em situação de rua, faz-se necessário

que a equipe lance mão a diferentes técnicas no cotidiano profissional. As técnicas utilizadas para o desenvolvimento das ações devem proporcionar, dentre outros aspectos: a construção de novos projetos de vida; a descoberta e a potencialização de recursos para o enfrentamento e a superação de situações adversas; o fortalecimento da coletividade e o incentivo à participação social.

Devem proporcionar, igualmente, o trabalho com a identidade e a subjetividade dos sujeitos acompanhados, de modo a favorecer o fortalecimento de sua autoestima e autonomia (BRASILIA, 2011). Dentro desse contexto, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais destaca a importância da articulação do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua com:

Serviços socioassistenciais de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial: dentre outros serviços da rede socioassistencial, destaca-se a necessária :articulação com os serviços de PSE, especialmente, o Serviço Especializado em Abordagem Social e o Serviço de Acolhimento Institucional; Serviço Especializado em Abordagem Social: responsável por assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique nos territórios, dentre outras questões, a incidência de pessoas em situação de rua.; Serviço de Acolhimento para Atendimento a Pessoas em Situação de Rua (Acolhimento Institucional e Repúblicas): serviços da rede socioassistencial destinados ao acolhimento provisório de pessoas em situação de rua e desabrigo, em decorrência de abandono, ausência de moradia ou migração, no caso de pessoas em trânsito e sem condições de auto-sustento;Serviços de políticas públicas setoriais: nessa direção, destacam-se as seguintes parcerias: Política de saúde: em razão das demandas de saúde comumente observadas na população em situação de rua - que podem estar relacionadas ao contexto de insegurança e insalubridade a que estão expostas cotidianamente, ou decorrer de doenças crônicas de natureza não contagiosa (BRASILIA, 2011).

Então, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deverá manter uma estreita articulação com a rede de saúde: 1) Política de Habitação: a articulação do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua com a área de Habitação deve ser estabelecida tendo em vista que se trata de público que não dispõe de moradia convencional. Os usuários do serviço devem, portanto, ter a oportunidade de serem encaminhados para a inserção em programas inerentes a esta política, como parte de um processo de saída da situação de rua, que envolva a articulação também com os serviços de acolhimento, quando for o caso; 2) Política de Trabalho e Renda: a articulação com as ações da política de geração de trabalho e renda pode contribuir, sobremaneira, para a construção concreta de possibilidades de saída da situação de ruas (BRASILIA. 2011).

Assim, a instituição, deve manter articulação com os diversos recursos desta política disponíveis no território, como programas que ofertem preparação/capacitação profissional, projetos de inclusão produtiva, cooperativas sociais, agências de

encaminhamento para postos de trabalho, dentre outros.

No que condiz as redes sociais locais e movimentos sociais: devem ter construído nos espaços da rua um importante recurso para o fortalecimento de vínculos comunitários e sociais e devem também ser potencializadas no contexto do acompanhamento no serviço. Além disso, destaca-se, a importância da articulação do Serviço com os Movimentos Sociais vinculados a esse segmento. A questão dos órgãos de defesa de direitos deve ter uma efetiva acessibilidade; para tanto, os profissionais do Serviço devem estar atentos às demandas, procedendo às orientações necessárias e encaminhamentos de seus desdobramentos (BRASILIA, 2011).

Por fim, destaca-se a importância de parceria do órgão gestor da assistência social com instituições de ensino para viabilizar oportunidades de estágio no Centro POP, o que contribui, inclusive, para a formação no país dos recursos humanos para atuar na área social. Os serviços, programas e projetos de instituições não governamentais e comunitárias: profissionais do Serviço devem estar atentos, ainda, à existência de outros serviços, programas e projetos não governamentais e comunitários que existam em seu território com os quais possa manter articulação, especialmente aqueles que tenham como finalidade prestar alguma atenção a pessoas em situação de rua (BRASILIA: 2011). Portanto, é importante que o trabalho em rede envolva também estes recursos existentes na comunidade que podem contribuir para potencializar a atenção às demandas das pessoas em situação de rua.

4 ESTIGMA E SUAS VERTENTES

O presente capítulo discorrerá sobre conceitos de estigma e suas principais características a luz de Goffman e de outros autores. No segundo momento será discutida a questão do estigma associado aos portadores de transtornos mentais, e a sua correlação com a questão do uso e abuso de substâncias psicoativas associados; e no terceiro momento será realizada discussão entre o foco principal desse estudo, População em situação de rua e a temática em questão.

Em sua definição, o estigma é uma cicatriz, uma marca visível (como os “*estigmas da varíola*”), podendo ser tanto um sinal infamante ou vergonhoso, como um sinal natural do corpo; nos dois casos, assinala uma distinção, isolando e, ao mesmo tempo, reunindo os possuidores de um mesmo atributo. Pensados a partir de sua origem religiosa, os estigmas associam-se às cinco chagas de Cristo: sua presença atesta não apenas a santidade, mas também o pertencimento a um grupo especial. Esta escolha, longe de ser um privilégio, carrega em si obrigações e distinções (SOARES, 2009).

Estigma é um termo presente na sociedade desde a Grécia Antiga, porém, é a partir da década de , do século XX, com Goffman, que lhe foi atribuído conceitos que tomam a sociedade como participante do seu processo de formação

A palavra estigma tem como significado primário marcas de queimaduras ou cortes no corpo das pessoas. No passado, especialmente na Grécia, onde o culto ao corpo era muito forte, uma pessoa estigmatizada era uma pessoa com marcas. Essas marcas tiravam a beleza, então, essas pessoas eram excluídas. Ter marcas significava ter algum mal para a sociedade. Outras marcas também eram feitas para identificar escravos, castigos, desonra. Nesse caso as pessoas marcadas eram excluídas do convívio social e não podiam inclusive ter relações comerciais. Marcas notórias são os estigmas de Cristo. Muitas pessoas, também, apresentavam marcas corporais que, para o cristianismo, representava uma graça divina, ao contrário dos estigmas anteriores (GOFFMAN, 1988).

Goffman (1988) busca esclarecer as relações do estigma com a questão do desvio, por isso discute conceitos relativos à informação social que uma pessoa transmite diretamente sobre si. O termo se referiria a um atributo profundamente depreciativo. Contudo o autor transcende o significado de estigma enquanto um atributo pura e simplesmente para analisá-lo dentro de uma relação “*pois o atributo que estigmatiza uma pessoa também confirma a*

norma de outra, ou seja, o estigma confere atributos depreciativos aqueles que “fogem” de uma determinada norma padrão”.

No intuito de se compreender os parâmetros do conceito de estigma já que outras palavras podem ser a ela associadas: estereótipo, preconceito, discriminação, exclusão, minorias, dominação, será problematizado as definições pressupostas em cada uma delas. Na maioria das vezes toma-se como sinônimos, o esforço por diferenciar esses conceitos torna mais complexo o tema e, ao mesmo tempo, funciona como um dos parâmetros para a identificação dos estigmas sociais.

Soares (2009) diz que os preconceitos, diferentemente dos estigmas, operam como julgamentos a priori realizados sobre um grupo ou um indivíduo. Podemos dizer que os estigmas, mais abrangentes, se encontram na base dos preconceitos.

Jodelet *apud* Sawaia (1999) refere que *"o preconceito é um julgamento positivo ou negativo formulado sem exame prévio a propósito de uma pessoa ou de uma coisa"*. Assim sendo, discriminações e preconceitos vão tomando forma, criando categorização e rotulação no sentido de excluir.

Estes, por sua vez, depois de serem socialmente instituídos e individualmente internalizados, passam a existir independentemente dos estigmas que os possam ter originado, naturalizando-se e, tornando-se estáveis na sociedade. Definidos pelos dicionários correntes como *“conceito ou opinião formados antecipadamente, sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos; julgamento ou opinião formada sem se levar em conta o fato que os conteste; superstição, credence; suspeita, intolerância”*, os preconceitos podem gerar ódio irracional ou aversão a outras raças, credos, religiões, como percebemos frequentemente em diversas relações sociais (SOARES, 2009).

Dentro do contexto das intolerâncias, surgem os estereótipos, definidos usualmente como *“forma compacta obtida pelo processo estereotípico”*, uma espécie de clichê (gravação, reprodução) que se torna um lugar-comum, um chavão utilizado sem que nos perguntemos sobre suas significações. No caso dos estereótipos, ao identificar determinadas posturas ou comportamentos automaticamente enquadrados as pessoas que os possuem em categorias previamente definidas. Em relação aos estigmas, diríamos que os estereótipos funcionam como reafirmação e manutenção de um sistema já instaurado – por meio daqueles – como diferenciador de grupos determinados. (SOARES, 2009).

De acordo com o autor supracitado, é a partir dos estereótipos, que se encaixa as pessoas em uma forma pronta. No caso dos estigmas, trata-se de algo que o estigmatizado evoca em relação ao Outro, uma marca que ele possui e que, de alguma maneira, faz com que

o outro o estigmatize. Pode-se dizer que o conjunto dessas marcas sustentaria o estereótipo e o preconceito; e que para alguém ser estigmatizado deve, de alguma forma, aceitar ocupar o

lugar ao qual está sendo destinado, ver-se nele, reconhecer-se; precisa, portanto, estigmatizar-se. Nesse sentido, o estigma não passa apenas pela simples relação entre dominantes e dominados, mas por certo consentimento e aceitação desse lugar (que se não chega a significar coesão, também não é coerção).

Outro aspecto, que Soares (2009) ressalta diz respeito a uma característica que julgamos fundamental em relação aos estigmas sociais: para que operem em relação a um grupo ou indivíduo, é necessário que o estigmatizado (além de ser reconhecido e reconhecer-se no estigma) esteja em um lugar no qual, supostamente, não deveria estar um lugar ao qual não pertence. É necessário que o indivíduo esteja deslocado, ou seja: é como se alguém que não devesse estar ali estivesse lá, por isso o incômodo e a estigmatização.

Goffman (1988) parte das relações mistas para fundamentar o processo de estigmatização enquanto manipulação, pois colocaria em foco os “*ditos normais*” e os estigmatizados numa mesma situação social, ambos na presença imediata um do outro. Assim, seria nessa relação especificamente que se estabeleceria o que é norma e o que foge à norma. Logo, aquele que está fora da norma convencionada como “*correta*” é o estigmatizado.

Para o autor a relação entre “*normais*” e estigmatizados seria uma relação desconfortável dos dois lados, pois tanto os normais não conseguem ver os estigmatizados como normais; já os estigmatizados, ao contrário, os estigmatizados ficam sempre numa posição de retaguarda, na defensiva. Conforme ele mesmo cita sobre o relacionamento dos diferentes “*a previsão de tais contatos pode levar os normais e os estigmatizados a esquematizar a vida de forma a evitá-lo*” (GOFFMAN, 1988, p. 22). Isso acaba levando ao isolamento e à exclusão. Esse comportamento leva à insegurança, à desconfiança, à hostilidade, à ansiedade e à confusão e, até mesmo à depressão. A pessoa que se sente estigmatizada está mais propensa a sentir-se o alvo das atenções e por isso está o tempo todo se policiando e se controlando. Costuma estar entre dois extremos: a total retração ou a agressividade, podendo, às vezes, oscilar entre uma e outra (GOFFMAN, 2008).

De acordo com o autor em questão, o ente estigmatizado sofreria com o processo de socialização porque existiria uma discrepância entre a identidade virtual e a real que prejudicaria a identidade social. A identidade real seria o conjunto de categorias e atributos que uma pessoa prova ter; e a identidade virtual seria conjunto de categorias e atributos que as pessoas têm para com o estranho que aparece a sua volta, portanto, são exigências e imputações de caráter, feitas pelos normais, quanto ao que o estranho deveria ser. Deste modo,

uma dada característica pode ser um estigma, especialmente quando há uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real.

Levando em consideração a relação entre as identidades real e virtual, pode-se afirmar que, o processo de estigmatização não ocorreria devido à existência do atributo em si, mas, pela relação incongruente entre os atributos e os estereótipos. Os normais criariam estereótipos distintos dos atributos de um determinado indivíduo, caracterizando, portanto, o processo de estigmatização. Em geral a pessoa estigmatizada afasta-se da sociedade e até mesmo de si por se sentir desacreditada diante de um mundo que não o acolhe. Quando busca a socialização, o faz se aproximando de grupos que partilhem do mesmo estigma para serem aceitos e, mesmo nesses grupos costumam oscilar entre aproximação e afastamento. Outra reação comum é a de tentar provar para “os normais” que ele pode ser “igual” a eles tentando superar limites participando de campeonatos desportivos, atividades que demonstrem seus talentos (GOFFMAN, 1988).

Assim, para o estigmatizado as relações sociais teriam papel determinante em sua vida moral. Goffman explica que no processo de socialização há uma fase na qual a pessoa estigmatizada assimila e incorpora o ponto de vista dos normais; em outra fase percebe-se como alguém que possui um estigma e as consequências que isso acarreta (GOFFMAN, 1988, p. 41). O estigmatizado tende a olhar o mundo a partir de sua condição e com isso sofre também alterações na concepção do “eu”. Dessa forma, quando uma pessoa deixaria de seguir as convenções teriam seu comportamento considerado como um desvio e, conforme o autor:

As prostitutas, os viciados em drogas, os delinquentes, os criminosos, os músicos de jazz, os boêmios, os ciganos, os parasitas, os vagabundos, os gícolôs, os artistas de show, os jogadores, os malandros, das praias, os homossexuais, e o mendigo impenitente da cidade seriam incluídos, uma vez que, essas pessoas são consideradas engajadas numa espécie de negação coletiva da ordem social (GOFFMAN, 1988, p. 154-155)

Importante ressaltar que SIQUEIRA (2011) diz que o conceito de estigma proposto por Goffman é permeado pela ideia da presença física entre estigmatizados e normais, ou seja, todos os conceitos remeteriam à ideia da presença corporal entre tais grupos. A relação social cotidiana em ambientes já estabelecidos propicia um relacionamento entre pessoas previstas e esperadas a tal lugar, sem atenção ou reflexão. “Assim, as pessoas normais preveem as categorias e os atributos de um estranho que se aproxima”. Essas preconceções, elaboradas pelos normais, são transformadas em “expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso” (Goffman, 1988, p.12).

No entanto, os normais, cotidianamente, ignorariam essas pré-concepções até o surgimento de uma questão que seja efetiva para a realização de suas exigências. É neste momento que os normais podem perceber que fazem afirmações daquilo que o outro deveria ser. Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até de uma espécie menos desejável. Assim deixa-se de considerá-la criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica seria estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande (Goffman, 1988:12).

Importante frisar que o estigma pode ocorrer devido a três circunstâncias: abominações do corpo, como as diversas deformidades físicas; culpas de caráter individual, como: vontade fraca, desonestidade, crenças falsas; e estigmas tribais de raça, nação e religião que podem ser transmitidos pela linguagem. Em todas essas tipologias pode-se encontrar a mesma característica sociológica: *“um indivíduo que poderia ser facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que se pode impor atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”* (Goffman, 1988:14).

Dessa forma, o processo de estigmatização, variaria de acordo com a evidência e a exposição das características do indivíduo. Goffman (1988) caracteriza dois tipos de grupos de indivíduos de acordo com seu estereótipo: o desacreditado e o desacreditável. O indivíduo desacreditado possui características distintas em relação aos normais, sendo estas conhecidas e perceptíveis por estes. O desacreditável também possui características distintas dos normais, mas nem sempre conhecidas e percebidas por eles. Essas duas realidades podem encontrar-se respectivamente na relação estigmatizados e normais.

Então os ditos normais construiriam uma teoria do estigma, a partir de uma ideologia para explicar a inferioridade das pessoas com um estigma e para ter controle do perigo que ela representa, acreditando que alguém com um estigma não é verdadeiramente humano. Para Melo (2000, p. 2), o *“social anula a individualidade e determina o modelo que interessa para manter o padrão de poder e anula todos os que rompem ou tentam romper com o modelo social”*.

Os estigmatizados possuiriam uma marca, significando então que, sua identidade social é deteriorada para conviver com os outros. Assim, para Goffman (1988, p. 148) *“(...)normais e estigmatizados são perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuem sobre o encontro”*.

Assim a estigmatização implicaria numa desqualificação social do estigmatizado, por parte dos considerados “*normais*”, na medida em que a identidade social real do sujeito assinala características físicas, morais e até mesmo grupais que são diferentes do esperado, isto é, diferentes da identidade social virtual, repercutindo negativamente sobre o indivíduo. Quando os atributos pessoais são incompatíveis com a identidade social virtual estabelecida pela sociedade, o indivíduo é pouco aceito pelo grupo, que não consegue lidar com a diferença.

Importante frisar que para a sociedade, é importante conservar a imagem do indivíduo estigmatizado para manutenção simbólica do controle social. A rotulação que desvaloriza o estigmatizado, caracterizando-o como “*anormal*”, só existe enquanto contraponto ao “*normal*”. Neste ínterim, “*o estigma, a partir de uma forma específica de identidade e do estereótipo, produziria grupos sociais distintos, “normais” e os estigmatizados, “anormais”, que compartilham determinados valores simbólicos: onde um estigma seria, então, a realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo*” (GOFFMAN, 1988, p.13).

De acordo com o autor supracitado, o estigma seria um atributo social imposto aos indivíduos que não se incluem nas convenções sociais normatizadas pela sociedade. Então os estigmatizados seriam indivíduos com deformidades físicas, psíquicas ou de caráter, ou com qualquer outro atributo que os torne desiguais ou inferiores no modo de ver da sociedade. Tal valoração negativa os leva a buscar, cotidianamente, o fortalecimento e até mesmo a construção de uma nova identidade social. A representação social do estigmatizado é um tanto danificada e a identidade social do sujeito é construída devido essa imagem deteriorada.

Assim, o estigmatizado adquire uma função essencial na vida dos que se identificam como normais, pois contribui para estabelecer uma referência entre ambos, delimitando, portanto, as diferenças no contexto social.

Ainda se tem um agravante, quando o estigma é aceito pelo indivíduo, ele acredita que pode contaminar outras características de sua personalidade e “*a vergonha se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é impuro e pode imaginar-se como um não portador dele*” (GOFFMAN, 1988, p. 17). O portador do estigma poderá utilizar de seu atributo para obter ganhos secundários como, por exemplo, uma desculpa pelo fracasso. O efeito do estigma sobre os indivíduos estigmatizados afeta as diferentes esferas da vida social, como perdas simbólicas, econômicas, sociais e afetivas, produzindo distanciamento e desunião do grupo na comunidade.

Segundo Goffman (1988, p.20), haveria diversas formas da pessoa estigmatizada

se relacionar com a situação que lhe envolve: há indivíduos que carregariam um estigma e são relativamente indiferentes a isso; outros que usam o “*seu estigma para ganhos ‘secundários’*”; alguns tentam reverter a sua condição se dedicando a situações que lhes seriam quase impossíveis; na maioria e nas distintas relações entre estigmatizados e normais, há aqueles que se tornam auto isolados, inseguros, agressivos, retraídos, perceptíveis do mal-estar na interação, etc.

Algumas pessoas estigmatizadas carregam o estigma e não aparentam impressionadas ou arrependidas com a circunstância devido à negação em viver de acordo com o que lhes foram exigidas, fazendo com que se sintam normais e as pessoas normais, estranhas. Outra situação é quando o indivíduo estigmatizado percebe que um de seus atributos é impuro e, por isso, pode-se imaginar como um não portador dele, essa pessoa ao se aproximar dos normais, pode lhe ocorrer auto-ódio e autodepreciação.

Quando o estigmatizado tem que lidar com pessoas que não conseguem lhe proporcionar respeito e consideração, ele pode tentar corrigir de forma dedicada a base de seu defeito, em resposta a esse fato – o ego é modificado e o indivíduo predisposto a vitimização caso essa ideia de correção haja êxito. Já outras pessoas reagem com um grande esforço pessoal para dominar áreas e atividades que são consideradas fechadas e limitadas a pessoas com suas características, devido a motivos físicos e circunstanciais. Algumas pessoas já se utilizam de seu estigma para ganhos secundários, principalmente aquelas com atributo diferencial vergonhoso. Elas podem tentar romper com a realidade e tentar empregar uma interpretação não convencional à sua identidade social (Goffman, 1988).

Levando em consideração o contexto histórico, entende-se que ocorreu mudanças no curso de estigma, propiciando alterações em suas descrições, nas categorias que o envolve e no processo de estigmatização, assim, pode-se dizer que a prática, a compreensão e a percepção de estigma são variáveis de acordo com a historicidade. Alguns estigmas perpetuam durante as épocas, porém, muitos são findáveis e característicos de um dado contexto histórico, social e cultural. A percepção de estigma modifica-se também entre os contextos sociais, sendo sutilmente diferente diante de cada um, como relata Siqueira (2011) *apud* Ainlay, Coleman & Becker, 1986.

O autor em questão diz que as tendências morais e intelectuais da época e a estrutura cultural são elementos importantes quando se pensa onde e quem determina o que é estigma. Vale salientar que, o grau de intensidade de estigma também se altera para cada tempo e lugar. Ao mesmo tempo em que estigma está ligado à ideia de mudança em paralelo com o social e o cultural, as pessoas que compõem a sociedade são responsáveis pela sua

perpetuação. Como membros da sociedade, os indivíduos perpetuam as suas concepções de estigma e a forma de responder a ele. Isso se dá pelo passar das gerações, através da aprendizagem social e da socialização.

Para Moscovici (2003), os indivíduos não seriam receptores passivos, mas produziram e comunicariam suas próprias representações, através das relações cotidianas. Essa diversidade é provavelmente devida às múltiplas facetas do próprio conceito de representação social. É de fundamental importância, tentar compreender de que forma o senso comum vêm tratando ou destrutando a questão da população em situação de rua quando reforça e, de certa forma, estimula no cotidiano as manifestações dos sentimentos de medo, ansiedade, fracasso, culpa e sofrimento psíquico em relação ao vir-a-ser população em situação de rua.

No que condiz o conceito de estigma e a complexidade do desenvolvimento humano ocorreria ao longo de todo o ciclo vital, por meio das interações estabelecidas pelas pessoas, em contextos sociais e culturalmente organizados. Tais processos também acontecem nas esferas biológica e psicológica. Assim, Goffman (1988) diz que existiria a necessidade da presença de mediadores (familiares, professores e outras pessoas do convívio direto ou indireto). Essa evolução está ligada ao nível do entrelaçamento de pessoas e significações, os quais promovem práticas sociais, delimitam zonas de atuação na interação e impulsionam em determinadas direções e aquisições, ao mesmo tempo em que distanciam, ou mesmo impedem outras.

Dessa forma, seria impossível prever o produto final do comportamento de cada indivíduo, afinal, dentre os vários percursos em potencial, alguns não serão percorridos, onde habilidades e capacidades não virão a ser desenvolvidas em sua plenitude. Existirão aquisições iniciadas, mas perdidas diante de novas situações, e percursos que nunca serão colocados como possibilidades.

Um dos motivos para essas perdas (naturais ou não), nestes processos, é o risco do estigma, pois as características individuais de cada pessoa podem ser exaltadas ou não: há alguns atributos que são mais valorizados em detrimento de outros. Goffman (1988) conceitua o estigma como uma *"situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena"*.

Ainda de acordo com Goffman (1988), um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social possui um traço que pode se impor à atenção das pessoas, e afastá-las, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos. Dessa forma, *"é preciso uma linguagem de relações, e não de atributos. (...) Um atributo que estigmatiza*

alguém pode confirmar a normalidade de outrem, ele não é em si mesmo, nem honroso e nem desonroso".

Através dos estudos de Goffman (1988), pode-se perceber que ser estigmatizado sempre tem consequências não benéficas para a vida do indivíduo. Independente da circunstância que propicia a constituição do estigma ou se o indivíduo é desacreditado ou desacreditável, o indivíduo sofre efeitos ruins, de um modo geral e complexo em sua vida por

ser estigmatizado e, ainda, cria mecanismos para lidar com este processo, seja de escape, negação ou amenização. Sua identidade real sofre deteriorizações por não se incluir no que a sociedade institui como normal e natural, gerando, então, um imenso descrédito deste indivíduo, reduzindo-o a uma pessoa estranha e estragada, não tendo assim, uma aceitação social completa.

O que diferenciaria, principalmente, entre quem é estigmatizado e quem não é, em relação à construção do autoconceito, é a reação recebida das outras pessoas do meio social, uma vez que essas reações, observações e avaliações podem ser negativas. Portanto, o que caracteriza uma pessoa estigmatizada é a reação recebida de outras pessoas na sociedade, o que entra em acordo com a concepção de Goffman (1988), quando este propõe o termo identidade virtual dada às pessoas que não são recebidas numa dada categoria por possuir atributos distintos. Essa negação pode tornar a relação bem difícil entre quem é estigmatizado e as outras pessoas que não são.

A existência de uma marca, ou seja, de um estigma, é enfatizada durante uma interação e, por isso, o autoconceito e o conceito dado pelos outros podem tornar-se variantes. Como se o estigma será incorporado no autoconceito depende da configuração de si e das reações com respeito aos outros. Quando e como o autoconceito pode refletir a produção negativa de um estigma depende da natureza do estigma e das reações dos outros no meio social. O nível que esta ênfase acontece depende da natureza da interação social, e essa natureza é dependente do objetivo da interação e da relação entre os participantes. Até um determinado nível de ênfase, esta pode ser psicologicamente confortável e permissível à construção de um autoconceito estável e coerente. Observar-se que estigma traria problemas para quem o vivencia tais como a exclusão do sujeito nas suas relações sociais, a percepção depreciativa de si, "*o ensimesmamento*", a reconfiguração na dinâmica familiar, a inserção no mercado de trabalho, dentre outros (GOFFMAN:1988).

A estigmatização também pode ocorrer a outro nível. As pessoas vivendo com o HIV, por exemplo, podem interiorizar as respostas negativas e as reações das outras, processo que pode resultar naquilo que certas pessoas chamaram auto-estigmatização ou estigmatiza-

ção ‘*introvertida*’. A auto-estigmatização está ligada com o que certos autores descreveram como estigma ‘*sentido*’, em oposição a estigma ‘*estabelecido*’, dado que afeta essencialmente o sentimento de orgulho e dignidade do indivíduo ou da comunidade afetada.

Para pessoas vivendo com o HIV isto pode manifestar-se em sentimentos de vergonha, meia culpa, e inutilidade, que combinados com sentimentos de isolamento da sociedade podem levar a depressão, imposição a si próprio de afastamento e mesmo sentimentos suicidários (OMS, 2005).

A discriminação, segundo o que foi definido pelo ONUSIDA (2000) no Protocolo para Identificação de Discriminação contra Pessoas Vivendo com o HIV, refere-se a qualquer forma de distinção arbitrária, exclusão ou restrições afetando uma pessoa, devido, normalmente, mas não só, a uma característica pessoal inerente ou perceptível relacionada com um dado grupo – no caso do HIV e da SIDA, a soro positividade confirmada ou suspeita de uma pessoa – sejam tais medidas justificadas ou não.

Já, a discriminação relacionada com a SIDA pode ocorrer a vários níveis, como por exemplo em contextos familiares e comunitários, o que foi descrito por certos autores como ‘*estigma instituído*’. Isto é o que certas pessoas fazem, deliberadamente ou por omissão, para prejudicar outras e recusar-lhes serviços ou direitos. Os exemplos deste tipo de discriminação contra pessoas vivendo com o HIV incluem: ostracismo, como forçar mulheres a voltar para as suas famílias quando são diagnosticadas soropositivas após os primeiros sinais da doença ou depois dos seus parceiros terem morrido com a SIDA; esquivar e evitar os contatos diários; molestar verbalmente; violência física; descrédito e culpabilização verbais; maledicência; e recusa de ritos funerários tradicionais.

Há também a discriminação que ocorre em contextos convencionais – em particular, em locais de trabalho, serviços de cuidados de saúde, prisões, instituições educativas e serviços de previdência social. Tal discriminação cristaliza estigma decretado em políticas e práticas convencionais que discriminam as pessoas vivendo com o HIV, ou na falta de políticas antidiscriminatórias ou de medidas de reparação (OMS, 2005).

O estigma e a discriminação estão correlacionados, reforçando-se e legitimando-se mutuamente. O estigma está na raiz de ações discriminatórias, levando as pessoas a participar em ações ou omissões que causam dano ou recusam serviços ou direitos a outras. Pode dizer-se que a discriminação é a promulgação do estigma. Por sua vez, a discriminação encoraja e reforça o estigma.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), a discriminação é uma violação dos direitos humanos. O princípio de não discriminação, baseado no reconhecimento

da igualdade de todas as pessoas, está no centro da Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros documentos sobre direitos humanos. Assim, as ações estigmatizantes e discriminatórias violam o direito humano fundamental a não discriminação. Além de ser em si mesmo uma violação dos direitos humanos, a discriminação dirigida contra pessoas vivendo com o HIV ou que se acredita estarem infectadas pelo HIV, leva a violação de outros direitos humanos tais como direito a saúde, dignidade, segredo, igualdade perante a lei, e ausência de tratamento ou punição desumanos e degradantes.

Um ambiente social que promova violações de direitos humanos pode, por sua vez, legitimar o estigma e a discriminação, do estigmatizado e das pessoas que o cercam. De acordo com o diagrama de Maluwa e Aggleton (OMS, 2005) o estigma seguiria um círculo onde o estigma causaria a discriminação e a discriminação levaria a violação dos direitos humanos e, por conseguinte legitimaria o estigma. Um exemplo, a luz de Goffman (1988, p.40):

É uma relação que leva a sociedade mais ampla a considerar o estigmatizado e o indivíduo que se relaciona com ele como uma só pessoa. Assim, a mulher fiel do paciente mental, a filha do ex - presidiário, o pai do alejado, o amigo do cego, a família do carrasco (pode-se acrescentar aqui a mulher do alcoólico), todos estão obrigados a compartilhar um pouco o descrédito do estigmatizado com o qual se relacionam. Uma resposta a esse destino é abraçá-lo e viver dentro do mundo do familiar ou amigo do estigmatizado. Dever-se-ia acrescentar que as pessoas que adquirem desse modo um certo grau de estigma podem, por sua vez, relacionar-se com outras que adquirem algo da enfermidade de maneira indireta. Os problemas enfrentados por uma pessoa estigmatizada espalham-se em ondas de intensidade decrescente.

Portanto é de extrema relevância realizar atividades a nível individual, comunitário e societário, sendo sugerido pela OMS (2005) algumas estratégias como

- a) Abordagens de redução do estigma – consistindo frequentemente de programas comunitários de prevenção e cuidados a casos, mobilizando uma vasta gama de participantes;
- b) Medidas especificamente anti-discriminação – iniciativas muitas vezes centradas em contextos convencionais tais como locais de trabalho ou centros de cuidados de saúde;
- c) Mecanismos de correção – utilizando meios legais para lutar contra a discriminação e procurar corrigir e promover os direitos humanos das pessoas vivendo com o HIV.

O que é importante, e tal como já vimos, os programas da vida real utilizam frequentemente uma combinação de abordagens, agindo a um ou mais de tais níveis simultaneamente. Isto é importante, pois aumenta a sinergia ou força do trabalho que é realizado. Tam-

bém permite a implicação de uma vasta gama de indivíduos - de conselheiros e trabalhadores de saúde a advogados, trabalhadores comunitários e militantes de direitos humanos. Estratégias de grande base com múltiplos ramos estão no centro do êxito do combate contra o estigma e a discriminação (OMS, 2005).

4.1 ESTIGMA E A CORRELAÇÃO COM A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A temática do estigma é uma discussão que permeia todas as relações sociais influenciando as formas de se relacionar pessoalmente e profissionalmente. Dentre as diversas formas de estigma, a questão de ser um portador de transtorno mental é um agravante nas distintas instituições que englobam a sociedade; quiçá ser dependente químico.

A condição do louco, o estigma dessa marca e a consequente perda de autonomia que ela implica. Poderíamos resumir essa condição numa só frase: o louco perde _ para a sociedade a qual pertence _ a sua condição de sujeito, no sentido etimológico do termo: *sub-jectum*, aquele que subjaz às ações, às enunciações do discurso (NETO, 2011).

Desde o instante em que a marca da loucura lhe foi imputada, é como se no lugar do sujeito aparecesse a doença mental; então, o discurso e as ações expressas pelo louco cessam de significar em si próprias, tornando-se apenas sintomas da doença. Julgado incapaz de decidir sobre o seu destino em todas as instâncias, que vão desde a liberdade de locomoção até as decisões sobre a forma de tratamento que recebe, o louco é transformado num fantoche que deve ser manipulado pelo poder/saber médico (NETO, 2011). Outra questão que pode surgir, esta de cunho psiquiátrico, é se, de fato, a loucura não priva o ser humano da sua capacidade de julgamento, de tomar decisões, portanto da sua condição de sujeito. Seus argumentos são a existência de delírios, alucinações, que _ por ocasião dos surtos _ colocam o louco numa incapacidade para distinguir entre o falso e o verdadeiro, a fantasia e a realidade.

Pode-se constatar que mesmo pacientes que seriam considerados psiquiatricamente bastante comprometidos pela ciência acadêmica vigente podem viver num clima de liberdade, autonomia e consideração mútua, dependendo apenas de que se lhes respeite a condição de seres humanos. *Não se trata absolutamente de tingir a loucura com cores românticas: sem dúvida, são pessoas que vivem experiências difíceis, doloridas, dilacerantes, experiências que na maior parte das vezes não encontram uma alocação possível na esfera gregária do sujeito e que resistem às formas de comunicação pelos códigos partilhados. Mas que, nem por isso, são menos humanas, menos passíveis de reconhecimento e de solidariedade* (NETO, 2011).

O autor supracitado diz que pela genealogia traçada por Foucault, e já inaugurada por Nietzsche, antes dele, o grande problema da psiquiatria é ter se tornado, desde os tempos de Hoffbauer e Esquirol, no início do século XIX, uma disciplina moral. Esquirol avaliava o grau de sanidade e loucura dos seus pacientes pelas suas afeições morais. Se eram *"desordenadas", "pervertidas"*, isso era sinal de alienação; já a cura significava *"a volta às afeições morais dentro dos seus justos limites, o desejo de rever seus amigos, seus filhos, as lágrimas de sensibilidade, a necessidade de abrir seu coração, de estar com sua família, de retomar seus hábitos"*. Na história da psiquiatria brasileira, Franco da Rocha foi talvez um dos mais fiéis discípulos dessa ciência moralista. Para atestar isso basta ler os seus preceitos: *"Há indivíduos, e contam-se por legiões, que não são declaradamente loucos nem de mentalidade perfeitamente normal: são os degenerados que, gradativamente, sem linha bem definida, estabelecem a transição entre o louco e o são de espírito"*.

Ao grupo de degenerados vêm juntar-se, muito naturalmente, os desclassificados da sociedade. Denominamos desclassificados a uma série de tipos especiais que não cabem nem na sociedade nem no hospício (...). Eles estão na rua, por toda parte. Agite-se um pouco a sociedade por qualquer motivo, e eles surgirão logo. São candidatos constantes ao hospício. Os revolucionários são os companheiros dos paranoicos, com os quais se confundem muitas vezes, com a diferença de que os paranoicos revelam perturbações intelectuais que os excluem mais depressa da comunidade social, por darem mais na vista de todos. O sonho de grandeza do criminoso, ora oculto, ora bem claro, revela-se por demais evidente nos anarquistas e nos magnaticidas. A egofilia nestes, não tendo derivação na arte, como so acontece com o poeta, expande-se nas ruidosas manifestações contra a moral vigente, contra a lei, contra tudo (NETO, 2011).

Importante frizar que a análise do estigma nos processos de saúde foi introduzida por Goffman a partir de seu estudo sociológico sobre os hospitais psiquiátricos. O estigma é definido como a identificação que um grupo social faz de uma pessoa (ou grupo de pessoas), a partir de algum problema físico, comportamental ou social que é percebido como diferente e pela não tolerância frente a tal comportamento (MOREIRA, 2008).

Moreira (2008) diz que a partir das entrevistas, do seu estudo intitulado *"Minha doença visível: revisitando o estigma de ser doente mental"*, observa-se um autoestigma pelo sentimento de impotência e inutilidade pelo portador de transtorno mental ocasionada pela doença mental; ocorrendo um aprisionamento do sujeito aos limites impostos concreta e simbolicamente pela doença. Vários entrevistados relatam se sentirem inúteis, o que se constitui numa perda e reconstrução da identidade social. O estigma pode ser observado na imagem

que o entrevistado tem de si como doente e, por isso, necessitado de tratamento, o que se configura como auto estigma.

Outras questões foram relatadas, pelo autor em questão, diz respeito a ter uma Imagem pejorativa da doença mental (loucura); pois ter uma doença mental e se submeter a um tratamento psiquiátrico é, em alguns pacientes, visto como algo pejorativo, associado à loucura, tratando-se de uma das maiores fontes de estigma. O segredo pela imagem negativa da doença mental (loucura) ocasiona medo das reações negativas das pessoas alguns entrevistados que não contam que têm doença mental. Esta questão é a que os entrevistados mais apontam como sendo motivo de experienciar o estigma. Precisam esconder do outro a sua doença para que estes não os tratem como diferentes como “*loucos*”.

O autor cita que um dos principais obstáculos para o bom tratamento e controle da esquizofrenia, por exemplo, é o estigma frequentemente associado ao transtorno. Esse estigma pode levar a uma forte discriminação, que exacerba desnecessariamente os problemas das pessoas com esquizofrenia. Tal discriminação limita os recursos para tratamento da esquizofrenia, a disponibilidade de abrigo, oportunidades de emprego, e a interação social; problemas que, por sua vez, aumentam ainda mais o estigma associado à doença. O estigma associado à esquizofrenia leva a equívocos frequentes divulgados na mídia e que ajudam a perpetuar estereótipos negativos. O estigma associado a ter esquizofrenia também pode ter um impacto negativo sobre o curso e o resultado da própria doença. Finalmente, o estigma devido à esquizofrenia afeta não apenas as pessoas com a doença como também seus familiares, amigos e profissionais de saúde.

No que diz respeito à questão da dependência química, de acordo com o site do Conjur (2013) em 2006, foi aprovada a nova Lei de Drogas 11.343, substituindo a Lei de Drogas 6.368, de 1976. A nova lei foi, de maneira geral, apoiada por setores mais progressistas da sociedade. Sua aprovação representou a esperança de que o país pudesse caminhar em direção a uma política sobre drogas mais humana e liberal

O diferencial dessa nova lei seria de que se retirava expressamente a pena de prisão para o porte de drogas para consumo individual. A conduta continua sendo criminalizada, mas as sanções aplicadas de acordo com a nova lei devem ser advertência, prestação de serviços e medidas educacionais. Desse modo, com a aprovação da lei seria possível começar a diferenciar de forma mais clara os traficantes que se relacionam diretamente com a violência ligada às drogas dos usuários, que são, pelo menos em tese, as vítimas que a proibição das drogas pretende proteger. Acreditava-se que o número de presos por motivos ligados à droga

fosse, evidentemente, diminuir, produzindo uma política mais eficiente, focada no enfrentamento ao tráfico.

Segundo o site supracitado, entre julho de 2011 e outubro de 2012, uma comissão de 15 juristas reuniu-se, a pedido do Senado, para elaborar o anteprojeto de reforma do Código Penal. Assim que recebeu a missão de ajustar o texto vigente, de 1941, a comissão percebeu que o prazo de 180 dias, sugerido pelos senadores, seria pequeno demais. A comissão especial do Senado, criada para analisar o projeto e presidida pelo senador Eunício Oliveira (PMDB-CE), começou, em fevereiro, a fazer audiências públicas quinzenais para debater as mudanças com juristas. A previsão é levar o projeto a votação diretamente no Plenário até final de 2013. Aprovada, a proposta segue para a Câmara dos Deputados.

Dentre as várias questões que propõe a lei a descriminalização do plantio e porte de maconha para consumo próprio, seria um dos principais. A lei de drogas vigente hoje no Brasil, é a Lei 11.343, de 2006, embora tenha trazido avanços como o fim da pena de prisão, continua tratando o usuário como criminoso. Se aprovado o novo Código, o Brasil terá menos de 20 leis penais. No ordenamento atual, a formação de quadrilha depende de quatro pessoas. Já na lei de drogas — a Lei 11.343, de 2006 —, que está fora do Código atual, para definir tráfico e associação de drogas bastam duas pessoas.

É preciso reconhecer que a lei atual, de 2006, embora tenha mantido a criminalização do usuário, excluiu a pena de prisão. Hoje, temos penas alternativas, como advertência, internação ou serviços comunitários. Por outro lado, se o usuário for pego, ainda que não seja preso, é visto como criminoso. E se no futuro praticar algum outro crime, já será reincidente. Pior: se fizer um concurso público e depender de uma certidão de “*nada consta*”, não adianta dizer que recebeu só uma advertência, pois estará lá registrado (CONJUR, 2011).

Esse estigma influenciou muito a comissão na hora de elaborar esse lei. O Brasil atualmente está no meio termo entre aqueles países que mantêm a pena de prisão e os que descriminalizam o uso da droga. “*A nossa lei ainda é omissa: tanto faz guardar a droga consigo para comércio ou para consumo próprio — os dois são crimes*”. Hoje, não importa a quantidade, plantar é crime. Mas se o projeto for aprovado tal como foi formulado, não será mais (CONJUR, 2011):

Será preciso provar que a droga é para uso próprio. As circunstâncias serão levadas em conta pelo delegado, pelo promotor e pelo juiz. Não quer dizer que só porque a pessoa está com 300 gramas de maconha automaticamente é traficante. Mas se os indícios forem fortes, ela terá que apresentar uma prova contrária. Por exemplo: se você está com 500 gramas da droga, não tem emprego certo ou salário condizente,

terá dificuldades para provar inocência. Rico ou pobre, todos terão que provar que a droga era para uso próprio. O traficante continua sendo punido com o mesmo rigor, como crime hediondo. Em relação a isso, não houve discordância dentro da comissão.

De acordo com Goffman (1988), o estigma deve ser abordado à luz da antropologia social devendo considerar todos os aspectos da situação da pessoa estigmatizada. O estigma, na visão do autor em questão, é um poderoso signo de controle social usado para marginalizar e desumanizar indivíduos que apresentam certos traços desvalorizados. No caso da AIDS, e da dependência química uma série de metáforas tem reforçado e legitimado processos de estigmatização tanto das vítimas como dos culpados pela expansão da pandemia em todo o mundo.

Por conseguinte, um estudo etnográfico realizado por Loeck (2006) em um grupo de Narcóticos Anônimos da cidade de Londrina, no Paraná, que propunha elucidar alguns aspectos relativos aos processos de estigmatização pelos quais passam, geralmente, usuários de drogas ilícitas; notou-se, a partir da noção de estigma desenvolvida por Erving Goffman (1988) e do entendimento de que os consumidores dessas substâncias que têm a sua identidade – enquanto usuários de drogas ilícitas; que o público passam a carregar uma marca deste tipo, procurando-se verificar até que ponto a procura pelos grupos de Narcóticos Anônimos ajudaria ou não na desconstrução desse estigma.

Segundo Leonardo Mota (2005) via de regra, a questão das drogas é colocada para a maioria da população em termos de formulações do tipo: toda droga leva à morte, a droga é a principal causa da violência nas grandes cidades, toda pessoa que experimentar uma droga (em geral, ilícita) irá tornar-se um viciado e assim por diante. Neste sentido, propõe-se um contingente de usuários no Brasil “(...) desta forma, concluímos que o termo droga implica numa representação moral da substância, sendo esta automaticamente transferida a seus usuários. Essa é uma questão central para se compreender o estigma das drogas: o status de ilegalidade da substância é projetado na personalidade do usuário” (MOTA, 2005, p.011).

De acordo com Mendes (2011) em seu artigo Crack e seu estigma mortal: “Crack, doença social?”; Construiu-se uma aura tão aterrorizante em torno do crack que os usuários, vítimas no processo, estariam estigmatizados. O homem é pródigo em criar preconceitos. “Nóia” é nome do mais novo preconceito humano. Para todos, crack é uma droga avassaladora. Mata muito rapidamente. “No Fantástico deu-se até números: a droga matava em 2 anos de uso. Queima os neurônios, inviabiliza para sempre. O “nóia” não permitia esperanças de recuperação. Esse estigma desmotivava até os Profissionais da saúde em apoiá-los”.

Velho(1999), a partir de um estudo com grupos de usuários de drogas, demonstra com clareza que tipo de restrições sofre um usuário de drogas que tem sua identidade de consumidor revelada ao utilizar o conceito de categorias de acusação, neste caso específico, a de drogado:

“(...) drogado é uma acusação moral e médica que assume explicitamente uma dimensão política, sendo, portanto, também uma acusação totalizadora. O fato dos acusados serem moralmente nocivos segundo o discurso oficial, pois têm hábitos e costumes desviantes, acaba por transformá-los em ameaça ao *status quo*, logo em problema político (...). A categoria drogado explicita de imediato, a problemática de patologia individual. O drogado seria, por definição médica, um doente. A partir daí, constrói-se todo um discurso sobre a anormalidade do consumo de drogas e sobre as consequências nefastas para o indivíduo e para a sociedade desse hábito, vício, dependência, etc” (VELHO, 1999, p.60-61).

Levando em consideração a dimensão totalizante que o consumo de drogas passa a ter na vida dos indivíduos; os usuários que consomem sem problemas e usuários dependentes, os primeiros seriam os desacreditáveis da noção de Goffman(1988), porque ainda podem manipular sua identidade; os segundos já não conseguiriam escapar à noção de desacreditados, visto que o consumo de drogas guia suas vidas de forma total. Sobre a questão da dependência química, dificilmente um indivíduo neste estado conseguiria voltar a um estado de não dependência por sua conta própria, fazendo-se necessária uma intervenção, uma ajuda. Geralmente essa ajuda vem no sentido de trazer o indivíduo a seu estado anterior, um estado de suposta normalidade, como nas clínicas de desintoxicação ou nas diversas formas de tratamento da dependência química já experimentada.

Algumas estratégias específicas que podem ajudar a reduzir o estigma e melhorar a qualidade de vida de pessoas portadoras de transtornos mentais seria, segundo Moreno (2002), aumentar o uso de estratégias de tratamento que controlem os sintomas e evitem efeitos adversos; iniciar atividades educacionais comunitárias para mudança de atitude; incluir educação anti-estigma no treinamento de professores e profissionais de saúde; melhorar a psico-educação de pacientes e familiares sobre formas de viver com a doença; envolver os pacientes e suas famílias na identificação de práticas discriminatórias; incentivar o desenvolvimento de medicações que melhorem a qualidade de vida e minimizem os efeitos diversos estigmatizantes.

4.2 ESTIGMATIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Barbieri (2006) cita uma importante pesquisa feita em São Paulo que contrariam uma visão preconceituosa corrente sobre a população de rua, que a representa como analfabe-

ta, nordestina, negra e que não trabalha. Metade da população pesquisada foi composta por pessoas de cor branca, 30% de pardos e 20% de negros. A proporção de analfabetos e semi-analfabetos foi de 13%. A maioria cursou o primeiro grau, sem, no entanto, concluí-lo. Cerca de 6% iniciou estudos de segundo grau, sendo que 4% chegou a completá-lo. Com relação à origem, quase 50% dos pesquisados nasceram na região Sudeste, destacando-se em primeiro lugar o Estado de São Paulo (30%) e em seguida Minas Gerais. A outra metade dos pesquisados se distribuiu entre as demais regiões, com destaque da região Nordeste.

De acordo com o site da Associação Brasileira de Desenvolvimento de lideranças (ABDL) em seu artigo “*População de rua: sobreviventes excluídos da sociedade*” (BARBIERI, 2006) a pessoa que utiliza o espaço público para pernoite sofre violência também de seus iguais, dada à diversidade de segmentos que compõem o mundo da rua. Dormir em grupo, portanto, representa segurança, num certo sentido. Entretanto, quanto maior o grupo de pernoite, maior é o risco de se tornar alvo da polícia ou de denúncias por parte da vizinhança, provocadas por possíveis algazarras, bebedeiras etc.

O agrupamento, apesar de representar a possibilidade de melhores condições de subsistência e de proteção mútua, exerce, em determinados contextos, uma função de sujeição e controle sobre cada um de seus elementos, baseado, sobretudo num sistema de trocas, em torno de bens materiais e de experiências afetivas para a repartição dos bens (pinga, cigarro, comida) para a admissão de estranhos e para a regulação das relações.

Ao cair na rua o sujeito ainda preserva alguns vínculos com o ‘outro lado’ que lhe permite conseguir trabalho, mantendo contatos com alguns colegas e também com alguns parentes. Estabelecendo-se em albergues, pensões e alojamentos, pode-se dizer que, neste primeiro momento, o indivíduo fica na rua, uma vez que ainda preserva uma rede de relações de suporte. Com o passar do tempo, transforma-se a relação com o espaço das ruas em um processo de progressiva identificação com outros sujeitos cujas rotinas lhe são semelhantes e permite que se estabeleça uma nova rede de relações que vai, aos poucos, substituir as antigas redes sociais [...] A rua e seus moradores tornam-se progressivamente mais importantes como referência para o sujeito e, dessa forma, um novo cotidiano se estrutura a partir desse novo referencial. Pode-se dizer, então, que este sujeito está na rua. (GHIRARDI et al., 2005, p. 601).

A desvinculação gradativa das redes sociais de suporte e a adesão aos códigos das ruas permite uma articulação do cotidiano em torno desta nova realidade. O espaço das ruas se constitui como local de moradia e de trabalho, nesse momento o sujeito passa a ser da rua (GHIRARDI et al., 2005, p. 601).

Ressalta-se que a identificação e o reconhecimento dessas fases são essenciais para o desenvolvimento de políticas públicas que visam à reintegração desse cidadão ao convívio

social, pois, quanto maior o tempo de permanência nas ruas, menor a chance de reintegração. Viver dessa forma estabelece estereótipos que acabam incorporados por essas pessoas de forma involuntária, assim, as representações sociais repercutem na construção de suas identidades, como definem Mattos e Ferreira (2004, p. 50): *A caracterização das pessoas em situação de rua como anormais, carrega em si a comparação com uma 'normalidade' vista como forma legítima de vida na sociedade. Assim o diferente passa a ser objeto de estranhamento e repulsa. A dicotomia 'normal' versus 'anormal' homogeneiza as diferenças com o intuito de 'manter todos na linha', reproduzir uma dada ordem social.* Ora, se morar em uma residência fixa, trabalhar formalmente e constituir família são padrões normais, logo sem residência fixa, sem família e trabalho formal, as pessoas em situação de rua são alvos de investidas ideológicas que acentuam suas 'anormalidades' (MATTOS & FERREIRA, 2004, p. 50).

Desse modo, o morador de rua incorporaria, de maneira gradual e negativa, os estigmas sociais que lhe são imputados por meio de ideologias dominantes. Mattos e Ferreira (2004, p. 50-51) demonstram a dicotomia e a origem desses estigmas. Ao referir-se a um morador de rua como *anormal, perigoso, sujo, vagabundo e coitadinho*, paralelamente se utiliza de um *"discurso higienista"*, nesse caso utilizado para associar a pessoa em situação de rua à sujeira, levantando a questão da *"limpeza das ruas"*.

Ocorrendo da mesma forma com a pessoa ao perigo e à violência, na realidade, associa-se à pobreza que sugere o perigo. Enquanto a figura de um vagabundo está relacionada ao conceito capitalista, pois, se ela não vende sua força de trabalho, se ela não tem um emprego formal com carteira assinada, ela é improdutiva e, por isso, *"preguiçosa e/ou vagabunda"*. Já o termo *"coitadinho"* é usado para designar uma visão meramente assistencialista e paliativa, que tende a manter o problema. Stoffels (1977, p. 17) expõe que essas pessoas ainda podem ser chamadas de "loucas" devido à perda de identidade que está relacionada ao tempo de permanência na rua.

Mattos e Ferreira (2004, p. 51), ressalta as consequências que os estigmas causam às pessoas sem domicílio institucional: tipificações, suscita nos cidadãos domiciliados ações que trafegam no extremo da total indiferença chegando até a repulsa e à violência física. Percebe-se que todo este discurso serve como pano de fundo para que o sujeito em situação de rua de maneira negativa construa a sua identidade, e talvez por isto, muitas vezes ele acaba por aceitar este destino, o de viver nas ruas (MATTOS; FERREIRA, 2004, p. 51). Exatamente por não saberem o que fazer, com essas pessoas, a sociedade e o poder público ignoram a relevância da situação desses cidadãos, tendendo à simplificação do problema.

Neste ínterim, cito Campos (2006) que relata no seu estudo sobre cultura urbana, a sociabilidade e o estigma no bairro do Roger em João Pessoa, um bairro com grande incidência de vulnerabilidade social que o medo e o estranhamento para com os outros, estão diretamente ligados a sua característica de comunidade dual.

O Estigma sugerido sobre o bairro imputado pela cidade enquanto imaginário coletivo, e se resignifica confluindo se nas relações e no imaginário dos habitantes das duas partes do bairro, o “alto” e o “baixo”. Goffman(1988) afirma a identidade dos indivíduos como produto do social, ou seja, a identidade não pode ser concebida através de atributos e características intrínsecas, mas sim pelas trocas e pela interação em determinadas ocasiões. O outro relacional é fundamental na constituição da identidade, já que a observação das marcas distintivas e a percepção da combinação única dos fatos que compõe as vidas são realizadas pelo, e no meio social. Falando sobre o jogo relacional ele diz: “[...] *quando o indivíduo se apresenta diante dos outros, seu desempenho tenderá a incorporar e exemplificar os valores oficialmente reconhecidos pela sociedade e até realmente mais do que o comportamento do indivíduo como um todo*” (GOFFMAN, 1988, p. 41).

Ele ainda diz que “*a diferença, em si, deriva da sociedade, antes que uma diferença seja importante ela deve ser coletivamente contextualizada pela sociedade como um todo mostrando novamente o caráter coletivo da diferença*”. O estranhamento e o medo do outro, desconhecido ou proveniente de determinada área, entre os moradores se mostra clara, levando a estigmatização de certos locais e indivíduos dentro do bairro. Erving Goffman (1988), em seu livro sobre o estigma reexamina os conceitos de estigma e identidade social, o alinhamento grupal e a identidade pessoal, o eu e o outro, colocando bem claro, ser este, não somente relacionado a um defeito físico, mas também a uma organização socialmente estereotipada, podendo esta afetar a identidade pessoal.

Clifford Geertz, em sua obra *A Interpretação das Culturas* (1978) traz uma enorme contribuição metodológica para pensarmos as culturas relativizando, generalizando seus aspectos, enquanto construções simbólicas do *homo racional*. Geertz nos mostra como a cultura é composta pelo ethos e visão de mundo, que enquanto valores, construções e práticas se sobrepõem sucessivamente na organização da vida social. Diz ele :“*Na discussão antropológica recente, os aspectos morais (e estéticos) de uma dada cultura, os elementos valorativos, foram resumidos sob o termo ‘ethos’, enquanto os aspectos cognitivos, existenciais foram designados pelo termo ‘visão de mundo’*”.

O ethos de um povo é o tom, o caráter e a qualidade de sua vida, seu estilo moral e estético e sua disposição, é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao seu mundo que a vida re-

flete. A visão de mundo que esse povo tem é o quadro que elabora das coisas como elas são na simples realidade, seu conceito da natureza, de si mesmo, da sociedade (GEERTZ, 1978, p.143144).

Para compreensão mais ampla sobre as pressões sociais que a população em situação de rua estão submetidas em seu cotidiano, através dos mais variados preconceitos, discriminações e dificuldades advindas dessa condição, enfoca-se o estigma que envolve a questão da situação de rua, portanto, reportamo-nos à concepção de Goffman (1988), onde o autor afirma que:

O estigma é um fator social que gera situações e uma perspectiva diferente de vida para o estigmatizado. As expectativas que a sociedade tem para com seus indivíduos, leva-os a agir diferentemente com quem não está dentro dos padrões pré-concebidos. E essa confirmação de que a pessoa está em desacordo com as expectativas não precisa ser complexa, basta à visão ou um pequeno contato com o indivíduo considerado "*anormal*" para que esse indivíduo seja estigmatizado.

De acordo com essa concepção, existe uma forte tendência da população em situação de rua ser segregado e visto como uma pessoa desclassificada, sem força de vontade, a qual teria sentimentos de baixa autoestima, por estar fora dos padrões estabelecidos. Dessa forma, pode incorporar que a mídia impõe um estereotipo de "cidadania", mesmo que seja um modelo inalcançável, existe ao mesmo tempo um estímulo incessante ao consumo dos recursos para alcançá-lo.

De acordo com a pesquisa desenvolvida na tese de doutoramento no Programa de Estudos Pós-Graduados de Ciências Sociais, PUC-SP; ocorreria um processo de estigmatização, em jovens negros, que engloba uma parcela significativa da População em situação de rua, a partir dos grupos com mais poder político e econômico, discriminando, estigmatizar e desqualificar socialmente os grupos que não fazem parte do seu meio social. Nas sociedades brasileira e portuguesa, os negros sempre fariam parte dos grupos desprovidos de poder político e econômico e seus valores, comportamentos, religião e forma de se relacionar socialmente foram historicamente classificadas não só como diferentes, mas como inferiores, refletindo em obstáculos à inserção social. Entretanto, não estão excluídos, pois de alguma forma participam e contribuem para o sistema social produtivo em seus países.

Assim, (PAUGAM, 2004, p.19) não veria como um processo de exclusão, compreendido "*por alguns, como uma realidade estática (...) vivendo à parte da sociedade*" (PAUGAM, 2004, p.19). Há de fato, um processo de desqualificação social. Essa temática pode ser

vista a partir de cinco dimensões do conceito de desqualificação social construído por Pau-gam: o grupo privilegiado atribui identidade negativa e estigmas; há interdependência entre os grupos dentro do sistema social; há períodos em que a condição da pessoa e do grupo muda, com as trajetórias de vidas; as pessoas ou grupos podem reagir porque fazem parte do sistema social; há a associação entre integração da pessoa ou do grupo e estratificação social, na qual o problema de integração social é mais presente entre os segmentos mais desprivilegiados.

A construção da imagem de grupo e da autoimagem positiva ficaria comprometida pela associação do negro com estigmas construídos socialmente. Crescer em ambientes desfa-voráveis à sua sociabilização pode comprometer o amadurecimento do indivíduo e sua forma-ção como sujeita. Os processos de desqualificação social e estigmatização são decorrentes de fatores históricos, culturais e econômicos que, além da cor da pele escura, que aponta o grupo racial a qual pertence, há o indicativo da condição social, como o lugar onde mora, a forma de se vestir, etc.

Tella (2005) diz que o processo de estigmatização provocaria, ainda, nos estigmati-zados reações à hierarquização imposta a eles (GOFFMAN, 1998). A autora em questão cita Saint-Maurice que apresenta duas estratégias, interior e exterior, de se relacionar com as cren-ças e valores imputados ao seu grupo. A estratégia interior — estritamente individual — se divide em três possibilidades, (i) consciente, não levar em conta as agressões sofridas; (ii) absorção dos estigmas, o que causa paralisia, aceitando a inferioridade imputada; (iii) revolta, transformada em agressividade. A estratégia exterior, no âmbito individual pode levar à as-censão social da pessoa, o que acarretaria no distanciamento do seu grupo racial, para escapar dos estereótipos. No campo coletivo, “podem ir da assimilação à revalorização da sua singula-ridade”, que tem como probabilidade o desenvolvimento de ações coletivas com o propósito de defender e valorizar o seu grupo.

Estas relações de poder desequilibradas também contribuíram para a atribuição de crenças e valores como parte do processo de estigmatização da população negra (TELLA, 2005). Os estigmas surgem no contato e comparação entre os grupos, nos quais os membros de um grupo observam semelhanças dentro do seu próprio e aspectos que os diferenciam do outro grupo.

As atribuições de crenças e valores seriam decorrência de um sentimento de ameaça representado pelos grupos dominados e desprovido de recursos de poder. A ameaça pode ter diversas motivações: espaço no mercado de trabalho, comportamentos e valores sociais, vio-lência, tráfico e consumo de drogas. Os setores da sociedade com mais recursos e acesso ao

poder visualizam no Outro e local onde habitam um complemento, e que os bairros degradados e periféricos seriam o local certo para aqueles com menos recursos sobreviverem. A possibilidade de dividir e compartilhar espaços e poder na sociedade faz com que os grupos dominantes desenvolvam atitudes e comportamentos de oposição, aversão, hostilidade à presença do grupo mais pobre e elabore obstáculos de acesso ao poder e à ascensão social aos membros do grupo dominado (TELLA, 2005).

A desqualificação social, a estigmatização unilateral, a atribuição de crenças e valores aos grupos com poucos recursos de poder, a segregação espacial e a exploração da sua força de trabalho são ferramentas poderosas para a preservação e afirmação dos seus princípios, superioridade e defesa, como um processo natural ou verdade absoluta. As posições sociais, decorrentes das desigualdades sociais e da distribuição desigual de poder, determinam as formas de interação e as imagens estereotipadas, que ambos os grupos constroem. Os rótulos estão enraizados de tal forma que, mesmo que o membro do grupo dominado ascenda socialmente, aproximando-se dos grupos dominantes, o membro do grupo dominado não consegue se desfazer das imagens estigmatizadas imputadas ao seu grupo racial (TELLA, 2005).

Os estigmas associados à cor da pele e ao local onde moram tornam evidente que tais construções sociais servem para desqualificar e inferiorizar pessoas e grupos dominados. As referências estigmatizadas produzidas e reproduzidas por setores sociais, historicamente, estabelecem um tipo de relação conflituosa de poderes desequilibrados entre os que moram em locais degradados e periféricos e os grupos dominantes. O objetivo dos grupos dominantes nunca foi à exclusão destes grupos — os grupos dominantes sempre necessitaram que os dominados fizessem parte do sistema social —, mas o controle social, por meio dos restritos acessos ao poder político e econômico por eles já ocupados (TELLA, 2005).

Outro estigma presente na População de rua é associação da “*miséria*” com a criminalidade, por estarem na rua todos cometeriam crimes, independente da sua situação. Porém Marcos Alvito em sua Tese de doutorado intitulado: “*Abandono e preconceito são estigmas das favelas*” (*apud* Vieira, 2001) relata que não dá para fazer a associação miséria/criminalidade. Senão a Índia seria o país com maior índice de criminalidade no mundo. E não é. Senão o Nordeste, que é mais miserável que Rio e São Paulo, seria mais violento. E não é. Quando este jovem escolhe o rumo que vai dar na vida, ele tem opções. As opções hoje estão muito restritas, o mercado de trabalho está mais fechado, mais exigente. Antes não precisava ter segundo grau para conseguir alguma coisa. Hoje precisa e o diploma não te garante mais nada. O que é característico da favela não é a violência. É a sociabilidade, é a amizade. É

este vínculo pessoal, o calor humano. Isto é marcante. A violência é uma visitante indesejada e que está presente em toda a sociedade brasileira (VIEIRA, 2001).

A favela tem uma ética comportamental que não existe no resto da cidade. Etiqueta na favela é importante. Mulher casada só pode ser chamada de "dona". Todo mundo fala bom dia, boa tarde, boa noite. As pessoas precisam desta relação para sobreviver. A vizinha precisa da outra para tomar conta do filho enquanto vai trabalhar. O outro precisa do vizinho para fazer um serviço de pedreiro. E assim por diante. Há outros estereótipos errados. A própria ideia de favela é uma mentira. O contexto de cada favela muda tanto que praticamente a única coisa que une as favelas é o preconceito que os moradores do asfalto têm em relação às favelas. Elas são completamente diferentes entre si. É em relação às favelas. Elas são completamente diferentes entre si. Aquilo que se acusa a favela, de ser violenta, suja, irracional, mas marcada por uma alegria excessiva, é um resumo do que se acha do negro. É a mesma visão. O negro é sujo, violento, é alegre, está sempre sorrindo, gosta de festa. O estereótipo é o mesmo (VIEIRA, 2001).

Do mesmo jeito que como morar na rua viola uma regra social de uso do espaço, a forma de sobrevivência dessa população, que se faz apenas secundariamente pelo mercado, seja o de trabalho seja o de bens, subverte os padrões e valores de reprodução da sociedade capitalista, em que o trabalho aparece como forma legítima de garantir o sucesso. A resposta da sociedade para quem não se enquadra é o estigma: vagabundo, malandro, vadio ou quando muito coitado; ele é o outro, o que não faz parte, que necessita ser afastado ou reintegrado. No entanto, o morador de rua assume de forma extremamente rígida o estigma lançado sobre si, utilizando os olhos da sociedade para avaliar sua condição social. Sente-se um fracassado, um caído. A justificativa para essa situação oscila entre estabelecer razões externas, como a falta de emprego, a falta de apoio e a auto culpabilidade, com destaque para o alcoolismo.

Não existiria um motivo exato que faça uma pessoa ser mais vulnerável a abandonar uma vida e ir parar na rua. Os discursos são variados, como brigas com companheiras (os), pais, ou vícios. São situações que num primeiro momento não parece ter tanta importância a ponto de levá-los para rua (BARBIERI, 2006).

Neto (2011) diz, ainda, que uma de suas formas de discriminação e consequente violação dos direitos humanos é também a segregação física, manifestada na ação das tecnologias de vigilância do espaço urbano, de forças policiais ou de agentes urbanísticos. Outra forma de discriminação, a socio-pessoal, é exercida através de humilhações e ofensas à pessoa em situação de rua:

Mesmo nos serviços públicos, seja nos ditos universais (SUS, SUAS), nos de uso obrigatório como de registros públicos, seja nos voltados à população de rua, as categorias do “*vagabundo*”, do “*drogadicto*” do “perigo social” marcam a atuação da maior parte dos agentes institucionais e privados. Uma pesquisa nacional empreendida pelo Ministério do Desenvolvimento Social, intitulada “Rua: aprendendo a con-

tar”, traz dados importantes para dimensionar este problema: a grande maioria dos entrevistados afirmou não tentar entrar em certos estabelecimentos, principalmente comerciais, para evitar constrangimentos que podem chegar à expulsão do local (NETO, 2011).

A discriminação sofrida pela população de rua pode ser encarada também como mecanismo que mobiliza aparatos de repressão e violência na cidade de São Paulo. Exemplo significativo disso são as ações conjuntas de forças policiais e equipes municipais de limpeza, que atuam sob o pretexto da “*limpeza urbana*” para retirar as pessoas em situação de rua do espaço público, equiparando-as, desta forma, à sujeira (NETO, 2011).

É obvio, que antes de serem populações de rua são pessoas humanas, que sentem, amam, riem, choram e alguns ainda sonham. É a parcela mais pobre e excluída da sociedade, de fato os “*sem/sem, ou seja, sem organização, sem expressão de cidadania*”.

Segundo BARBIERI (2006) a sociedade não os veem, mas muitos desejariam ser vistos. A denominação mais correta para esta parcela da sociedade não deveria “*ser populações de ruas, mas sim sofrendores de rua*”.

Portanto, a População em situação de rua é tão sujeito de direitos e deveres como qualquer outra pessoa, porém a sociedade teima em não reconhecê-lo como tal. As pessoas em condição de rua sofrem com a invisibilidade social, a população estigmatiza essa pessoa como fraca, preguiçosa e sem ambição alguma. Essa má representação social resulta na procura de uma fuga da realidade, e é quando acabam caindo no alcoolismo e nas drogas.

5 CAMINHOS METODOLÓGICOS – ELABORAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Considerando que o tema em estudo está inserido nas ciências sociais da saúde, onde teoria e prática encontram-se ligadas de forma imediata, seguem-se alguns procedimentos metodológicos adotados na investigação.

Como o método não é apenas um caminho unilinear, mas, sobretudo um processo dinâmico que permite uma aproximação da construção do conhecimento (MINAYO, 1999), torna-se fundamental que se explicita a natureza e o tipo de estudo, campo de pesquisa, população alvo e amostragem, instrumentos e técnicas de coleta de dados, método de análise e interpretação dos dados e parâmetros éticos da pesquisa.

No que diz respeito à abordagem da pesquisa é a qualitativa, pois a mesma advém do fato de se estar buscando uma coleta de dados que contemple os aspectos afetivos, cognitivos e atitudinais dos participantes através da apreensão dos significados do estigma no cotidiano da população em situação de rua. Essa abordagem consiste na utilização de instrumentos para o estudo de um fenômeno, buscando a profundidade da compreensão na análise interpretativa Bauer, Gaskell (2002).

5.1 SOBRE A ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO – DSC

5.1.1 Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

No final dos anos da década de 1990, surgiu no Brasil, por iniciativa de Lefevre (2000), surgiu uma proposta de técnica de análise de discurso, conceituada de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): uma técnica baseada no sujeito coletivo de Durkheim (2003). Esse conceito seria uma modalidade de análise de discursos obtidos em depoimentos verbais ou obtidos em qualquer manifestação discursiva que se possa encontrar em textos e documentos escritos.

Sabe-se que todo e qualquer conjunto de representações coletivas expressados na comunicação pelos discursos literais estão convencionados. Porém não quer dizer que estejam solidificados. As representações sociais sofrem inúmeros impactos do ambiente e caminham permanentemente para incorporação de novas variáveis.

Dentro desse contexto, Abric (2001) relata que todas as representações tem um núcleo central, superando aquela percepção ilusória da sua permanência e consequente

mutabilidade. Essa descoberta deu subsídio para a análise de discursos representacionais; pois se observou que uma das formas que se descobre a fundamentação de uma representação seria a ancoragem. Assim o conceito seria constituído de técnicas que levam a decomposição do conjunto de discursos afirmados por um coletivo e sujeito em torno de uma questão ou objeto de estudo.

Greimas (1987) relata que esta decomposição dos discursos, exige-se que se definam os aspectos que se quer destacar e o seu agrupamento na apreciação é a síntese final para assim chegar aos núcleos discursivos e suas diferentes ancoragens.

5.1.2 Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e a sua aplicabilidade

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) tem o intuito de reduzir a variabilidade naturalmente presente nos discursos, visando com isso validar o conhecimento que o autor do discurso representa em sua fala, valorizando a fala do entrevistado. Portanto, de acordo com Lefevre (2005), o DSC consistiria na organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, papers, extraíndo de cada um as ideias centrais, as ancoragens e suas correspondentes expressões chave. Traduziria em uma maneira de viabilizar o discurso, deixando a *“realidade descrever-se mais autonomamente porque se acredita ser muito mais rico e válido ter uma realidade mais auto do que hétero descrita”*.

4.1.2.1 Campo de pesquisa

O campo empírico no qual se desenvolveu a pesquisa é a cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizada no litoral. Sua população totaliza 2.332.657 habitantes, segundo senso do Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE) realizado em 2000. A presente pesquisa foi desenvolvida no ano de 2013, no Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS AD), da Secretaria Regional III (SER III).

Sabe-se que administrativamente, a Prefeitura Municipal de Fortaleza é dividida em seis Secretarias Executivas Regionais – SER. O CAPS AD é um serviço de atenção psicossocial destinado ao atendimento de pessoas que apresentem o uso ou abuso de álcool e outras drogas, na faixa etária a partir de 16 anos e que residem nas áreas de abrangência SER III (390.947) (IBGE, 2000).

No que condiz os dados sócios econômicos a Regional III é constituída por 16 bairros. O bairro mais extenso e mais populoso é o Pici, com 51.921 habitantes. Em segundo lugar vem o bairro Quintino Cunha, com 50.289 habitantes e, em terceiro, o bairro Bonsucesso, com 45.258 habitantes. O bairro com a menor população desta Regional é o Parque Araxá, com 6.414 habitantes.

Os bairros da Regional III concentram 16,5% da população do Município e 50% da população têm até 28 anos. A Regional tem o terceiro menor índice de analfabetismo entre as regionais, e ocupa a quarta colocação em relação aos rendimentos familiares, com ganhos médios de 4,6 salários mínimos. Dos dezesseis bairros, nove deles (Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bela Vista, Bonsucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Padre Andrade, Pici e Quintino Cunha) têm renda inferior a esta média e sete restantes têm renda acima da média (Amadeu Furtado, Bela Vista, Jóquei Clube, Parque Araxá, Parquelândia, Presidente Kennedy e Rodolfo Teófilo). O bairro com maior rendimento médio, por família, é a Parquelândia, enquanto Autran Nunes é o bairro de menor renda média por família da Regional (FORTALEZA: 2011, p.04).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - por bairro (IDHM-B) contempla três indicadores: média de anos de estudo do chefe de família, taxa de alfabetização e renda média do chefe de família (em salários mínimos). Quanto mais próxima nota 1,0, mais desenvolvido é o bairro. De acordo com o levantamento feito a partir dos dados do Censo 2000 I, onze bairros da Regional possuem índice médio (entre 0,500 e 0,799) e cinco têm índice considerado baixo (entre 0 e 0,499). Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, Jóquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Parquelândia, Presidente Kennedy e Rodolfo Teófilo apresentam IDH M médio. Por sua vez, Autran Nunes, Bonsucesso, João XXIII, Pici e Quintino Cunha são aqueles bairros com IDHM-B baixos (FORTALEZA:2011, p.04).

A rede de saúde municipal de Fortaleza dispõe de 69 (sessenta e nove) hospitais, dos quais 22 (vinte e dois) da esfera pública, 32 (trinta e dois) conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 15 (quinze) da rede privada. Acrescido ainda à rede, existem duas maternidades- escola, 74 (setenta e quatro) centros de saúde, 16 (dezesseis) unidades básicas, que compõem o Programa de Saúde da Família (PSF) e 14 (quatorze) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa rede de atenção à saúde ainda é considerada incipiente em relação ao atendimento e às necessidades demandadas pela população usuária dos serviços, tendo em vista que Fortaleza referencia serviços de média e alta complexidade para a população

proveniente dos municípios do Ceará e demais Estados da região Norte e Nordeste (FORTALEZA, 2000).

Em relação à implementação da Política de Saúde Mental de Fortaleza o município dispõe da seguinte rede de serviços em funcionamento: cinco hospitais psiquiátricos, sendo dois da rede pública, um filantrópico conveniado ao SUS e dois da esfera privada. A rede ainda dispõe de 14 (quatorze) CAPS disponibilizados da seguinte forma: 1(um) CAPS GERAL e 1 (um) CAPS AD nas Regionais I, II, III, IV, V e VI e 1 (um) CAPS INFANTIL nas Regionais III e IV, dois CAPS 24 horas na SER I e II. A Rede Assistencial de Saúde Mental dispõe também de duas Residência Terapêutica e de espaços para realização de terapias complementares tais como: Terapia Comunitária, Resgate da Autoestima, Massoterapia, Ciranda da Vida, dentre outros equipamentos. Esses recursos terapêuticos são desenvolvidos no espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Todos se tornam co-responsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso na perspectiva de desenvolvimento de um trabalho voltado à promoção da saúde mental. Portanto, é neste cenário que está em construção a Política de Saúde Mental do município de Fortaleza.

Importante ressaltar que a atual operacionalização do CAPS AD- SER III é resultante de um convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Fortaleza - PMF e Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC. Trabalha de forma interdisciplinar, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, das Políticas Nacional de Saúde Mental e de Humanização, na perspectiva da inclusão social e melhoria da qualidade de vida dos usuários, familiares e comunidade.

É um serviço aberto e comunitário, que trabalha em parceria com outros serviços, níveis de atenção, equipamentos sociais e instituições não governamentais. Até o presente momento, possui 2.650 usuários cadastrados. Diariamente, tem uma média de 35 usuários em atendimentos diversos.

Ao adentrar na instituição somos recebidos pelo Guarda Municipal que nos encaminha para a recepção onde a Equipe avalia se o paciente tem perfil de CAPS AD. Importante ressaltar que a questão do perfil é só para contribuir para organização da rede sócio assistencial, porém independente da regional, ou tipificação do perfil; todos podem ser atendidos independente da sua problemática.

Logo depois, o paciente é encaminhado para o Profissional que estiver no acolhimento naquele, dia que fará uma avaliação inicial, para a construção posteriori do seu plano terapêutico, e inserção nas atividades intra-institucional.

O CAPS AD é composto de 1 bancada para o Guarda Municipal, duas salas para a recepção onde é constituído dos prontuários, computador, mesas e cadeiras; onde ficam os Profissionais da administração. Logo depois, observa-se as salas de grupos sendo compostas de 3 salas no térreo, e 3 salas no 1 andar, temos ainda um espaço denominado caramanchão. Já no espaço da instituição é composta de 5 salas de atendimentos individuais, 1 para a coordenação 1 sala para enfermagem. Ressalta-se que não existe sala específica para uma categoria profissional por conta da multiprofissionalidade; entretanto a Enfermagem precisa de uma sala específica por conta das suas particularidades de atuação.

5.1.1.3 Coleta de dados

A proposta do DSC utiliza a forma tradicional de coleta de dados das pesquisas nas Ciências Sociais, como proposta para tabulação de informações provenientes de questões (fechadas e abertas), aplicadas no trabalho de campo. No entanto, o procedimento central do DSC difere da pesquisa tradicional por investir na aproximação das formas de abordagens, considerando a unidade principal dos resultados dos discursos como chave da análise.

Segundo Lefevre e Lefevre (2003) o instrumental para a coleta de dados seria a entrevista semi estruturada onde seguiriam alguns passos para a efetivação do estudo em questão:

- **A escolha dos sujeitos** estaria ligada intrinsecamente ao tema do estudo em questão, pois a representação da População em situação de rua (PSR) subsidia a compreensão de como esta sendo realizado o atendimento dos pacientes dentro desse perfil no CAPS AD da SER III. Entretanto o referido estudo foi realizado somente com os Profissionais do serviço por conta da evasão da PSR do serviço.

Um instrumental de extrema relevância para a coleta dos dados é a entrevista semiestruturada, pois possibilitaria a expressão de opiniões, valores e sentimentos dos participantes da pesquisa, tendo em vista a importância das questões subjetivas cuja finalidade é apreender as características e o desvelamento das categorias apreendidas a partir de uma entrevista aberta com roteiro flexível, o que possibilitará a expressão de opiniões, valores e sentimentos dos participantes da pesquisa. Para tanto o gravador é um objeto útil para apreensão de todas as expressões verbais e realizadas anotações em diário de campo das observações de expressões não verbais para complementar a investigação e apreender o fenômeno.

- **Elaboração do roteiro de perguntas:** essa estratégia é fundamental para o

delineamento desse estudo. Deve-se considerar na construção do roteiro de investigação, o pesquisador deve se preocupar com uma elaboração criteriosa de perguntas, as quais respondem exatamente aquilo que deseja investigar. Assim, antes de formular uma questão, devemos definir os objetivos que se pretende atingir com as perguntas formuladas, onde se consubstanciam como a matéria prima das representações sociais.

Para a elaboração do roteiro de entrevista, contendo as perguntas com os quais realizamos o quadro de análise do DSC e respectivos objetivos, considerou-se, inicialmente a necessidade de uma aproximação maior com os Profissionais do CAPS AD da SER III e os assuntos que circundavam o seu campo enunciativo referente à PSR. Chegamos ao seguinte resultado da elaboração do roteiro, com as questões abaixo:

1. Trajetória Profissional

Objetivo: Entender a formação profissional do Profissional de saúde e a sua atuação com a População em situação de rua.

2. Para ti o que é ser Morador de rua?

Objetivo: Saber o significado que o Profissional de saúde tem da População em situação de rua.

3. Quais as dificuldades que o Morador de rua tem?

Objetivo: Entender as dificuldades que a População em situação de rua tem no seu cotidiano.

4. Quais as facilidades em ser Morador de rua?

Objetivo: Saber os aspectos positivos de ser População em situação de rua.

5. Como os Profissionais de saúde veem os Moradores de rua?

Objetivo: Saber a representação que o Profissional de saúde tem da População em situação de rua.

6. Como os Moradores de rua veem o CAPS AD da SER III?

Objetivo: Saber o significado do CAPS AD para a População em situação de rua.

7. Como ocorre o acolhimento no CAPS AD da SER III?

Objetivo: Entender como ocorre o acolhimento a População em situação de rua no CAPSAD da SER III

8. Como os Profissionais de saúde pensam o Plano terapêutico singular?

Objetivo: Saber como se ocorre à construção do PTS entre os Profissionais de saúde e a População em situação de rua.

9. Como ocorre o atendimento multiprofissional?

Objetivo: Entender como a interprofissionalidade ocorre no CAPS AD da SER III.

10. Como se dá o uso de substâncias psicoativas nos Moradores de rua do CAPS AD da SER III?

Objetivo: Saber como se dá a ingestão abusiva de álcool e outras drogas por parte da População em situação de rua do CAPS AD da SER III.

11. Como ocorre a garantia de direitos e deveres no CAPS AD da SER III?

Objetivo: Entender como ocorre a garantia dos direitos e deveres da População em situação de rua no CAPS AD da SER III.

12. Como ocorre a intersetorialidade?

Objetivo: Saber como ocorre a intersetorialidade na rede sócio assistencial.

13. Entender a relação do estigma com o cotidiano do Morador de rua.

Objetivo: Conhecer a relação do estigma com o cotidiano da População em situação de rua.

14. Conhecer os projetos de vida, sonhos, prefiguração do Morador de rua.

Objetivo: Saber se a População em situação de rua tem projetos, sonhos, perspectiva de futuro.

15. Considerações finais.

Objetivo: Conhecer relatos dos Profissionais de saúde que não foram contemplados sobre a População em situação de rua, no que condiz as temáticas supracitadas.

No processo de coleta de dados, fez-se necessário, à diversificação de instrumentos para uma aproximação das percepções dos entrevistados, considerando a multiplicidade de facetas configuradas, em torno do objeto representado, envolvendo *"valores, conhecimento, opiniões, elementos culturais, crenças e imagens que as integram, assim como o universo simbólico em que os participantes do estudo se apegam"* (Accioly-Junior Schneider, Pinheiro, 2003).

- **Preparo dos entrevistadores:** o vínculo terapêutico é essencial para a identificação e preparo dos sujeitos desse estudo. A partir da convivência institucional, diário de campo e levantamento em prontuários; identificaram-se os pacientes do CAPS AD da SER III que tenha perfil de PSR e que apresente dificuldade em relação à ingestão abusiva de drogas. Porém, realizamos a pesquisa com os Profissionais de saúde devido à evasão da PSR no

serviço.

- **Preparo do ambiente para a entrevista:** realizou-se no CAPS AD da SER III em uma em uma sala fechada e com a privacidade relevante para a efetivação da mesma.
- **Preparo do equipamento para gravação:** foi utilizado um gravador para apreensão de todas as expressões verbais e realizada anotações no diário de campo das observações do não dito para complementar a investigação e expressões latitudinais dos participantes.

5.1.3 Método de análise e interpretação dos dados da entrevista

No que condiz a análise dos dados, Lefevre (2003) descreve metodologicamente o Discurso do sujeito coletivo (DSC) a partir de algumas figuras definidas: é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, a partir de trechos de discursos individuais, constituindo-se a principal dessas figuras metodológicas. Devem ser grafados em itálico para indicar que se trata de uma fala ou de um depoimento coletivo. O DSC, como técnica de processamento de dados com vistas à obtenção do pensamento coletivo, dá como resultado um painel de DSCs, justamente para sugerir uma pessoa coletiva falando como se fosse um sujeito individual de discurso.

Segundo o autor em questão essa forma de apresentação de resultados de pesquisa confere muita naturalidade, espontaneidade e vivacidade ao pensamento coletivo. Para elaborar o DSC, parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a uma análise inicial que os decompõe, assinalando as expressões-chave e extraíndo as principais ancoragens e ideias centrais, o que culmina em uma síntese que reconstitui discursivamente a representação social. Dentre as etapas utilizada nessa metodologia estão:

1. Ancoragem: manifestação linguística de uma dada teoria, que na qualidade de afirmação genérica está sendo usada para enquadrar uma realidade específica. As Ancoragens diferentemente das ideias centrais que estão sempre presentes nos depoimentos, somente serão consideradas quando estiverem concreta e explicitamente presentes nesses depoimentos, o que nem sempre acontece. É importante notar que tanto a Ideia Central quanto a Ancoragem vêm das mesmas Expressões –Chaves. A diferença entre a Ideia Central e a Ancoragem é que a mesma Expressão-Chave remete tanto para o sentido mais direto do discurso, representando pela Ideia Central, quanto para a teoria, a ideologia ou a crença subjacente, representadas pela Ancoragem.

2. Ideia central: define-se a partir de uma leitura dos textos coletados, ou de um momento no qual se adquire de cada discurso sob exame o que tem de central em sua elaboração. Conforme Lefevre (2003), as ideias centrais podem ser resgatadas através de descrições diretas do sentido do depoimento, revelando o que foi dito ou através de descrições indiretas ou mediatas, que revelam o tema do depoimento ou sobre o que o sujeito enunciatador esteja falando.

É importante assinalar que a ideia central não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido ou de um conjunto de depoimentos precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisada;

3. Expressões-chave: representam uma etapa em que se almeja um resgate da literalidade do depoimento, associando a extração das ideias centrais. Para Lefevre (2003): “(...) *é uma espécie de prova discursivo-empírica da verdade das ideias centrais e das ancoragens e vice-versa*”. São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser destacadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que ele se divide. Geralmente tais fragmentos correspondem às questões de pesquisa. Com elas, são construídos os DSCs;

4. Discurso do sujeito coletivo, propriamente dito: é a fase final expressado pela síntese do que derivaria as etapas das extrações das ideias centrais e expressões-chaves representando o núcleo dos discursos. Dessa forma a representação imergiria sobre uma dada temática no grupo; porém não quer dizer que ocorreria a homogeneidade no discurso; levando em consideração que cada um tem a sua forma de expressar a sua subjetividade; teríamos a representação do pensamento de todos.

Por esta razão, os autores da técnica afirmam que os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora “(...) *o que se busca diz respeito a tantos discursos síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno* (p. 19); *por isso mesmo, é um discurso redigido na primeira pessoa do singular*” (Lefebvre e Lefebvre, 2003, p. 18).

No que condiz a tabulação dos registros obedeceu às diretrizes do método, sem alterações. No entanto, tendo sido grande volume de textos produzidos nas entrevistas

transcritas, ou seja, nas 15 respostas (15 Profissionais de saúde) dadas a cada uma das 15 perguntas, optamos por não apresentar o IAD 1, contendo a cópia integral das entrevistas em formato de tabela como os demais. A transcrição integral destas entrevistas, de onde retiramos as Expressões –Chaves, poderá ser disponibilizados posteriormente.

Inicialmente, transcreveram-se as entrevistas que haviam sido coletadas e gravadas e dividiu-se o trabalho em duas etapas: 1) o texto foi transcrito do oral para o impresso, sem preocupações gramaticais ou formais- apenas considerando as palavras; 2) o texto corrigido é novamente submetido á leitura acompanhada, buscando-se respeitar as pausas respiratórias e a prosódias particulares dos entrevistados e os regionalismos de sua fala. Após as entrevistas coletadas, gravadas e transcritas, para a tabulação dos dados, seguiram-se rigorosamente os seguintes passos:

- 1) Analisaram-se isoladamente as respostas de todos os Profissionais do CAPS AD da SER III. Dessa forma, o primeiro passo consistiu em copiar, integralmente o conteúdo de todas as respostas referentes a todas as questões no IAD1- Instrumento de Análise do Discurso 1, onde posteriormente podemos disponibilizar;
- 2) Imprimimos o IAD1 e recolhemos as Expressões Chaves de todas as quinze perguntas, no texto transcrito das entrevistas, e grifou-se com um marca texto. Para tanto, obedecemos á seguinte ordem: primeiro destacamos as Expressões- Chaves da questão 1, de todas os informantes, depois, da questão 2, e em seguida da questão 3, e assim por diante. Com essas Expressões-chave, montamos a tabela do IAD1 das Expressões-chaves;
- 3) A partir da tabela do IAD1 das Expressões chaves, identificaram-se as Ideias Centrais (IC) e recolhemos as Acoragens (AC);
- 4) A partir da tabela anterior, montamos o IAD2 do GRUPAMENTO, separando e organizando Ideias Centrais e Acoragens, por temática em tabela suplementar sem divisão por questão e nem por informantes. Nesta fase do trabalho, identificamos quatro grandes áreas temáticas recorrentes nos discursos dos Profissionais de saúde: Grupamento A- Acolhimento\CAPS AD (Tabela 6); Grupamento B- Intesertorialidade (Tabela 7); Grupamento C-Estigma (Tabela 8); e Grupamento D- Subjetividade (Tabela 9);

- 5) Organizou-se uma Ancoragem Síntese para cada Grupamento desdobrando os assuntos das ICs e das ACs, aproximando-as das Expressões- Chaves:

TABELA 6- IAD 2 AGRUPAMENTO A- ACOLHIMENTO\CAPS AD

IAD- GRUPAMENTOS -		
GRUPAMENTO A- ACOLHIMENTO \ CAPS AD		
IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS (AMOSTRAGENS RE-CONHECIDA ALEATORIAMENTE)	ANCORAGEM – SÍNTESE (1 TRATAMENTO)	ANCORAGEM – SÍNTESE (TRATAMENTO FINAL)
<i>Descontinuidade do tratamento prejudicando a adesão da PSR;</i> <i>Fragilidade dos vínculos familiares prejudica a melhoria no tratamento;</i> <i>Identificação com o público em que trabalho;</i> <i>Atenção Integral;</i> <i>Facilitar o acesso aos serviços;</i> <i>Importância de um Profissional de referência no trato com a PSR;</i>	<i>O acolhimento é importante para facilitar o acesso aos serviços, tendo o Profissional referência como apoio. Porém a descontinuidade do tratamento e fragilização dos vínculos prejudica essa ação.</i>	<i>O acolhimento é importante para facilitar o acesso aos serviços, tendo o Profissional referência como apoio. Porém a descontinuidade do tratamento, fragilização dos vínculos, manejo inadequado na abordagem de crise prejudica essa ação.</i> <i>Dentre as intervenções essenciais para um acolhimento efetivo é a interprofissionalidade, equidade no tratamento, uma gestão compartilhada, educação permanente, Porém no CAPS AD existe, muitas vezes, um manejo inadequado pois a abordagem em crise não é realizado a contento, há descrença por parte dos Profissionais de saúde a PSR, inflexibilidade das regras que contrapõe com a liberdade das ruas; o receio no trato com a PSR, má compreensão</i>
<i>Importância do manejo adequado;</i> <i>Importância do atendimento em conjunto;</i> <i>Equidade no tratamento;</i> <i>Ausência do manejo adequado para a PSR;</i> <i>Abordagem em crise como uma modalidade de atendimento do CAPS AD;</i> <i>Interprofissionalidade para o manejo adequado da PSR;</i>	<i>Dentre as intervenções essenciais para um acolhimento efetivo é a interprofissionalidade, equidade no tratamento. Porém no CAPS AD existe, muitas vezes, um manejo inadequado pois a abordagem em crise não é realizado a contento.</i>	

<i>Desafio da gestão compartilhada no CAPS AD;</i> <i>Importância da educação permanente para a atualização dos conhecimentos sobre a dependência química;</i> <i>Trabalhar em um serviço que contrabalança o ideal e o real;</i> <i>Desconhecimento da missão do CAPS AD por parte da PSR;</i> <i>Importância do Controle social no CAPS AD;</i>	<i>O desafio de uma gestão compartilhada, educação permanente são premissas básicas para um acolhimento eficaz.</i> <i>Entretanto contrabalancear o ideal com o real é uma realidade do CAPS AD, pois muitos MR desconhecem a missão institucional e a importância do controle social para a garantia dos seus direitos e deveres;</i>	<i>das informações, dificuldade de acesso à cidadania, a rotatividade dos profissionais, a falta de capacitação institucional impede uma continuidade nas ações acolhimento; impedindo uma reinserção social, sendo relevante uma capacitação profissional; Se vê que no Acolhimento alguns profissionais se distanciado problema, por conta do despreparo, dessensibilização não ocorrendo vinculação; havendo restrição no trato, mecanização das atividades. Por isso é fundamental a humanização, a afetividade no acolhimento, minimizando as dificuldades conscientizando-os do que eles necessitam. Um profissional de referência que não seja imposto e que vincule as categorias profissionais no cotidiano laboral contribui para adesão deles.</i>
<i>A PSR adentram ao CAPS AD por demanda espontânea e referenciada por outras instituições;</i> <i>Acolhimento institucional deficiente por conta das dificuldades da PSR;</i> <i>Descrença dos profissionais de saúde em relação à PSR;</i> <i>Inflexibilidade das regras institucionais contrapondo com a liberdade da rua;</i> <i>Importância de Capacitação Profissional para a compreensão das necessidades da PSR;</i>	<i>No CAPS ad ocorre um acolhimento deficiente por conta da descrença, inflexibilidade das regras que contrapõe com a liberdade das ruas; sendo relevante uma capacitação profissional;</i>	<i>O acolhimento do MR é visto pelos Profissionais de saúde como difícil por conta da manipulação, ausência de diálogo, receio em abordar em crise por conta da agressividade, por eles retornarem para a rua depois do atendimento, e estrutura organizacional deficiente. Nota-se, assim,</i>

Conhecimento da história de vida do usuário para o manejo adequado; O CAPS AD é para melhorarem em relação à dependência química; A complexidade das problemáticas da PSR faz com que tenha receio de trabalhar com esse público por conta da agressividade e não terem diálogos; Desgaste laborativo impede uma efetividade no atendimento a PSR; Modalidade de atendimento diferenciado com a criação do CAPS AD 24 horas na SER II; Preciso ter mais contato para aprender a lidar com a PSR; Categoria profissional pode ter múltiplas intervenções; Importância de acolhimento humanizado; Importância da escuta qualificada; A realidade da exclusão contribui para a formação profissional; Importância da empatia	Conhecer a história de vida do usuário e as problemáticas da PSR amenizam o desgaste laborativo e o receio de trabalhar com esse público; A efetivação da política de humanização e a criação do CAPS AD 24 horas auxilia na escuta qualificada e em ter mais contato com a PSR aprendendo a lidar melhor com esse público; A visão sistêmica da PSR dar subsídios para se trabalhar com esse público, bem como a empatia na área social. Sendo o Serviço Social um importante mediador para conhecer a história de vida do mesmo.	limites na atuação profissional através do número reduzido de profissionais, fragmentação das atividades, impotência profissional, de serem frios ao seguir somente um roteiro de entrevista contribuindo para a reprodução cultural do MR. Por conseguinte o Serviço social tem um papel importante na atuação com os MR por conta da sua formação, auxiliando no fortalecimento dos vínculos familiares, prefiguração, reinserção sócio familiar. Dessa forma e relevante a flexibilidade das regras, o atendimento centrado no sujeito e não na queixa inicial, com responsabilização na construção do PTS, e levando em consideração a vulnerabilidade da saúde por estar na rua. Entretanto, a PSR é visto como exigente, chato e insatisfeito com a sua realidade, que deve ser temido, tendo um atendimento diferencial em relação a outros pacientes; contribuindo para uma fragilização dos vínculos entre o Profissional e o usuário. Porém, alguns Profissionais não veem o trato com a PSR de forma diferenciada em relação outros profissionais. A PSR vê o CAPS AD como possibilidade de superação, forma de fuga, como um local para se alimentar na hora que querem, que não existem regras, e como referência de família; não vendo como um tratamento de dependência química, apesar de alguns quererem
--	---	---

com a área social; <i>Importância de um projeto para a valorização do trabalho melhorando o atendimento do usuário;</i> <i>Experiência com as problemáticas da PSR, dependência química possibilita uma visão sistêmica da situação;</i> <i>Dificuldade de comunicação com a PSR;</i> <i>Relevância da abordagem em O Serviço social tem um papel relevante para conhecer a história de vida do usuário;</i> <i>Ausência de experiência profissional por parte dos Profissionais de saúde;</i> <i>Entendimento das particularidades e especificidades da PSR;</i> <i>Desconhecimento da missão do CAPS AD por parte da PSR;</i> <i>Empatia com a DQ;</i> <i>Importância do papel do Serviço Social no fortalecimento dos vínculos familiares;</i> <i>Auxílio na prefiguração da PSR;</i> <i>Reinserção sócio familiar;</i> <i>Importância do apoio institucional para a PSR;</i> <i>E difícil trabalhar com o MR porque não compreendem, não absorvem esse tipo de informação;</i> <i>Receio em trabalhar com a PSR, por conta do contexto de violência e não conseguir ama-los, impedindo o desenvolvimento do traba-</i>	<i>No acolhimento a empatia com o Dependente químico é importante para o trato com o usuário. Mas a ausência de experiência profissional, e o não entendimento das particularidades e uma constância;</i> <i>O Serviço Social , bem como outras categorias auxiliam no fortalecimento dos vínculos familiares, prefiguração, reinserção sócio familiar.</i> <i>O receio, má compreensão das informações, dificuldade de acesso à cidadania dificultam o desenvolvimento do trabalho. A atuação do CAPS AD auxilia minimamente nessas problemáticas.</i>	<i>sair das drogas. No que diz respeito, o atendimento multiprofissional é realizado de forma pontual apesar de se tentar recuperar a condição humana deles. Neste interim, o PTS tem que dar continuidade no decorrer do tratamento e levar em consideração a história de vida, vínculo terapêutico, projetos de vida, para que o paciente vislumbre outra vida para organizar melhor as ações. Então, entender a visão sistêmica da PSR dá subsídios para se trabalhar com esse público, bem como a empatia na área social. Sendo o Serviço Social um importante mediador para conhecer a historia de vida do mesmo</i> <i>Assim, a efetivação da política de humanização e a criação da do CAPS AD 24 horas, ter empatia com o Dependente químico , conhecer a história de vida do usuário e as problemáticas da PSR, contrabalancear o ideal com o real; amenizam o desgaste laborativo e o receio de trabalhar com esse público importante para o trato com o usuário. No que diz respeito à garantia dos direitos e deveres da PSR no CAPS AD, se dá através de atividades de controle social como Assembleias, atendimentos individuais, grupo, tendo o Serviço Social um papel importante para essa garantia. Onde o principal dever dos pacientes seria não vir sobre efeito de álcool e outras drogas. .E a</i>
---	--	---

lho; <i>Dificuldade de acesso ao serviço; e a cidadania; Aqui fornece cursos para eles mudarem de vida, é uma oportunidade de deixarem as drogas; As dificuldades diminuem muito pouco no CAPS AD; diminuem assim tem tratamento médico porque na maioria dos Postos não atendem sem documento;</i> <i>Ele eram para serem trabalhados para que pudesse ter novamente um espaço de reinserção social, para eles terem uma autonomia; Não consigo vê um ponto positivo em ser MR; Importância da capacitação institucional para os Profissionais de saúde; Rotatividade dos Profissionais de saúde impede uma continuidade nas ações; Apesar de ter escutado da boca de um deles que ótimo ficar na rua, não vejo motivo, é por falta de conhecimento;</i>	<i>A rotatividade dos profissionais e a falta de capacitação institucional impede uma continuidade nas ações acolhimento; impedindo uma reinserção social para a autonomia da PSR.</i> <i>No Acolhimento alguns profissionais se distanciam do problema, por conta do despreparo, dessensibilização não ocorrendo vinculação, restrição no trato, limitando a construção do PTS a nível micro. Assim, uma formação humana forte vai contribuir para a crença na mudança do usuário.</i>	<i>questão dos deveres é aceito mais não e compreendido pelos usuários. Já os direitos são proporcionais ao cumprimento dos deveres onde muitos paciente tem descontrole emocional. para estarem em grupos. Porém o sistema impediria a garantia dos direitos, onde a própria viabilização dos vales transportes seria inconstitucional e a própria instituição acolhe mais não consegue dar os devidos encaminhamentos. Portanto, respeitar a autonomia da PSR quando ele prefere ficar na rua, ter abraço simbólico no ato de acolher, se deixar conduzir durante o processo, ver a totalidade do ser não só a questão da DQ, de que precisa ter limite superando o comportamento infante juvenil , compreender as fases motivacionais, entender que a PSR são órfãos de familiar vivas, superar a ausência de troca de saberes, afinidades na equipe multiprofissional do CAPS AD, realizar matriciamento na rede sócio assistencial, dar o aprazamento adequado, ausência de agregação de saberes, ter um produto dos grupos, questionamento das práticas, uma formação humana forte que contribua para a crença na mudança do usuário são premissas básicas para o acolhimento adequado.</i>
--	---	--

<i>Distanciamento do Profissional de saúde em ver o problema;</i> <i>Ações imediatistas dos MR;</i> <i>Desconhecimento da realidade da PSR;</i> <i>Despreparo profissional;</i> <i>Importância de uma formação humana forte;</i> <i>Dessensibilização profissional, gerando desconfiança;</i> <i>Crença na mudança do usuário;</i> <i>Restrição no trato com o usuário;</i> <i>Desconhecimento da realidade da PSR;</i> <i>Profissionais que acolhem mais não se vinculam;</i> <i>O tratamento se limita a nível micro em detrimento a nível macro;</i> <i>Desconhecimento da vida do usuário;</i> <i>Fragilização dos vínculos na relação profissional e usuário;</i> <i>O usuário é alguém que deve ser temido;</i> <i>A PSR tem um atendimento diferencial em relação a outros pacientes;</i> <i>O usuário é visto como exigente, pouco chato e não está satisfeito com nada;</i> <i>Não vejo como a PSR é diferente dos outros não;</i> <i>Mobilização pontual de auxílio da Equipe Multiprofissional;</i> <i>Agente tenta recuperar a condição humana dessas</i>	<i>A PSR é visto como exigente, chato e insatisfeito com a sua realidade, que deve ser temido, tendo um atendimento diferencial em relação a outros pacientes; contribuindo para uma fragilização dos vínculos entre o Profissional e o usuário. Porém, alguns profissionais não veem o trato com a PSR de forma diferenciada em relação outros profissionais.</i> <i>O atendimento multiprofissional é realizado de forma pontual a pesar de tentar recuperar a condição humana deles.</i> <i>O CAPS AD é visto pela PSR como possibilidade de superação, forma de fuga, não veem como um tratamento de dependência química, apesar de alguns quererem sair das drogas; veem como um local para se alimentar na hora que querem, que não existem regras, e como referência de família.</i>	
--	--	--

pessoas; Pode até ser intensivo, manhã e tarde; mas veem aqui para se trabalhar; A PSR vê o CAPS AD co- mo possibilidade de supe- ração; O CAPS AD é como se fosse uma forma de fuga, um local para que eles pudessem buscar uma saí- da; O MR não vê o CAPS AD como Unidade de saúde que vem se trabalhar a dependência química; Querem ajuda para sair das drogas; Veem o CAPS AD como apoio alimentar; Eles acham que não exis- tem regras; Querem vir no momen- to que eles querem, comer na hora que eles querem; e acham que agente não quer fazer as coisas porque agente não quer; CAPS AD como referência familiar; Eles veem porque é o que está sendo oferecido de imediato, é o que está de portas aberta; Importância de um acolhi- mento humanizado; Profissional com mecani- zação das atividades labo- rais; O profissional vai se acos- tumando a fazer aquilo no automático do sentimento; Nós precisamos nos envol- ver; Por mais que eu não en- contro soluções para o meu paciente eu tenho que dar alternativas para ele;	O Profissional no CAPS AD apresenta mecanização das atividades, não se en- volvem por isso e funda- mental a humanização, a afetividade no acolhimen- to, minimizando as dificul- dades conscientizando-os do que eles necessitam. Um profissional de referência que não seja imposto e que vincule as categorias pro- fissionais no cotidiano la- boral contribuindo para adesão deles.	
---	---	--

Os arranjos institucionais precisam existir no serviço; Preciso ter afetividade no meu acolhimento; Quando eu me envolvo é mais fácil o MR se aderir ao tratamento; Nos temos que minimizar as dificuldades deles conscientizando-os do que eles precisam, necessitam, do que eles querem; Importância do Profissional de referência verdadeiro e não imposto; Equipe Multiprofissional sensível; Vinculação entre as categorias profissionais no cotidiano laboral;	O acolhimento do MR é difícil por conta da manipulação, ausência de diálogo, receio em abordar em crise por conta da agressividade, por eles retornarem para a rua depois do atendimento, e estrutura organizacional deficiente. Dessa forma e relevante a flexibilidade das regras, o atendimento centrado no sujeito e não na queixa inicial, com co responsabilização na construção do PTS, e levando em consideração a vulnerabilidade da saúde por estar na rua.	
O MR é o público difícil de trabalhar; Importância da flexibilidade das regras institucionais; Ocorrência da manipulação do MR , Dependente químico; O MR tem que ser atendido levando em consideração as suas especificidades, nuances; Apesar das dificuldades quando eles querem eles aderem ao tratamento; O atendimento tem que ser centrado no sujeito e não na sua queixa inicial; Ausência de diálogo com o usuário; onde o PTS é construído ao bem prazer do Profissional; Ausência de discussão entre os profissionais da Equipe;	Respeitar a autonomia da PSR quando ele prefere ficar na rua, ter abraço simbólico no ato de acolher, se deixar conduzir durante o processo, ver a totalidade do ser não só a questão da DQ, de que precisa ter limite superando o comportamento infanto juvenil , compreender as fases motivacionais, entender que a PSR é órfãos de familiar vivas auxiliar no trato com o usuário. Portanto superar a ausência de troca de saberes, afinidades na equipe multiprofissional do CAPS AD, realizar matriciamento na rede sócio assistencial, dar o aprazamento adequado, ausência de experiência	

<i>Em situação de rua agente pensa na vulnerabilidade da saúde maior do que outra pessoa que está dentro de casa em vias de desenvolver uma tuberculose; Receio de abordar em crise por ser um público diferente do CAPS Geral; por conta da agressividade; Apesar das dificuldades com as crises é de extrema relevância a abordagem em crises; Mesmo estando na rua eu acho complicado fazer um tratamento de álcool e droga porque eles tem acesso a tudo que há de ruim na rua; Estrutura organizacional deficiente;</i> <i>Não é regra o comportamento deles, tem um comportamento infantil, meio adolescente quando estão exacerbados demais , quando passa do limite, agente tem que conversar, dar uma barreira de limite; Empatia no atendimento ao MR; Importância do foco na qualidade de vida da PSR; A qualidade do atendimento vai depender de como o profissional conduz e como o paciente se deixa ser conduzido; O acolhimento tem que ser sinônimo de abraço simbólico; Querem tirar um paciente da rua, mais sim, ele quer sair da rua? Será que não é a opção dele? Mas eu percebo que às vezes chega é você ficar</i>	<i>profissional agregando saberes e por conseguinte agregação de saberes, ter um produto dos grupos, questionamento das práticas são premissas básicas para o acolhimento.</i> <i>A garantia dos direitos e deveres se dá através de atividades de controle social como Assembleias, atendimentos individuais, grupo, tendo o Serviço Social um papel importante para essa garantia. Onde o principal dever seria não vir sobe efeito de álcool e outras drogas; onde a garantia dos direitos esta proporcionalmente relaci-</i>	
--	--	--

sozinho com aquele caso ali, já aconteceu comigo. Não ocorre atendimento multiprofissional por conta de falta de afinidades entre alguns profissionais; Deve-se observar a totalidade desse sujeito não ver só a questão da dependência química e ele ser PSR; Porque muitos são órfãos de famílias vivas; Relevância em fazer um matriciamento da rede sócio assistencial; Ausência da troca de saberes entre os profissionais; Eu vejo que as pessoas tentam trocar informações; Conhecimento da fase motivacional da PSR para dar o aprazamento adequado à demanda dele; Sinto falta dentro dos grupos de um produto, de uma finalização; Importância de questionar as práticas do cotidiano laboral; Os profissionais que chegaram ao CAPS AD não tinham experiência nessa área, ainda estão agregando saberes; Tanto os profissionais como os usuários tem os seus direitos garantidos; Atividades de controle social para a garantia dos direitos e deveres; Visão paternalista no trato com a PSR, denominando o CAPSAD como casa deles; Sensibilização dos direitos e deveres da PSR no CAPS AD; através de ações pontuais cotidiana; Papel do Serviço social na garantia dos direitos e	onado aos deveres. E a questão dos deveres é aceito mais não e compreendido pelos usuários. O PTS tem que se dar continuidade no decorrer do tratamento e levar em consideração a história de vida, vínculo terapêutico, projetos de vida, vislumbre outra vida para organizar melhor as ações, . Nota-se os limites na atuação profissional através do número reduzido de profissionais, fragmentação das atividades, impotência profissional, de se-	
---	---	--

<i>deveres da PSR;</i> <i>Eles tem deveres aqui no CAPS AD de respeito, de não virem sobre efeito de bebida alcoólica e drogas;</i> <i>Para reivindicar os direitos com toda a moral tem que cumprir os deveres, mas isso é só no limite;</i> <i>Impotência profissional: não depende da gente né? Agente enquanto profissional vai depender de outras instituições para dar continuidade;</i> <i>Co- dependência familiar que por conta de ser do usuário e tudo a família fica cansada, ai exclui;</i> <i>Numero reduzido de profissionais para o atendimento;</i> <i>O PTS é algo que não é fechado uma hora agente vai reportar a ele de novo;</i> <i>Importância de dar continuidade ao PTS do usuário;</i> <i>Importância da história de vida, vínculo terapêutico no trato com o MR;</i> <i>Conhecer projetos de vida diferenciados;</i> <i>Às vezes eles não identificam, porque estão tão acostumados que às vezes ele não quer; agente precisa mostrar, fazer com que</i>	<i>rem frios ao seguir somente um roteiro de entrevista contribui para a reprodução cultural do MR. Por conseguinte o Serviço social tem um papel importante na atuação com os MR por conta da sua formação.</i> <i>Os direitos são proporcionais ao cumprimento dos deveres onde muitos paciente tem descontrole emocional. para estarem em grupos. Porém o sistema impediria a garantia dos direitos, onde a própria a viabilização dos vales transporte seria institucional e a própria institui-</i>	
--	--	--

<i>ele vislumbre outra vida; Muitos profissionais não tem conhecimento do PTS;</i> <i>Consciência dos limites das intervenções laborais na efetivação do PTS; O PTS seria uma forma de organizar melhoras as ações; Devemos reunir, capacitar, instrumentalizar, sensibilizar através de ações gerenciais de gestão; Rotatividade dos profissionais prejudicando as ações do CAPS AD; Fragmentação das atividades impede um fortalecimento dos vínculos usuário e o profissional; O Profissional foi muito frio no sentido de seguir o roteiro de entrevista sem olhar o real motivo daquela pessoa que era usuário de álcool e outras drogas, que estava saindo de todo um contexto; Importância do papel do Serviço Social no trato com a PSR por conta da formação; Reprodução da visão cultural do MR</i> <i>Com relação aos outros usuários do serviço demonstram inquietação por estarem perto dos MR; Eu creio que a questão dos deveres é aceito mas não é compreendido; Mesmo que for a nossa competência agente tenta dar os devidos encaminhamentos;</i> <i>A partir do momento que eu quebro as coisas, des-</i>	<i>ção acolher mais não consegue dar os devidos encaminhamentos.</i>	
--	---	--

respeito, faço baderna eu perco os direitos; Tem paciente que não dar para estar em grupo porque não tem controle emocional; O sistema impede que todos os direitos se viabilize; Os deveres são discutidos com eles não pelo fato de ser um serviço público mas por estarem sob efeitos de substâncias psicoativas; Inconstitucionalidade dos direitos: não é direito deles terem vale transporte, não é constitucional a prefeitura dá porque achou interessante; Eu acho que a instituição acolhe de certa forma mas não consegue dar os devidos encaminhamentos;		
--	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

TABELA 7 - IAD 2 – AGRUPAMENTO B- INTERSETORIALIDADE

Fortalecimento dos vínculos; Atenção básica referenciada; Territorialização; Ações intersetoriais; Parcerias com Centro Pop, CAPS, Casa de passagem, Ponto de encontro; Referência de apoio institucional; Redes de trabalho entre o CAPS AD da SER IV e Centro POP; Abordagem conjunta; Rede de apoio efetivo; Referência com as Unida-	A intersetorialidade no CAPS AD auxilia no fortalecimento do vínculos, onde a atenção básica com a presença do NASF POP referencia os MR adequadamente a partir de parcerias com o CENTRO POP, CAPS AD, CASA DE PASSAGEM, PONTO DE ENCONTRO dentre outras instituições. A rede de apoio efetivo ameniza o distanciamento do Posto de saúde as Unidades de assistência, garantindo a articulação ins-	A rua dá o livre acesso ao uso de substâncias psicoativas, onde o índice de PSR é irrisório em relação a Capital, onde há um índice grande de imigrantes, nos outros Estados, que transformam-se MR. Apesar disso, a PSR tem acesso às informações referentes aos seus benefícios como Projeto Minha Casa, minha vida; Ajuda de custo, dentre outros benefícios. A intersetorialidade no CAPS AD auxilia no fortalecimento do vínculos, onde
--	--	--

des de saúde porém não tem a contra referência; Falta de informação por parte dos Moradores de rua; Referenciamento institucional; A adesão ao CAPS AD está atrelado à melhora na parte clínica; Nasf POP, nos Postos de saúde, como referência ao atendimento a PSR; Distanciamento do Posto de saúde aos CAPS de referência prejudicando o tratamento da PSR; Garantia de tratamento através da articulação institucional; Modalidade de atendimento diferenciada com o CAPS 24 horas; Ações de promoção e prevenção em locais de grandes aglomerações; Acolhimento diferenciado do NASF POP em relação à PSR; Reconhecimento da PSR no seio comunitário; Inexistência de uma rede de apoio que dê suporte a PSR; Co- responsabilização no encaminhamento das instituições; Déficit na rede de apoio pública; A rua possibilita o livre acesso ao uso de substâncias psicoativas; Importância da s instituições mediadores de acesso ao serviço; Importância da ação inter-setorial; Vejo que o processo é grande e a oferta e pouca; Ausência de apoio social;	titucional, possibilita ações de prevenção e promoção, reconhecimento da PSR no seio comunitário, media o acesso ao serviço, As dificuldades da intersectorialidade diz respeito inexistência de uma rede apoio, co responsabilização nos encaminhamentos, oferta pouca para demanda que é grande; A rua dá o livre acesso ao uso de substâncias psicoativas, onde o índice de PSR é irrisório em relação a Capital. Apesar disso, a PSR tem acesso às informações referentes aos seus benefícios como Projeto Minha Casa, minha vida; Ajuda de custo. Auxílio de políticas públicas, mais especificamente das instituições privadas; clarificando as fragilidades das políticas públicas como estrutural, de intersectorialidade, descuido nos encaminhamentos;	a atenção básica com a presença do NASF POP referencia os MR adequadamente a partir de parcerias com o CENTRO POP, CAPS AD,CASA DE PASSAGEM , PONTO DE ENCONTRO. Então, as instituições devem levar em considerar os diversos âmbitos dos sujeitos no tratamento, no qual os acompanhamentos institucionais favoreceriam a aderência do MR. Dentre as funções da rede sócio assistencial está o fortalecimento da integralidade nas atenções, co responsabilização nos encaminhamentos, o apoio matricial, educação permanente, treinamento, o cuidado para dar resolutividade às problemáticas; No que condiz às dificuldades da intersectorialidade a inexistência de uma rede apoio, co responsabilização nos encaminhamentos, oferta pouca para demanda que é grande; desumanização da rede sócio assistencial, pouca articulação institucional do CAPS AD, ausência de apoio político, falta de interesse de tirar as pessoas da rua, banalização na problemática da PSR; dificultam a reinserção social dos mesmos. Portanto, o trato com a PSR tem é importante ter amor; porém deve-se levar em consideração no acolhimento à mentalidade infante juvenil dos mesmos; e ter o entendimento que eles apresentam uma desa-
---	--	---

<i>O índice de PSR no interior é irrisória em relação a Capital;</i> <i>Importância da discussão das políticas públicas, para atender a PSR de forma especial;</i> <i>Foi até os próprios pacientes que falaram que tem ajuda de custo para MR;</i> <i>vai ao CREAS POP, fazem o cadastro e tem também o Projeto minha casa minha vida;</i> <i>Auxílio de políticas públicas para a PSR;</i> <i>Rede de apoio privado efetivo;</i> <i>Para lavar roupas e confraternizar da maneira deles na praça;</i> <i>Dificuldade de se efetivar a ação intersetorial;</i> <i>Fragilidade das políticas o públicas;</i> <i>Ausência de investimento estrutural;</i> <i>Não existe um cuidado, um encaminhamento;</i> <i>Acho que poderiam porque cada instituição pode trabalhar um âmbito do sujeito, mas nem todas as instituições vão conseguir trabalhar com esse público, o ser humano e complexo e se ele esta na rua está buscando algo;</i> <i>Temos um índice grande de imigrantes em outros Estados que se inserem na comunidade e acabam perambulando pelas ruas;</i> <i>Desumanização da rede sócio assistencial;</i> <i>Eles tem uma visão diferente que vão ser maltratados em outros serviços;</i> <i>O acompanhamento da rede sócio assistencial au-</i>	<i>As instituições devem levar em considerar os diversos âmbitos dos sujeitos no tratamento, que os acompanhamentos institucionais favorecem a aderência do MR.</i> <i>Desumanização da rede sócio assistencial, pouca articulação institucional do CAPS AD, ausência de apoio político, falta de interesse de tirar as pessoas da rua dificultam a reinserção social da PSR.</i> <i>Índice grande de imigrantes, nos outros Estados, que transformam-se MR;</i> <i>Dentre as funções da rede sócio assistencial está em favorecer a integralidade na atenção básica, co responsabilização nos encaminhamentos, o apoio matricial, educação permanente, treinamento, o cuidado para dar resolutividade às problemáticas;</i> <i>Existência de instituições que tem uma abertura maior se for aprazamento entre instituições em detrimento a realidade do usuário quando adentra na mesma; que não realizam a contra referência a contento por conta da demanda grande e estrutura mínima;</i>	<i>gregação da mente onde não se acostumariam em residir em uma casa, dessa forma temos que acolhe-los e não realizar uma higienização social</i>
---	--	--

<i>xilia a aderência MR;</i> <i>Pouca articulação institucional do CAPS AD com a rede sócio assistencial ;</i> <i>Ausência de apoio político para o trato com a PSR.</i> <i>Falta de interesse das pessoas em tirar a PSR da rua;</i> <i>Desarticulação das rede;;</i> <i>Integralidade na atenção a PSR;</i> <i>Co- responsabilização nos encaminhamentos;</i> <i>Deve-se investir não só no CAPS AD mas no apoio matricial, treinamento, capacitação, educação permanente;</i> <i>Eu acho que teve certa resistência em receber o MR, mas a partir do momento que foi referenciado pela agente, de serviço para serviço, tiveram uma abertura maior; Se ele tivesse procurado diretamente talvez não tivesse sido atendido como foram;</i> <i>Eu acho que a contra referência é função deles mas eu sei que eles tem uma demanda enorme, não tem estrutura;</i> <i>Na verdade agente faz a nossa parte aqui, mas quando depende da continuidade e encaminhar ao serviço da rede agente sabe que é quebrado;</i> <i>A rede de cuidado tem que ser cuidada, ampliada; não só transferir, ela tem que ter mantido contato, compartilhado para resolver as coisas, ter maior resolutividade;</i> <i>A regra do amor e da atenção é ótima, mas quando a pessoa tem a mentalidade</i>	<i>No trato com a PSR é importante o amor porém ajudar de outra forma por conta da mentalidade infante juvenil; ter o entendimento que ele apresentam uma desagregação da mente onde não se acostumam em residir em uma casa; que temos que acolhe-los e não realizar uma higienização social.</i> <i>Superação da dessensibilização e banalização na problemática da PSR;</i>	
--	--	--

entre infância e adolescência; ele tem que ter alguma forma para ser ajudado; Institucionalização dos sujeitos através das interações, por exemplo. Estar na hora de quebrar esse paradigma das rede de instituição para acolhê-los e não limpar as ruas: higienização social. Eles estão acostumados a estar na rua, se tipo coloca-los dentro de uma casa é capaz de ele fugir e voltar a morar na rua, uma desagregação da mente. Agente não pode se sensibilizar em relação a isso, agente não pode passar pelo MR e achar que isso é normal; O que é mais apavorante dessa realidade que a coisa está tão comum que se tornou banal, ai você passa por ali e passa sem refletir, como se fosse um objeto, já não causa mais impacto		
---	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

TABELA 8- IAD 2- AGRUPAMENTO C- ESTIGMA

A PSR é visto como o sumo da exclusão; Preciso ter um olhar diferente no cotidiano laboral para não estigmatizar; A rotulação o faz ser muito negligenciado na situação atual; Discriminação social muito grande por parte das pessoas, eles já tem; já são rotulados como vagabundos ou então como perigo-	PSR é o sumo da exclusão, sendo discriminado socialmente, rotulados como vagabundos, rejeitados socialmente, estigma de doente mental, selvagem que roubam tudo, de coitadinho, de não serem notados, a sociedade não veria com bons olhos por serem mal vestidos, drogados, e mau cheiro são estigmas presentes neste público.	O estigma seria conceituado como marca que carregam para o resto da vida, caracterização de algo, um estereótipo, colocar em categorias, que geraria o preconceito, imposição de uma ideia a uma pessoa, seria algo enraizado que se tem acerca de si próprio, ou em relação à outra pessoa em relação a si mesmo; porém seria também algo
--	--	---

so, tem que ter cuidado né? <i>Ladrão marginal;</i> <i>Eles ficam na rua, deitado no chão, no papelão, com o desprezo das pessoas;</i> <i>Rejeição Social;</i> <i>Estigma de doente mental;</i> <i>Alguns Profissionais de saúde tem preconceito pela forma de falar;</i> <i>É incrível o preconceito porque todo mundo jura que e drogado;</i> <i>Rotulação negativa da PSR;</i> <i>Eu não concordo com banheiro químico contribui para eles, vá ser benefício para eles, geram um preconceito,; porque agente que é cidadã paga os impostos, enquanto pagante eu não tem onde eu ir ao banheiro.</i> <i>É difícil de sofrer algum tipo de preconceito em relação às demandas que ele traz;</i> <i>Eu vejo as coisas muito leve. Eu acho que e algo que você busca, ninguém te dar;</i> <i>Eu não vejo na maioria da PSR o estigma. Eles tem um modo de vida diferente;</i> <i>Eu nunca tive um MR para ele dizer que a vida está ruim, que eu não presto, sempre esta na situação de estar vivendo o hoje; Se eu sou uma pessoa que tenho uma boa autoestima eu não preciso estar elencando todos os problemas dos outros. Eu posso superar mais do que essas pessoas que ficam com o estigma;</i> <i>Preconceito que eles são MR, uma pessoa selvagem que furtam as coisas; É</i>	O estigma seria conceituado como marca que carregam para o resto da vida, caracterização de algo, uma estereótipo, colocar em categorias, que geraria o preconceito, imposição de uma ideia a uma pessoa, seria algo enraizado que se tem acerca de si próprio, ou em relação à outra pessoa em relação a si mesmo; porém seria também algo que você busca e ninguém pode te dar. Autoestima auxilia na superação das pessoas que ficam com o estigma, reclamando da vida. Inexistência de PSR que carregariam estigma de não prestar, te ter uma vida ruim. Profissionais contribuem para o estigma de coitadinhos da PSR, prejudicando o exercício da cidadania dos mesmos, bem como a ausência de políticas públicas.	que você busca e ninguém pode te dar. Dessa forma, a PSR seria o sumo da exclusão, sendo discriminado socialmente, rotulados como vagabundos, rejeitados socialmente, estigma de doente mental, selvagem que roubam tudo, de coitadinho, de não serem notados, a sociedade não veria com bons olhos por serem mal vestidos, drogados, e mau cheiro são estigmas presentes neste público. Entretanto observa-se, também, a inexistência de PSR que carregariam estigma de não prestar, te ter uma vida ruim. Dentro desse contexto Profissionais contribuiriam para o estigma de coitadinhos da PSR, prejudicando o exercício da cidadania dos mesmos, bem como a ausência de políticas públicas.
--	--	--

uma marca que elas carregam para o resto da vida; É uma caracterização de algo, uma estereótipo, colocar em categorias, isso gera o preconceito; É você impor uma ideia a uma pessoa, aí a pessoa fica para sempre estigmatizado; A ausência de políticas públicas específicas gera um estigma; Muitos profissionais veem eles como coitadinhos, ele deixa de cidadão; eles tem direito, precisam de políticas públicas adequadas; É o estereótipo de alguma pessoa, de algum comportamento, que cabe perto do preconceito que você tem que conhecer mais a fundo para depois sair; E como se fosse um preconceito, não conheço determinada situação aí eu imagino uma coisa que seja; O MR tem esse preconceito de não ser notado, a queixa dele é ser visto; É o preconceito de andar mal vestido e a sociedade não vê com bons olhos e ele vai levar para toda a vida; É algo enraizado que se tem acerca de si próprio, ou em relação à outra pessoa em relação a si mesmo; Eles carregam tanto por parte deles de acharem que são marginalizados, e em relação à sociedade você passa em um canto, você vê um MR. Você não quer estar por perto por conta do mau cheiro, você tem receio;		
---	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

TABELA 9- IAD 2- AGRUPAMENTO D- SUBJETIVIDADE

IAD- GRUPAMENTOS		
GRUPAMENTO D- SUBJETIVIDADE DO MR		
IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS (AMOSTRAGENS RE-CONHECIDA ALEATORIAMENTE)	ANCORAGEM – SÍNTESE (1 TRATAMENTO)	ANCORAGEM – SÍNTESE (TRATAMENTO FINAL)
A maioria da PSR tem envolvimento com álcool e outras drogas; Fragilidades da rua contribui para a ingestão abusiva de drogas; As consequência do uso abusivo de drogas faz a PSR irem para a rua; A PSR apresentam estágios de rua diferenciado; Tem pessoas que não tem residência, que realmente é MR; que vem de outros locais e acabam ficando; A fragilização dos vínculos sócio familiares leva a PSR a ir para a rua; Pacientes em estado de rua acabam acostumando em estar na rua por encontram pessoas com os mesmos hábitos de usar; A PSR apresente vulnerabilidade social; Os idosos com perfil de PSR são abandonados tendo poucas instituições para absorver essa demanda Ser MR e estar desprovido de muitas coisas; Ser MR não é questão de ser escolha e sim influência; A PSR tem uma lacuna no seu âmago; Ser PSR é estar excluído da família; Fragilização dos vínculos familiares contribui para o estado de rua;	O uso de substâncias psicoativas é uma constância na PSR onde muitas vezes a ida dos mesmo para a rua é consequência do mesmo, bem como da fragilização dos vínculos familiares, vulnerabilidade social. Existência de diversos perfis da PSR, apresentando estágios da rua diferenciado, sendo o público dos idosos com um grau elevado de abandono, com poucas instituições que atuem com esse público. Dentre as representações dos profissionais de saúde sobre a PSR estão: desprovidos de muitas coisas, tem lacunas em seu âmago, fragilização dos vínculos familiares tem uma consequente exclusão da família, apresentam um processo de exclusão social antes de irem para as ruas, apresentam um uso nocivo de bebida alcoólica maioria tem residência mais vão para as ruas, tem uma destituição do ser.	A PSR apresentaria diversos perfis, bem como estágios da rua diferenciado, onde os idosos tem grande índice de abandono, com poucas instituições que atuem com esse público. Observa-se o uso de substâncias psicoativas na PSR onde muitas vezes a ida dos mesmos para a rua é consequência do mesmo, bem como da fragilização dos vínculos familiares, vulnerabilidade social. Dentre os motivos para uso está a relação afetiva com a substância, entrando em um círculo de abstinência de recaída, atrapalhando a elaboração, projetos; em detrimento das pessoas que não usam pois conseguem ver, sentir pulsando de alguma forma; onde seriam poliusuários de cachaça, mesclado, crack, cocaína, onde a última é utilizado por pessoas de maior poder aquisitivo; ressalta-se que o que não seria só o uso de drogas que os levaria para a rua. A PSR é visto pelos Profissionais de saúde como desprovidos de muitas coisas, tem lacunas em seu âmago, com fragilização dos vínculos familiares, apresentan-

Há maioria da PSR trem moradia, mas quando vão atrás de uma coisa maior, álcool , crack; acabam indo para a rua; Processo de exclusão social na PSR; Ausência de espaço de referência para o ser humano; Processo de exclusão já inicia antes de a PSR irem para a rua; A PSR te o uso nocivo de bebida alcoólica, perdendo a família ocorrendo uma desvinculação familiar; Na rua o MR é livre para fazer o que quiser, dentro de casa não; O MR, às vezes, tem casa mas preferem ficar na rua; A PSR tem a destituição do ser, de direitos, deveres e são marginalizados; Antes a PSR era colocada em Hospitais psiquiátricos, hoje são colocados na rua; Tem MR que está lá por opção mesmo, por gostarem da rua; Morar na rua é a pessoa viver na realidade dele; Estilo de vida diferenciado; Apresentam exclusão alimentícia, estrutural, familiar, social, laboral, clínica; financeira, educacional; Abstinência como foco no tratamento; Eles em dizem que pegam drogas para ter forças para dormir de noite; Apresentam descrença da família; Destituição familiar; Perca da dignidade humana, identidade;	A PSR apresentam uma exclusão social, laboral, clínica, financeira, e educacional. A PSR possuem um estilo de vida diferenciado vivendo a realidade deles na rua, sendo uma realidade distorcida do real; onde apresentam descrença familiar, destituição familiar, perca da dignidade, perca da identidade onde antigamente seriam colocados nos Hospitais psiquiátricos e hoje nas ruas; ficando vulneráveis socialmente. Perda dos vínculos, descrença perante o futuro, descrença nos sonhos, fragilização dos vínculos trabalhistas, e a co dependência familiar, sendo a rua mais confortável do que em casa são características presentes na PSR; denotando que não é só a uso de drogas que os faz ir para a rua. Tudo é péssimo perdendo a condição humana, se sentem um lixo, dificuldade em ter acesso aos direitos como educação, saúde, emprego; tem uma liberdade falsa, se transformam em bode expiatório do núcleo familiar, invisíveis perante a sociedade, tem um tipo de miopia social não vendo o que estão na sua frente	do um processo de exclusão antes de irem para as ruas, com o uso nocivo de bebida alcoólica, com uma destituição do ser, se sentem como lixo, onde a maioria tem residência mais vão para as ruas. Esses tipos de público possuiriam um estilo de vida diferenciado vivendo a realidade deles na rua, sendo uma realidade distorcida do real; onde apresentam descrença familiar, destituição familiar, perca da dignidade, perca da identidade onde antigamente seriam colocados nos Hospitais psiquiátricos e hoje nas ruas. Por conseguinte teriam dificuldade em ter acesso aos direitos como educação, saúde, emprego; ficando vulneráveis socialmente. Dentro desse contexto, esse público apresentaria um estilo de vida diferenciado, distorcida da realidade, onde apresentaria descrença e familiar e consequente co dependência, perca da dignidade, de identidade , de vínculos trabalhistas, onde antigamente seriam colocados nos Hospitais psiquiátricos e hoje nas ruas; ficando vulneráveis socialmente. No que concerne aos projetos de vida, sonhos a PSR almeja a reconstrução da família, querem deixar a rua que causam muito sofrimento, alcançar alguma meta, ter um trabalho. Entretanto apresentariam uma coisa meio melancólica,
--	---	---

Os MR são vulneráveis socialmente; Apresentam uma distorção da realidade pois seria bom porque não seguiriam regras, suportar imposições familiares; Entram em contradição no discurso pois revelam facilidades como sofrimento. A perda dos vínculos faz com que os filhos das sociedade já nasça predestinados há estarem naquela situação; Apresentam descrença perante o futuro; Nem todos que vão para rua são usuários, perdem o sentido da vida, acabam desmotivados, desacreditando dos sonhos e vão buscar sonhos em outro lugar; Fragilização dos vínculos trabalhistas; Co-dependencia familiar pois às vezes o contexto que ele está inserido é pior do que ele está na sua rua confortável, às vezes ele prefere passar frio, fome do que que está no ambiente familiar; Para mim tudo e péssimo perde até a condição humana; Necessita do resgate da cidadania; São poliusuário onde utilizam a cachaça, mesclado, crack; Geralmente quando ele usa o crack ele já é poliusuário; O usuário de cocaína de um poder aquisitivo maior do que os outros;	são características da PSR . O uso se dá pela relação afetiva com a substância, seguem um círculo de abstinência de recaída, onde são poliusuários de cachaça, mesclado, crack, cocaína, onde a última é utilizado por pessoas de maior poder aquisitivo. Os sonhos da PSR dizem respeito à reconstrução da família, querem deixar a rua que causam muito sofrimento, alcançar alguma coisa, alguma meta, ter um trabalho. Entretanto apresentariam uma coisa meio melancólica, fantasiosa, não saberiam como realiza-los, não teriam oportunidades de colocar em prática, não teriam projetos de vida, ambição, não teriam nada, viveriam o hoje, não sabendo o dia de amanhã só a morte mesmo, não vislumbraria sonhos por conta da realidade cruel, sendo todos os aspectos quebrados. O uso de drogas atrapalharia a elaboração, projetos, em detrimento das pessoas que não usam pois conseguem ver, sentir pulando de alguma forma.	fantasiosa, não sabendo como realiza-los, não teriam oportunidades de colocar em prática, não teriam projetos de vida, ambição, não teriam nada, viveriam o hoje, não sabendo o dia de amanhã só a morte mesmo, não vislumbraria sonhos por conta da realidade cruel, sendo todos os aspectos quebrados.
---	---	---

Os pacientes seguem um círculo de abstinência de recaída; O usuário tem uma relação afetiva com o a droga; Alguns tem uma descrença com o futuro; O problema é eles se sentem um lixo; Por conta da dificuldade no acesso aos direitos como educação, saúde , emprego muitos vão parar na rua; Por conta do uso de drogas eu acho que eles distorcem a realidade; Na rua você vive do jeito que quer, você tem uma liberdade falsa; O ser humano tem a necessidade de ser notado e o MR passa despercebido, é a principal malvadeza que você fazer para um ser humano; O MR é o bode expiatório do núcleo familiar muitas vezes; Eles acham que não valem nada, tem a consciência eu não valem nada; Eles tem o sonho de ter família, trabalho uma vida real como agente; Sonham em reconstruir o lar; Agora realizar que é difícil, e muito difícil, mas acontece; Eles apresentam um tipo de miopia social que eles não conseguem ver além; Querem deixar essa rua que é um local de muito sofrimento para eles; Às vezes é uma coisa meio que fantasiosa ou meio melancólica de não ter perspectivas nenhuma;		
--	--	--

<i>Tem o sonho de alcançar alguma meta, adquirir alguma coisa;</i> <i>Talvez eles não saibam o caminho de como chegar para conquistar alguma coisa;</i> <i>Às vezes a falta de oportunidade impede que eles possam demonstrar, colocar em prática todo o talento que eles tem;</i> <i>Acho que a única coisa que ainda resta para eles é a esperança, utopia, sonhos;</i> <i>Eles ainda acreditam na perspectiva de futuro;</i> <i>Tem nada, não tem projeto de vida, não tem ambição, não tem nada;</i> <i>Eles vivem o hoje, não sabem o dia de amanhã, se vão estar vivo, se vão ter o que comer, só a morte mesmo;</i> <i>A droga atrapalha essa elaboração, esses projetos;</i> <i>A pessoa que não é usuária, dependendo de como ela consegue ver; de sentir pulsando, de alguma forma acho que eles conseguem;</i> <i>Acho que chegou um ponto que a realidade é muito cruel e ele não vislumbra nada de sonho;</i> <i>Todos os aspectos deles estão quebrados, estão prejudicados e ele se encontram, não tem como sonhar.</i>		
---	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

6) Construiu-se o DSC dos Profissionais de Saúde, organizado por Grupamento, o que corresponde à construção do IAD3- Instrumento de Análise do Discurso 3. Para construirmos o DSC de cada grupamento, identificados nos passos anteriores, foram utilizados quatro IADs : uma para o Grupamento A- Acolhimento (Tabela 10); um Grupamento B-

Intersetorialidade (Tabela 11) ; um Grupamento C- Estigma(Tabela 12) e outro para o Grupamento D- Subjetividade da PSR (Tabela 13). As etapas para a construção do DSC foram os seguintes:

- a) Copiou-se do IAD1 todas as Expressões- Chaves do Grupamento A e as colamos na coluna correspondente às Expressões Chaves do IAD2, depois, repetimos a mesma operação para os demais Grupamentos.
- b) Construíram-se os DSCs de cada Grupamento, “discursivando”, ou seja, tornando sequencial o agrupamento das Expressões- Chaves, dando coesão ao fluxo do texto, obedecendo a uma esquematização do sentido, com a preocupação de não alterar o fluxo do pensamento colhido no depoimento. Para tanto, foram introduzidos no texto do DSC conectivos de ligação (assim, então, logo, então), quando se tornou impossível evitar esta alteração. A pretensão foi a de alterar minimamente o pensamento dos informantes, de modo que a narrativa final fosse à síntese coletiva dos discursos individuais. Mesmo os discursos paradoxais, opostos , quando reunidos num fluxo coeso, não significaram estranhamentos, distorções, pelo contrário, tornaram um sentido de contradição, necessário e inerente a qualquer discurso que se constrói em grupo.

TABELA 10- IAD 3- AGRUPAMENTO A- ACOLHIMENTO\ CAPS AD

<i>Descontinuidade do tratamento prejudicando a adesão da PSR;</i> <i>Fragilidade dos vínculos familiares prejudica a melhoria no tratamento;</i> <i>Identificação com o público em que trabalho;</i> <i>Atenção Integral;</i> <i>Facilitar o acesso aos serviços;</i> <i>Importância de um Profissional de referência no trato com a PSR;</i> <i>Importância do manejo adequado;</i> <i>Importância do atendimento em conjunto;</i> <i>Equidade no tratamento;</i> <i>Ausência do manejo adequado para a PSR;</i>	Eu acho o acolhimento é importante para facilitar o acesso aos serviços, tendo o Profissional referência como apoio, porém a descontinuidade do tratamento, fragilização dos vínculos, manejo inadequado na abordagem de crise acaba prejudica essa ação. No meu trabalho, dentre as intervenções essenciais para um acolhimento efetivo é a interprofissionalidade, equidade no tratamento, uma gestão compartilhada e educação permanente, mas no CAPS AD existe, muitas vezes, um manejo inadequado pois a abordagem em crise não é realizado a contento. No CAPS AD há uma descrença por parte dos Profissionais de saúde em relação à PSR. Existe no dia a dia uma inflexibilidade das regras que contrapõe com a liberdade das ruas. No dia a dia eu vejo que há o receio, por parte dos Profissionais, no trato com a PSR, onde a má compreensão das informações por parte desse público, bem como a dificuldade de acesso a cidadania, a rotatividade dos profissionais, a falta de
--	--

<i>Abordagem em crise como uma modalidade de atendimento do CAPS AD;</i> <i>Interprofissionalidade para o manejo adequado da PSR;</i> <i>Desafio da gestão compartilhada no CAPS AD;</i> <i>Importância da educação permanente para a atualização dos conhecimentos sobre a dependência química;</i> <i>Trabalhar em um serviço que contrabalança o ideal e o real;</i> <i>Desconhecimento da missão do CAPS AD por parte da PSR;</i> <i>Importância do Controle social no CAPS AD;</i> <i>A PSR adentram ao CAPS AD por demanda espontânea e referenciada por outras instituições;</i> <i>Acolhimento institucional deficiente por conta das dificuldades da PSR;</i> <i>Descrença dos profissionais de saúde em relação à PSR;</i> <i>Inflexibilidade das regras institucionais contrapondo com a liberdade da rua;</i> <i>Importância de Capacitação Profissional para a compreensão das necessidades da PSR.</i> <i>Conhecimento da história vida do usuário para o manejo adequado;</i> <i>O CAPS AD é para melhorarem em relação à dependência química;</i> <i>A complexidade das problemáticas da PSR faz com que tenha receio de trabalhar com esse público por conta da agressividade e não terem diálogos;</i> <i>Desgaste laborativo impede uma efetividade no atendimento a PSR;</i> <i>Modalidade de atendimento</i>	capacitação institucional impede uma continuidade nas ações acolhimento; impedindo uma reinserção social, sendo relevante uma capacitação profissional. Isso contribui para alguns Profissionais se distanciarem do problema, por conta do despreparo, dessensibilização não ocorrendo vinculação; por conseguinte há restrição no trato, mecanização das atividades. Por isso é fundamental a humanização, a afetividade no acolhimento, que minimize as dificuldades conscientizando-os do que eles necessitam. Um profissional de referência que não seja imposto e que vincule as categorias profissionais no cotidiano laboral contribui para adesão deles. Eu entendo que o acolhimento do à PSR é visto pelos Profissionais como difícil por conta da manipulação dos mesmos, ausência de diálogo, receio em abordar em crise por conta da agressividade, e também por eles retornarem para a rua logo depois do atendimento, bem como a estrutura organizacional deficiente do CAPS AD. Então eu noto que há limites na atuação profissional por conta do número reduzido de profissionais, fragmentação das atividades, impotência profissional, por frieza no trato com a PSR, limitando-se a seguir somente um roteiro de entrevista contribuindo para a reprodução cultural do MR. Por conseguinte, eu vejo que o Serviço social tem um papel importante na atuação com os MR por conta da sua formação, por auxiliar no fortalecimento dos vínculos familiares, na prefiguração e reinserção sócio familiar. No acolhimento a PSR é importante à flexibilidade nas regras, o atendimento centrado no sujeito e não na queixa inicial, com co responsabilização na construção do PTS, levando em consideração a vulnerabilidade da saúde por estarem na rua. Entretanto, a PSR é visto por alguns Profissionais, como exigente, chato e insatisfeito com a sua realidade, que devem ser temido, ter um atendimento diferencial em relação a outros pacientes; contribuindo para uma fragilização dos vínculos entre o Profissional e o usuário. Porém, alguns Profissionais não veem o trato dos Profissionais com a PSR de forma diferenciada. A PSR vê o CAPS AD como possibilidade de superação, de fuga, como um local para se alimentar na hora que querem que não exista regras, e como referência de família; não vendo como um tratamento de dependência química, apesar de alguns quererem sair das
--	--

<i>diferenciado com a criação do CAPS AD 24 horas na SER II;</i> <i>Preciso ter mais contato para aprender a lidar com a PSR;</i> <i>Categoria profissional pode ter múltiplas intervenções;</i> <i>Importância de acolhimento humanizado;</i> <i>Importância da escuta qualificada;</i> <i>A realidade da exclusão contribui para a formação profissional;</i> <i>Importância da empatia com a área social;</i> <i>Importância de um projeto para a valorização do trabalho melhorando o atendimento do usuário;</i> <i>Experiência com as problemáticas da PSR, dependência química possibilita uma visão sistêmica da situação;</i> <i>Dificuldade de comunicação com a PSR;</i> <i>Relevância da abordagem em O Serviço social tem um papel relevante para conhecer a história de vida do usuário;</i> <i>Ausência de experiência profissional por parte dos Profissionais de saúde;</i> <i>Entendimento das particularidades e especificidades da PSR;</i> <i>Desconhecimento da missão do CAPS AD por parte da PSR;</i> <i>Empatia com a DQ;</i> <i>Importância do papel do Serviço Social no fortalecimento dos vínculos familiares;</i> <i>Auxílio na prefiguração da PSR;</i> <i>Reinserção sócio familiar;</i> <i>Importância do apoio institucional para a PSR;</i> <i>E difícil trabalhar com o MR porque não compreendem, não absorvem esse tipo de infor-</i>	drogas. Já o atendimento multiprofissional é realizado de forma pontual entre os Profissionais apesar de se tentar recuperar a condição humana deles. Neste interm, o PTS tem que dar continuidade no decorrer do tratamento e levar em consideração a história de vida, vínculo terapêutico, projetos de vida, para que o paciente vislumbre outra vida para organizar melhor as ações. Então, entender a visão sistêmica da PSR dá subsídios para se trabalhar com esse público, bem como a empatia na área social. Sendo o Serviço Social um importante mediador para conhecer a história de vida do mesmo Assim, a efetivação da política de humanização e a criação da do CAPS AD 24 horas, ter empatia com o Dependente químico, conhecer a história de vida do usuário e as problemáticas da PSR, contrabalancear o ideal com o real, amenizam o desgaste laborativo e o receio de trabalhar com esse. No que diz respeito à garantia dos direitos e deveres da PSR no CAPS AD, se dá através de atividades de controle social como Assembleias, atendimentos individuais, grupo, tendo o Serviço Social um papel importante para essa garantia. Onde um dos principais deveres dos pacientes seria não vir sobre efeito de álcool e outras drogas, no qual são aceitos, mas não compreendido pelos mesmos. Já os direitos devem ser proporcionais ao cumprimento dos deveres onde muitos pacientes apresentam descontrole emocional nos grupos. Porém o sistema impediria a garantia dos direitos, onde a própria viabilização dos vales transportes seria inconstitucional e a própria instituição acolhe mais não consegue dar os devidos encaminhamentos. Portanto, respeitar a autonomia da PSR quando ele prefere ficar na rua, ter abraço simbólico no ato de acolher, se deixar conduzir durante o processo, ver a totalidade do ser, não só a questão da DQ, entender que precisam ter limites, superando o comportamento infante juvenil; compreender as fases motivacionais, entender que esse público são, muitas vezes, órfãos de famílias vivas, superar a ausência de troca de saberes entre a Equipe Multiprofissional, realizar matriciamento na rede sócio assistencial, dar o aprazamento adequado, ter um produto real dos grupos, questionar as nossas práticas, ter uma formação humana forte que contribua para a crença na mudança do usuário são premissas básicas para o acolhimento adequado.
---	---

mação; <i>Receio em trabalhar com a PSR, por conta do contexto de violência e não conseguir ama-los, impedindo o desenvolvimento do trabalho;</i> <i>Dificuldade de acesso ao serviço; e a cidadania;</i> <i>Aqui fornece cursos para eles mudarem de vida, é uma oportunidade de deixarem as drogas;</i> <i>As dificuldades diminuem muito pouco no CAPS AD; diminuem assim tem tratamento médico porque na maioria dos Postos não atendem sem documento.</i> <i>Ele eram para serem trabalhados para que pudesse ter novamente um espaço de reinserção social, para eles terem uma autonomia;</i> <i>Não consigo vê um ponto positivo em ser MR;</i> <i>Importância da capacitação institucional para os Profissionais de saúde;</i> <i>Rotatividade dos Profissionais de saúde impede uma continuidade nas ações;</i> <i>Apesar de ter escutado da boca de um deles que ótimo ficar na rua, não vejo motivo, é por falta de conhecimento;</i> <i>Distanciamento do Profissional de saúde em ver o problema;</i> <i>Ações imediatistas dos MR;</i> <i>Desconhecimento da realidade da PSR;</i> <i>Despreparo profissional;</i> <i>Importância de uma formação humana forte;</i> <i>Dessensibilizarão profissional, gerando desconfiança;</i> <i>Crença na mudança do usuário;</i> <i>Restrição no trato com o usuário;</i>	
--	--

Desconhecimento da realidade da PSR; Profissionais que acolhem mais não se vinculam; O tratamento se limita a nível micro em detrimento a nível macro; Desconhecimento da vida do usuário; Fragilização dos vínculos na relação profissional e usuário; O usuário é alguém que deve ser temido; A PSR tem um atendimento diferencial em relação a outros pacientes; O usuário é visto como exigente, pouco chato e não está satisfeito com nada; Não vejo como a PSR é diferente dos outros não; Mobilização pontual de auxílio da Equipe Multiprofissional; Agente tenta recuperar a condição humana dessas pessoas; Pode até ser intensivo, manhã e tarde; mas veem aqui para se trabalhar; A PSR vê o CAPS AD como possibilidade de superação; O CAPS AD é como se fosse uma forma de fuga, um local para que eles pudessem buscar uma saída; O MR não vê o CAPS AD como Unidade de saúde que vem se trabalhar a dependência química; Querem ajuda para sair das drogas; Veem o CAPS AD como apoio alimentar; Eles acham que não existem regras; Querem vir no momento que eles querem, comer na hora que eles querem; e acham que agente não quer fazer as coisas porque agente não quer; CAPS AD como referência	
---	--

familiar;
 Eles veem porque é o que está
 sendo oferecido de imediato, é
 o que está de portas aberta;
 Importância de um acolhimen-
 to humanizado;
 Profissional com mecanização
 das atividades laborais;
 O profissional vai se acostu-
 mando a fazer aquilo no auto-
 mático do sentimento;
 Nós precisamos nos envolver;
 Por mais que eu não encontro
 soluções para o meu paciente
 eu tenho que dar alternativas
 para ele;
 Os arranjos institucionais pre-
 cisam existir no serviço;
 Preciso ter afetividade no meu
 acolhimento;
 Quando eu me envolvo é mais
 fácil o MR se aderir ao trata-
 mento;
 Nos temos que minimizar as
 dificuldades deles conscienci-
 zando-os do que eles precisam,
 necessitam, do que eles que-
 rem;
 Importância do Profissional de
 referência verdadeiro e não
 imposto;
 Equipe Multiprofissional sen-
 sível;
 Vinculação entre as categorias
 profissionais no cotidiano la-
 boral;
 O MR é o público difícil de
 trabalhar;
 Importância da flexibilidade
 das regras institucionais;
 Ocorrência da manipulação
 do MR, Dependente químico;
 O MR tem que ser atendido
 levando em consideração as
 suas especificidades, nuances;
 Apesar das dificuldades quan-
 do eles querem eles aderem ao
 tratamento;
 O atendimento tem que ser
 centrado no sujeito e não na

sua queixa inicial;
 Ausência de diálogo com o usuário; onde o PTS é construído ao bem prazer do Profissional;
 Ausência de discussão entre os profissionais da Equipe;
 Em situação de rua agente pensa na vulnerabilidade da saúde maior do que outra pessoa que está dentro de casa em vias de desenvolver uma tuberculose;
 Receio de abordar em crise por ser um público diferente do CAPS Geral; por conta da agressividade;
 Apesar das dificuldades com as crises é de extrema relevância a abordagem em crises;
 Mesmo estando na rua eu acho complicado fazer um tratamento de álcool e droga porque eles tem acesso a tudo que há de ruim na rua;
 Estrutura organizacional deficiente;
 Não é regra o comportamento deles, tem um comportamento infantil, meio adolescente quando estão exacerbados demais, quando passa do limite, agente tem que conversar, dar uma barreira de limite;
 Empatia no atendimento ao MR;
 Importância do foco na qualidade de vida da PSR;
 A qualidade do atendimento vai depender de como o profissional conduz e como o paciente se deixa ser conduzido;
 O acolhimento tem que ser sinônimo de abraço simbólico;
 Querem tirar um paciente da rua, mais sim, ele quer sair da rua? Será que não é a opção dele?
 Mas eu percebo que às vezes chega é você ficar sozinho com

aquele caso ali, já aconteceu comigo.

Não ocorre atendimento multiprofissional por conta de falta de afinidades entre alguns profissionais;

Deve-se observar a totalidade desse sujeito não ver só a questão da dependência química e ele ser PSR;

Porque muitos são órfãos de famílias vivas;

Relevância em fazer um matriciamento da rede sócio assistencial;

Ausência da troca de saberes entre os profissionais;

Eu vejo que as pessoas tentam trocar informações;

Conhecimento da fase motivacional da PSR para dar o aprazamento adequado à demanda dele;

Sinto falta dentro dos grupos de um produto, de uma finalização;

Importância de questionar as práticas do cotidiano laboral;

Os profissionais que chegaram ao CAPS AD não tinham experiência nessa área, ainda estão agregando saberes;

Tanto os profissionais como os usuários tem os seus direitos garantidos;

Atividades de controle social para a garantia dos direitos e deveres;

Visão paternalista no trato com a PSR, denominando o CAPSAD como casa deles;

Sensibilização dos direitos e deveres da PSR no CAPS AD; através de ações pontuais cotidiana;

Papel do Serviço social na garantia dos direitos e deveres da PSR;

Eles tem deveres aqui no CAPS AD de respeito, de não

virem sobre efeito de bebida
 alcoólica e drogas;
 Para reivindicar os direitos
 com toda a moral tem que
 cumprir os deveres, mas isso é
 só no limite;
 Impotência profissional: não
 depende da gente né? Agente
 enquanto profissional vai de-
 pender de outras instituições
 para dar continuidade;
 Co- dependência familiar que
 por conta de ser do usuário e
 tudo a família fica cansada, ai
 exclui;
 Numero reduzido de profissio-
 nais para o atendimento;
 O PTS é algo que não é fecha-
 do uma hora agente vai repor-
 tar a ele de novo;
 Importância de dar continui-
 dade ao PTS do usuário;
 Importância da história de
 vida, vínculo terapêutico no
 trato com o MR;
 Conhecer projetos de vida
 diferenciados;
 Às vezes eles não identificam,
 porque estão tão acostumados
 que às vezes ele não quer;
 agente precisa mostrar, fazer
 com que ele vislumbre outra
 vida;
 Muitos profissionais não tem
 conhecimento do PTS;
 Consciência dos limites das
 intervenções laborais na efeti-
 vação do PTS;
 O PTS seria uma forma de
 organizar melhoras as ações;
 Devemos reunir, capacitar,
 instrumentalizar, sensibilizar
 através de ações gerenciais de
 gestão;
 Rotatividade dos profissionais
 prejudicando as ações do
 CAPS AD;
 Fragmentação das atividades
 impede um fortalecimento dos
 vínculos usuário e o profissi-

onal; <i>O Profissional foi muito frio no sentido de seguir o roteiro de entrevista sem olhar o real motivo daquela pessoa que era usuário de álcool e outras drogas, que estava saindo de todo um contexto;</i> <i>Importância do papel do Serviço Social no trato com a PSR por conta da formação;</i> <i>Reprodução da visão cultural do MR</i> <i>Com relação aos outros usuários do serviço demonstram inquietação por estarem perto dos MR;</i> <i>Eu creio que a questão dos deveres é aceito mas não é compreendido.</i> <i>Mesmo que for a nossa competência agente tenta dar os devidos encaminhamentos;</i> <i>A partir do momento que eu quebro as coisas, desrespeito, faço baderna eu perco os direitos;</i> <i>Tem paciente que não dá para estar em grupo porque não tem controle emocional;</i> <i>O sistema impede que todos os direitos se viabilize;</i> <i>Os deveres são discutidos com eles não pelo fato de ser um serviço público mas por estarem sob efeitos de substâncias psicoativas;</i> <i>Inconstitucionalidade dos direitos: não é direito deles terem vale transporte, não é constitucional a prefeitura dá porque achou interessante;</i> <i>Eu acho que a instituição acolhe de certa forma mas não consegue dar os devidos encaminhamentos;</i>	
---	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

TABELA 11 - IAD 3- AGRUPAMENTO B- INTERSETORIALIDADE

IAD 3	
DSC DO GRUPAMENTO B - INTERSETORIALIDADE	
ECH	DSC
<i>Fortalecimento dos vínculos;</i> <i>Atenção básica referenciada;</i> <i>Territorialização;</i> <i>Ações interesetoriais;</i> <i>Parcerias com Centro Pop, CAPS, Casa de passagem, Ponto de encontro;</i> <i>Referência de apoio institucional;</i> <i>Redes de trabalho entre o CAPS AD da SER IV e Centro POP;</i> <i>Abordagem conjunta;</i> <i>Rede de apoio efetivo;</i> <i>Referência com as Unidades de saúde porém não tem a contra referência;</i> <i>Falta de informação por parte dos Moradores de rua;</i> <i>Referenciamento institucional;</i> <i>A adesão ao CAPS AD está atrelado à melhora na parte clínica;</i> <i>Nasf POP, nos Postos de saúde, como referência ao atendimento a PSR;</i> <i>Distanciamento do Posto de saúde aos CAPS de referência prejudicando o tratamento da PSR;</i> <i>Garantia de tratamento através da articulação institucional;</i> <i>Modalidade de atendimento diferenciada com o CAPS 24 horas;</i> <i>Ações de promoção e prevenção em locais de grandes aglomerações;</i> <i>Acolhimento diferenciado do NASF POP em relação à PSR;</i> <i>Reconhecimento da PSR no seio comunitário;</i> <i>Inexistência de uma rede de</i>	A rua dá o livre acesso ao uso de substâncias psicoativas, onde eu observo que o índice de PSR é irrisório em relação a Capital, sendo a situação de rua uma realidade de muitos imigrantes que vão para outros Estados. No meu dia laboral eu vejo que apesar disso, alguns Moradores de rua, tem acesso às informações referentes aos seus benefícios como Projeto Minha Casa, minha vida; Ajuda de custo, dentre outros benefícios. Para auxiliar no fortalecimento dos vínculos, a atenção básica apresenta um dispositivo que referencia os MR para outras instituições; são os NASFs, onde a ação intersetorial é fundamental para efetivar a proposta da mesma. Então, as instituições devem levar em consideração os diversos âmbitos dos sujeitos no tratamento, no qual os acompanhamentos institucionais favorecem a aderência do MR. Para fomentar a intersetorialidade, dentre as funções da rede sócio assistencial está o fortalecimento da integralidade nas atenções, co responsabilização nos encaminhamentos, o apoio matricial, educação permanente, treinamento, o cuidado para dar resolutividade às problemáticas. Porém é notório as dificuldades da intersetorialidade devido a inexistência de uma rede apoio efetivo, a co responsabilização nos encaminhamentos, a oferta de vagas pouca para demanda que é grande; a desumanização da rede sócio assistencial, pouca articulação institucional por parte do CAPS AD, ausência de apoio político, falta de interesse de tirar as pessoas da rua, banalização da problemática da PSR; dificultam a reinserção social dos mesmos. Portanto, o trato com a PSR tem que ter amor; porém deve-se levar em consideração no acolhimento à mentalidade infanto juvenil dos mesmos; e ter o entendimento que eles apresentam uma desagregação da mente onde não se acostumariam em residir em uma casa novamente, dessa forma temos que acolhe-los e não realizar uma institucionalização e higienização social da

apoio que dê suporte a PSR; Co responsabilização no encaminhamento das instituições; Déficit na rede de apoio pública; A rua possibilita o livre acesso ao uso de substâncias psicoativas; Importância das instituições mediadoras de acesso ao serviço; Importância da ação intersetorial; Vejo que o processo é grande e a oferta é pouca; Ausência de apoio social; O índice de PSR no interior é irrisória em relação a Capital; Importância da discussão das políticas públicas, para atender a PSR de forma especial; Foi até os próprios pacientes que falaram que tem ajuda de custo para MR; vai ao CREAS POP, fazem o cadastro e tem também o Projeto minha casa minha vida; Auxílio de políticas públicas para a PSR; Rede de apoio privado efetivo; Para lavar roupas e confraternizar da maneira deles na praça; Dificuldade de se efetivar a ação intersetorial; Fragilidade das políticas públicas; Ausência de investimento estrutural; Não existe um cuidado, um encaminhamento; Acho que poderiam porque cada instituição pode trabalhar um âmbito do sujeito, mas nem todas as instituições vão conseguir trabalhar com esse público, o ser humano é complexo e se ele está na rua está buscando algo; Temos um índice grande de imi-	PSR.
--	-------------

grantes em outros Estados que se inserem na comunidade e acabam perambulando pelas ruas; Desumanização da rede sócio assistencial; Eles tem uma visão diferente que vão ser maltratados em outros serviços; O acompanhamento da rede sócio assistencial auxilia a aderência MR; Pouca articulação institucional do CAPS AD com a rede sócio assistencial ; Ausência de apoio político para o trato com a PSR. Falta de interesse das pessoas em tirar a PSR da rua; Desarticulação das rede;; Integralidade na atenção a PSR; Co responsabilização nos encaminhamentos; Deve-se investir não só no CAPS AD mas no apoio matricial, treinamento, capacitação, educação permanente; Eu acho que teve uma certa resistência em receber o MR, mas a partir do momento que foi referenciado pela agente, de serviço para serviço, tiveram uma abertura maior; Se ele tivesse procurado diretamente talvez não tivesse sido atendido como foram; Eu acho que a contrareferência é função deles mas eu sei que eles tem uma demanda enorme, não tem estrutura; Na verdade agente faz a nossa parte aqui, mas quando depende da continuidade e encaminhar ao serviço da rede agente sabe que é quebrado; A rede de cuidado tem que ser cuidada, ampliada; não só transferir, ela tem que ter mantido contato, compartilhado	
--	--

<i>para resolver as coisas, ter maior resolutividade;</i> <i>A regra do amor e da atenção é ótima, mas quando a pessoa tem a mentalidade entre infância e adolescência; ele tem que ter alguma forma para ser ajudado;</i> <i>Institucionalização dos sujeitos através das internações, por exemplo.</i> <i>Estar na hora de quebrar esse paradigma das rede de instituição para acolhê-los e não limpar as ruas: higienização social.</i> <i>Eles estão acostumados a estar na rua, se tipo coloca-los dentro de uma casa é capaz de ele fugir e voltar a morar na rua, uma desagregação da mente.</i> <i>Agente não pode se dessensibilizar em relação a isso, agente não pode passar pelo MR e achar que isso é normal;</i> <i>O que é mais apavorante dessa realidade que a coisa está tão comum que se tornou banal, aí você passa por ali e passa sem refletir, como se fosse um objeto, já não causa mais impacto;</i>	
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

TABELA 12- IAD 3- AGRUPAMENTO C-ESTIGMA

<i>Fortalecimento dos vínculos;</i> <i>A PSR é visto como o sumo da exclusão;</i> <i>Preciso ter um olhar diferente no cotidiano laboral para não estigmatizar;</i> <i>A rotulação o faz ser muito negligenciado na situação atual;</i> <i>Discriminação social muito grande por parte das pessoas, eles já tem; já são rotulados como vagabundos ou então como perigoso, tem que ter</i>	Eu compreendo o estigma como marca que se carrega para o resto da vida, que vai caracterizar algo, um estereótipo, se colocar em categorias, gerando, por conseguinte o preconceito; impor uma ideia a uma pessoa, e enraizar algo que se tem acerca de si próprio, ou em relação à outra pessoa em relação a si mesmo, é também algo que você busca e ninguém pode te dar. Dessa forma, a PSR seria o sumo da exclusão, sendo discriminados socialmente, rotulados como vagabundo, rejeitados socialmente, apresentando estigma de doente mental, de serem selvagens, de
--	---

<i>cuidado né? Ladrão marginal; Eles ficam na rua, deitado no chão, no papelão, com o desprezo das pessoas;</i> <i>Rejeição Social;</i> <i>Estigma de doente mental;</i> <i>Alguns Profissionais de saúde tem preconceito pela forma de falar;</i> <i>É incrível o preconceito porque todo mundo jura que e drogado;</i> <i>Rotulação negativa da PSR;</i> <i>Eu não concordo com banheiro químico contribui para eles, vá ser benefício para eles, geram um preconceito,; porque agente que é cidadã paga os impostos, enquanto pagante eu não tem onde eu ir ao banheiro.</i> <i>É difícil de sofrer algum tipo de preconceito em relação às demandas que ele traz;</i> <i>Eu vejo as coisas muito leve.</i> <i>Eu acho que e algo que você busca, ninguém te dar;</i> <i>Eu não vejo na maioria da PSR o estigma. Eles tem um modo de vida diferente;</i> <i>Eu nunca tive um MR para ele dizer que a vida está ruim, que eu não presto, sempre esta na situação de estar vivendo o hoje;</i> <i>Se eu sou uma pessoa que tenho uma boa autoestima eu não preciso estar elencando todos os problemas dos outros.</i> <i>Eu posso superar mais do que essas pessoas que ficam com o estigma;</i> <i>Preconceito que eles são MR, uma pessoa selvagem que furtam as coisas;</i> <i>É uma marca que elas carregam para o resto da vida;</i> <i>É uma caracterização de algo, uma estereótipo, colocar em categorias, isso gera o pre-</i>	roubarem tudo, de serem coitadinhos perante a sua realidade, de não serem notados, e que a sociedade não veria com bons olhos por serem mal vestidos, drogados, e mal cheirosos. Entretanto observa-se, também, por parte de alguns Moradores de rua a inexistência de um estigma negativo, por exemplo de acharem que não prestam, de que tem uma vida ruim. Dentro desse contexto, alguns Profissionais, e a ausência de políticas públicas efetivas contribuem para o estigma de coitadinho desse público, prejudicando o exercício da cidadania dos mesmos.
--	---

conceito; <i>É você impor uma ideia a uma pessoa, aí a pessoa fica para sempre estigmatizado;</i> <i>A ausência de políticas públicas específicas gera um estigma;</i> <i>Muitos profissionais veem eles como coitadinhos, ele deixa de cidadão; eles tem direito, precisam de políticas públicas adequadas;</i> <i>É o estereotipo de alguma pessoa, de algum comportamento, que cabe perto do preconceito que você tem que conhecer mais a fundo para depois sair;</i> <i>E como se fosse um preconceito, não conheço determinada situação aí eu imagino uma coisa que seja;</i> <i>O MR tem esse preconceito de não ser notado, a queixa dele é ser visto;</i> <i>É o preconceito de andar mal vestido e a sociedade não vê com bons olhos e ele vai levar para toda a vida;</i> <i>É algo enraizado que se tem acerca de si próprio, ou em relação à outra pessoa em relação a si mesmo;</i> <i>Eles carregam tanto por parte deles de acharem que são marginalizados, e em relação à sociedade você passa em um canto, você vê um MR. Você não quer estar por perto por conta do mau cheiro, você tem receio;</i>	
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

TABELA 13- IAD 3- AGRUPAMENTO D- SUBJETIVIDADE

<i>A maioria da PSR tem envolvimento com álcool e outras drogas;</i> <i>Fragilidades da rua contribui para a ingestão abusiva de drogas;</i> <i>As consequência do uso abusivo de drogas faz a PSR irem para a rua;</i> <i>A PSR apresentam estágios de rua diferenciado;</i> <i>Tem pessoas que não tem residência, que realmente é MR; que vem de outros locais e acabam ficando;</i> <i>A fragilização dos vínculos sócio familiares leva a PSR a ir para a rua;</i> <i>Pacientes em estado de rua acabam acostumando em estar na rua por encontrarem pessoas com os mesmos hábitos de usar;</i> <i>A PSR apresente vulnerabilidade social;</i> <i>Os idosos com perfil de PSR são abandonados tendo poucas instituições para absorver essa demanda</i> <i>Ser MR e estar desprovido de muitas coisas;</i> <i>Ser MR não é questão de ser escolha e sim influência;</i> <i>A PSR tem uma lacuna no seu âmago;</i> <i>Ser PSR é estar excluído da família;</i> <i>Fragilização dos vínculos familiares contribui para o estado de rua;</i> <i>Há maioria da PSR trem moradia, mas quando vão atrás de uma coisa maior, álcool , crack; acabam indo para a rua;</i> <i>Processo de exclusão social na PSR;</i> <i>Ausência de espaço de referência para o ser humano;</i>	A PSR apresenta diversos perfis, bem como estágios da rua diferenciados, onde os idosos tem grande índice de abandono, com poucas instituições que atuem com esse público. Observa-se o uso de substâncias psicoativas é uma constância neste público, onde muitas vezes a ida dos mesmos para a rua é consequência deste uso, bem como a fragilização dos vínculos familiares, e a vulnerabilidade social. Dentre os motivos para uso está a relação afetiva com a substância por parte da PSR, entrando em um círculo de abstinência de recaída, atrapalhando a elaboração, projetos; em detrimento das pessoas que não usam, pois conseguem ver, sentir pulsando de alguma forma; onde seriam poliusuários de cachaça, mesclado, crack, cocaína, onde a última é utilizada por pessoas de maior poder aquisitivo; eu vejo também que não é só o uso de drogas que os leva para a rua, existem multifatores. Quando a PSR adentra no CAPS AD é visto pelos Profissionais como desprovidos de muitas coisas, eu tem lacunas em seu âmago, com fragilização dos vínculos familiares, apresentando um processo de exclusão antes de irem para as ruas, que apresentam o uso nocivo de bebida alcoólica, uma destituição do ser, se sentem como lixo, onde a maioria tem residência, mais vão para as ruas. Esse tipo de público possui um estilo de vida diferenciado vivendo a realidade deles na rua, sendo uma realidade distorcida do real; onde apresentam descrença familiar, destituição familiar, perda da dignidade, perda da identidade, onde antigamente seriam colocados nos Hospitais psiquiátricos e hoje nas ruas. Por conseguinte teriam dificuldade em ter acesso aos direitos como educação, saúde, emprego; ficando vulneráveis socialmente. No que concerne aos projetos de vida, sonhos, a PSR almeja a reconstrução da família, querem deixar a rua que causam muito sofrimento, alcançar alguma meta, ter um trabalho. Entretanto, alguns Moradores de rua apresentariam uma coisa meio melancólica, fantasiosa, não sabendo como realiza-los, não teriam oportunidades de colocar
---	---

<i>Processo de exclusão já inicia antes de a PSR irem para a rua;</i> <i>A PSR te o uso nocivo de bebida alcoólica, perdendo a família ocorrendo uma desvinculação familiar;</i> <i>Na rua o MR é livre para fazer o que quiser, dentro de casa não;</i> <i>O MR, às vezes, tem casa mas preferem ficar na rua;</i> <i>A PSR tem a destituição do ser, de direitos, deveres e são marginalizados;</i> <i>Antes a PSR era colocada em Hospitais psiquiátricos, hoje são colocados na rua;</i> <i>Tem MR que está lá por opção mesmo, por gostarem da rua;</i> <i>Morar na rua é a pessoa viver na realidade dele;</i> <i>Estilo de vida diferenciado;</i> <i>Apresentam exclusão alimentícia, estrutural, familiar, social, laboral, clinica; financeira, educacional;</i> <i>Abstinência como foco no tratamento;</i> <i>Eles em dizem que pegam drogas para ter forças para dormir de noite;</i> <i>Apresentam descrença da família;</i> <i>Destituição familiar;</i> <i>Perca da dignidade humana, identidade;</i> <i>Os MR são vulneráveis socialmente;</i> <i>Apresentam uma distorção da realidade pois seria bom porque não seguiriam regras, suportar imposições familiares;</i> <i>Entram em contradição no discurso pois revelam facilidades como sofrimento.</i> <i>A perda dos vínculos faz com que os filhos das sociedade já nasça predestinados há estarem naquela situação;</i> <i>Apresentam descrença perante o futuro;</i>	em prática, não teriam projetos de vida, ambição, não teriam nada, viveriam o hoje, não sabendo o dia de amanhã só a morte mesmo, não vislumbriaria sonhos por conta da realidade cruel, sendo todos os aspectos quebrados.
--	--

*Nem todos que vão para rua são usuários, perdem o sentido da vida, acabam desmotivados, descredendo dos sonhos e vão buscar sonhos em outro lugar;
Fragilização dos vínculos trabalhistas;
Co-dependência familiar pois às vezes o contexto que ele está inserido é pior do que ele está na sua rua confortável, às vezes ele prefere passar frio, fome do que que está no ambiente familiar;*

*Para mim tudo e péssimo perde até a condição humana;
Necessita do resgate da cidadania;
São poliusuário onde utilizam a cachaça, mesclado, crack;
Geralmente quando ele usa o crack ele já é poliusuário;
O usuário de cocaína de um poder aquisitivo maior do que os outros;
Os pacientes seguem um círculo de abstinência de recaída;
O usuário tem uma relação afetiva com o a droga;
Alguns tem uma descrença com o futuro;
O problema é eles se sentirem um lixo;
Por conta da dificuldade no acesso aos direitos como educação, saúde, emprego muitos vão parar na rua;
Por conta do uso de drogas eu acho que eles distorcem a realidade;
Na rua você vive do jeito que quer, você tem uma liberdade falsa;
O ser humano tem a necessidade de ser notado e o MR passa despercebido, é a principal malvadeza que você faz para um ser humano;
O MR é o bode expiatório do nú-*

<i>cleo familiar muitas vezes; Eles acham que não valem nada, tem a consciência eu não valem nada; Eles tem o sonho de ter família, trabalho uma vida real como agente; Sonham em reconstruir o lar; Agora realizar que é difícil, e muito difícil, mas acontece; Eles apresentam um tipo de mioopia social que eles não conseguem ver além; Querem deixar essa rua que é um local de muito sofrimento para eles; Às vezes é uma coisa meio que fantasiosa ou meio melancólica de não ter perspectivas nenhuma; Tem o sonho de alcançar alguma meta, adquirir alguma coisa; Talvez eles não saibam o caminho de como chegar para conquistar alguma coisa; Às vezes a falta de oportunidade impede que eles possam demonstrar, colocar em prática todo o talento que eles tem; Acho que a única coisa que ainda resta para eles é a esperança, utopia, sonhos; Eles ainda acreditam na perspectiva de futuro; Tem nada, não tem projeto de vida, não tem ambição, não tem nada; Eles vivem o hoje, não sabem o dia de amanhã, se vão estar vivo, se vão ter o que comer, só a morte mesmo; A droga atrapalha essa elaboração, esses projetos; A pessoa que não é usuária, dependendo de como ela consegue ver; de sentir pulsando, de alguma forma acho que eles conseguem; Acho que chegou um ponto que a realidade é muito cruel e ele não vislumbra nada de sonho;</i>	
--	--

<i>Todos os aspectos deles estão quebrados, estão prejudicados e ele se encontram, não tem como sonhar.</i>	
---	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

Importante ressaltar, que na composição textual do DSC, eliminou-se, como sugere o método, os particularismos do sexo, idade, profissão, bem como repetições ideias, mas somente ideias idênticas, ditas da mesma maneira; as ideias similares, construídas em frases inéditas, com sentidos culturais enriquecedoras, foram mantidas, bem como foram mantidas aquelas que denunciavam aspectos relevantes investigados na pesquisa.

Gomes (1996) diz que na construção do DSC, devem-se considerar os seguintes princípios: - Coerência: agregação de pedaços isolados de depoimentos para formar um todo discursivo coerente, no qual cada parte se reconheça enquanto constituinte do todo, e vice-versa.- Posicionamento próprio: cada discurso deve expressar um posicionamento próprio, distinto, original, específico sobre o tema que está sendo pesquisado.- Tipos de distinção entre os DSCs: quando uma resposta apresenta mais de um DSC, estes podem ser distinguidos por critérios de diferença/antagonismo ou de complementaridade.

Portanto, entende-se que a utilização do DSC estaria associada à busca das representações coletivas ou sociais construídas pelos indivíduos participantes do presente estudo, sendo um instrumento metodológico que pode ser empregado no estudo do pensamento. Os indivíduos que participariam desses grupos pensam e, ao explicita-lo, representam a partir do seu envolvimento pessoal com o dia-a-dia ou com os fenômenos produzidos num local de convivência ou de trabalho (Lefevre e Lefevre : 2003). Assim, o DSC é uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um imaginário específico.

5.2 UNICIDADE E ANÁLISE DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

Realizado a formulação de um DSC, contendo os temas: Acolhimento\ CAPS AD, Intersetorialidade, Estigma e Subjetividade da PSR, quatro assuntos mais recorrentes nos discursos dos Profissionais de saúde, organizou-se em 4 agrupamentos: A- Acolhimento\ CAPS AD ; B – Intersetorialidade; C- Estigma e D- Subjetividade da PSR: será apresentado, a seguir, conforme o método utilizado, um Quadro Síntese (Tabela 14), com os resultados da

pesquisa. Importante citar que os Instrumentais de Análise dos Discursos 1, contendo todas as fases e produtos deste pesquisa, aparecem nos Apêndices desta dissertação.

De acordo com o método do DSC (LEFÉVRE, 2003, p.56) os resultados da pesquisa serão conduzidos por um discurso que organiza e discursam as Ancoragens e Ideias Centrais dos Grupamentos, subsidiando um texto-síntese dos DSCs, onde será comentado as percepções vivenciadas durante o estudo em questão, estabelecendo um diálogo entre os resultados da pesquisa e as percepções vivenciadas.

A análise se concentrou em quatro etapas distintas e complementares. No primeiro momento almeja-se compreender como é construída a subjetividade da PSR, no que condiz o uso de substâncias psicoativas. No segundo momento, busca-se compreender como ocorre o acolhimento no CAPS AD da PSR e as dificuldades e potencialidades desta forma de intervenção. No terceiro momento, objetiva-se entender como se efetiva as ações intersetoriais a nível micro e macro do CAPS AD. E por fim, no quarto momento busca-se compreender como ocorre o estigma para esse público específico, e a construção e fortalecimento dos seus possíveis projetos de vida e sonhos.

Apresentamos no quadro abaixo, em formato de texto discursivo, em itálico, espaço simples, os resultados da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, dos Profissionais de saúde, uma narrativa síntese das Ideias Centrais e Ancoragens do DSC, subsidiada pelas reflexões da pesquisadora em questão.

TABELA 14- QUADRO SINTESE DO DSC - SÍNTESE

RESULTADOS
QUADRO - SINTESE
DSC: Profissionais de saúde
AGRUPAMENTOS: Acolhimento\ CAPS AD, Intersetorialidade, Estigma e Subjetividade.
<i>A PSR apresenta diversos perfis, bem como estágios da rua diferenciados, onde os idosos tem grande índice de abandono, com poucas instituições que atuem com esse público. Eu observo que o uso de substâncias psicoativas é uma constância neste público, onde muitas vezes a ida dos mesmos para a rua é consequência deste uso, bem como a fragilização dos vínculos familiares, e a vulnerabilidade social. A rua dá o livre acesso ao uso de substâncias psicoativas, onde eu noto que o índice de PSR é irrisório em relação a Capital, sendo a situação de rua uma realidade de muitos imigrantes que vão para outros Estados. Dentre os motivos para uso está a relação afetiva com a substância por parte da PSR, entrando em um círculo de abstinência de recaída, atrapalhando a elaboração, projetos; em detrimento das pessoas que não usam,</i>

pois conseguem se ver, se sentir pulsando de alguma forma; onde seriam poliusuários de cachaça, mesclado, crack, cocaína, onde a última é utilizada por pessoas de maior poder aquisitivo; observa-se, também, que não é só o uso de drogas que os leva para a rua, existem multifatores.

Quando a PSR adentra no CAPS AD ele é visto pelos Profissionais como desprovidos de muitas coisas, que tem lacunas em seu âmago, com fragilização dos vínculos familiares, apresentando um processo de exclusão antes de irem para as ruas, que apresentam o uso nocivo de bebida alcoólica, uma destituição do ser, se sentem como lixo, onde a maioria tem residência, mais vão para as ruas. Esse tipo de público possui um estilo de vida diferenciado vivendo a realidade deles na rua, sendo uma realidade distorcida do real; onde apresentam descrença familiar, destituição familiar, perda da dignidade, perda da identidade; onde antigamente seriam colocados nos Hospitais psiquiátricos e hoje nas ruas. Por conseguinte teriam dificuldade em ter acesso aos direitos como educação, saúde, emprego; ficando vulneráveis socialmente.

O acolhimento é importante para facilitar o acesso aos serviços, tendo o Profissional Referência como apoio, porém a descontinuidade do tratamento, fragilização dos vínculos, manejo inadequado na abordagem de crise, acaba prejudicando essa ação. No cotidiano laboral, eu vejo que dentre as intervenções essenciais para um acolhimento efetivo esta a interprofissionalidade, equidade no tratamento, uma gestão compartilhada e educação permanente; mas no CAPS AD existe, muitas vezes, um manejo inadequado pois a abordagem em crise não é realizada a contento.

No CAPS AD, há uma descrença por parte dos Profissionais de saúde em relação à PSR. Existe no dia a dia uma inflexibilidade das regras que contrapõe com a liberdade das ruas. No dia a dia, há um receio, por parte dos Profissionais, no trato com a PSR, onde a má compreensão das informações por parte desse público, bem como a dificuldade de acesso a cidadania, a rotatividade dos profissionais, a falta de capacitação institucional impedindo uma continuidade nas ações acolhimento; bem como uma reinserção social, sendo relevante uma capacitação profissional. Isso contribui para alguns Profissionais se distanciarem do problema, por conta do despreparo, dessensibilização, não ocorrendo vinculação; por conseguinte há restrição no trato, e a mecanização das atividades. Por isso é fundamental a humanização, a afetividade no acolhimento, para que minimize as dificuldades conscientizando-os do que eles necessitam. Um profissional de referência que não seja imposto e que vincule as categorias profissionais no cotidiano laboral contribui para adesão deles.

O acolhimento a PSR é visto pelos Profissionais de saúde como difícil por conta da manipulação presente no comportamento dos mesmos, ausência de diálogo com os Profissionais, receio em abordar em crise por conta da agressividade, e também por eles retornarem para a rua, logo depois do atendimento; bem como a estrutura organizacional deficiente do CAPS AD. Então eu noto que há limites na atuação profissional por conta do número reduzido de profissionais, fragmentação das atividades, impotência profissional, por frieza no trato com a PSR, limitando-se a seguir somente um roteiro de entrevista, contribuindo para a reprodução cultural do MR. Por conseguinte, o Serviço social tem um papel importante na atuação com os MR por conta da sua formação, por auxiliar no fortalecimento dos vínculos familiares, na prefiguração e reinserção sócio familiar.

No acolhimento à PSR é importante a flexibilidade nas regras, o atendimento centrado no sujeito e não na queixa inicial, com co responsabilização na construção do PTS, levando em consideração a vulnerabilidade da saúde por estarem na rua. Entretanto, a PSR é visto por alguns Profissionais, como exigente, chato e insatisfeito com a sua realidade, que devem ser temido, ter um atendimento diferencial em relação

a outros pacientes; contribuindo para uma fragilização dos vínculos entre o Profissional e o usuário. Porém, alguns Profissionais não veem o trato dos Profissionais com a PSR de forma diferenciada.

A PSR vê o CAPS AD como possibilidade de superação, de fuga, como um local para se alimentar na hora que querem e que não existem regras, como referência de família; não vendo como um tratamento de dependência química, apesar de alguns quererem sair das drogas. Já o atendimento multiprofissional é realizado de forma pontual entre os Profissionais apesar de se tentar recuperar a condição humana deles. Neste interim, o PTS tem que dar continuidade no decorrer do tratamento e levar em consideração a história de vida, vínculo terapêutico, projetos de vida, para que o paciente vislumbre outra vida para organizar melhor as ações. Então, entender a visão sistêmica da PSR dá subsídios para se trabalhar com esse público, bem como a empatia na área social. Sendo o Serviço Social um importante mediador para conhecer a história de vida do mesmo

No cotidiano laboral eu percebo que apesar do contexto supracitado, alguns Moradores de rua, tem acesso às informações referentes aos seus benefícios como Projeto Minha Casa, minha vida; ajuda de custo, dentre outros benefícios. Para auxiliar no fortalecimento dos vínculos, a atenção básica apresenta um dispositivo que referencia os MR para outras instituições; são os NASFs, onde a ação intersetorial é fundamental para efetivar a proposta da mesma. Então, as instituições devem levar em consideração os diversos âmbitos dos sujeitos no tratamento, no qual os acompanhamentos institucionais favorecem a aderência do MR. Para fomentar a intersetorialidade, dentre as funções da rede sócio assistencial, está o fortalecimento da integralidade nos níveis de atenção, co responsabilização nos encaminhamentos, o apoio matricial, educação permanente, treinamento, o cuidado para dar resolutividade as problemáticas.

Porém é notório as dificuldades da intersetorialidade, devido à inexistência de uma rede apoio efetivo, a co responsabilização nos encaminhamentos, a oferta de vagas pouca para demanda que é grande; a desumanização da rede sócio assistencial, pouca articulação institucional por parte do CAPS AD, ausência de apoio político, falta de interesse de tirar as pessoas da rua, banalização da problemática da PSR; dificultando a reinserção social dos mesmos.

Portanto, o trato com a PSR tem que ter amor; porém deve-se levar em consideração no acolhimento à mentalidade infanto juvenil dos mesmos; e ter o entendimento que eles apresentam uma desagregação da mente onde não se acostuariam em residir em uma casa novamente, dessa forma temos que acolhe-los e não realizar uma institucionalização e higienização social da PSR.

Dentre as diversas compreensões do termo estigma por parte dos Profissionais de saúde, está como uma marca que se carrega para o resto da vida, que vai caracterizar algo, um estereótipo, se colocar em categorias, gerando, por conseguinte o preconceito; impor uma ideia a uma pessoa, e enraizar algo que se tem acerca de si próprio, ou em relação à outra pessoa em relação a si mesmo, é também algo que você busca e ninguém pode te dar.

Dessa forma, a PSR seria visto pelos Profissionais de saúde como sumo da exclusão, sendo discriminados socialmente, rotulados como vagabundo, rejeitados socialmente, apresentando estigma de doente mental, de serem selvagens, de roubarem tudo, de serem coitadinhos perante a sua realidade, de não serem notados, e que a sociedade não veria com bons olhos por serem mal vestidos, drogados, e mal cheirosos. Entretanto observa-se, também, por parte de alguns Moradores de rua a inexistência de um estigma negativo, por exemplo de acharem que não prestam, de que tem

uma vida ruim. Importante ressaltar que intervenções realizadas por alguns Profissionais, e a ausência de políticas públicas efetivas, contribuem para o estigma de coitadinho desse público, prejudicando o exercício da cidadania dos mesmos.

Assim, a efetivação da política de humanização, bem como a criação de uma modalidade de atendimento diferenciado, a do CAPS AD 24 horas; ter empatia com o dependente químico, conhecer a história de vida do usuário e as problemáticas da PSR, contrabalancear o ideal com o real, amenizam o desgaste laborativo e o receio de trabalhar com esse.

No que diz respeito à garantia dos direitos e deveres da PSR no CAPS AD, se dá através de atividades de controle social como Assembleias, atendimentos individuais, grupo; tendo o Serviço Social um papel importante para essa garantia. Onde um dos principais deveres dos pacientes seria não vir sobre efeito de álcool e outras drogas, no qual são aceitos, mas não compreendido pelos mesmos. Já os direitos devem ser proporcionais ao cumprimento dos deveres onde muitos paciente apresentam descontrole emocional nos grupos. Porém o sistema impediria a garantia dos direitos, onde a própria viabilização dos vales transportes seria inconstitucional e a própria instituição acolhe mais não consegue dar os devidos encaminhamentos.

No que concerne aos projetos de vida, sonhos, a PSR almeja a reconstrução da família, querem deixar a rua, pois causaria muito sofrimento, alcançar alguma meta, ter um trabalho. Entretanto, alguns Moradores de rua apresentariam uma coisa meio melancólica, fantasiosa, não sabendo como realizar seus projetos de vida, não teriam oportunidades de colocar em prática, não teriam ambição, não teriam nada, viveriam o hoje, não sabendo o dia de amanhã, só a morte mesmo, não vislumbrando sonhos por conta da realidade cruel, sendo todos os aspectos quebrados.

Portanto, respeitar a autonomia da PSR quando ele prefere ficar na rua, ter abraço simbólico no ato de acolher, se deixar conduzir durante o processo, ver a totalidade do ser, não só a questão da DQ, entender que precisam ter limites, superando o comportamento infante juvenil; compreender as fases motivacionais, entender que esse público são, muitas vezes, órfãos de famílias vivas, superar a ausência de troca de saberes entre a Equipe Multiprofissional, realizar matriciamento na rede sócio assistencial, dar o aprazamento adequado, ter um produto real dos grupos, questionar as nossas práticas, ter uma formação humana forte que contribua para a crença na mudança do usuário, são premissas básicas para o acolhimento adequado.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise do discurso coletivo final nos remete a várias questões transversas que permeiam a relação do Profissional de saúde com a PSR. Inicialmente, observa-se, que as diferentes questões conceituais do Morador de rua não se limitam somente a discussão teórica, mas a prática laboral a partir dos vários pré-conceitos sobre a subjetividade, estágios de Rua, dentre outros.

Porém, ser Morador de rua não significa apenas estar submetido à condição de espoliação, enfrentando carência de toda sorte, mas significa, também, adquirir outros referenciais da vida social diferentes dos anteriores, baseados em valores associados ao trabalho, à moradia. Porém, alguns MR não tendo mais que esconder seu sofrimento, pelo simples medo de não ser compreendido, que podem sofrer de doenças mentais buscam tratamento de qualidade,

evitando que esta se instale de forma mais profunda na sua vida, com consequências psicossociais de exclusão, por conta do estigma, às vezes mais perigosa do que a própria doença, as relações familiares.

Importante frisar, que no DSC final, observa-se uma contradição, a partir do momento que o “*estigma ruim*” não é observado em todos os pacientes com perfil de PSR, sendo uma “*escolha*” introjetar no seu imo.

O acolhimento é discursivado como sendo um potencializador bem como uma fragilidade, dessa forma a efetivação da política de humanização é citado como de extrema relevância para o trato com a PSR onde seria, de acordo com a Cartilha da Política Nacional de Humanização (BRASILIA, 2008) como:

“(...) dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão”.

Essa atitude implicaria, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “*estar com*” ou “*estar perto de*”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética /estética /política da Política Nacional de Humanização do SUS

(...) ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;•estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;• política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

No tocante, a questão do uso de substâncias psicoativas, é uma constância na vida da PSR, porém é transversal a todas as classes sociais, sendo mais visível no público que compõe as classes mais desfavorecidas.

Sabe-se que a construção da personalidade da PSR é resultado do nosso modo de ver a vida, e se dá a partir de uma dialética eterna, uma interação que influencia a forma que o participante vê o seu corpo, vê a sua vida Sabe-se que hoje se vive em uma sociedade de alta subjetividade onde, cada vez mais, submete os fenômenos e os comportamentos à lógica subjetiva: a vida, o casamento, a autoridade, a morte assumem relevo importante, tornando-se

fenômenos nos quais a experiência interior passa a ser decisiva, sem que se chegue a compreender a diferença que realmente existe entre fenômeno e direito subjetivo.

Assim, nem sempre a carga de subjetividade que permeia um fenômeno ou um comportamento individual pode traduzir-se num direito do indivíduo de julgar e decidir por si só com relação ao assunto e ao próprio comportamento. Na verdade, todos os fenômenos relevantes da atualidade envolvem dimensões do desejo, ou seja, da subjetividade. Não se consegue explicitar o que está acontecendo em um determinado país se não se entender até que ponto está havendo uma produção de subjetividade coletiva que, com muita dificuldade, se expressa como recusa de certo tipo de ordem social.

A questão da descrença familiar, destituição familiar é uma constância na vida da PSR desencadeando uma co-dependência crônica na maioria dos casos. Observa-se, no entanto, uma relação doentia entre a dependência e a co-dependência: o dependente que faz

uso de determinada substância, e por isso causa prejuízos a si e a outrem; e o co-dependente que, querendo resgatá-lo, devido à própria conduta mantém e agrava o quadro. É como se fosse uma relação parasitária, em que um dos indivíduos se alimenta dos esforços emocionais do outro.

Muitas vezes essa relação prolonga-se por anos, a ponto de ser considerada normal, por aqueles que dela participam. O co-dependente, como qualquer outro indivíduo que apresenta e vive um comportamento disfuncional, não tem consciência de sua co-dependência e, quando se sinaliza essa disfuncionalidade, ele resiste em aceitar e defender-se. *“Para ajudá-lo, podemos tentar fazê-lo conscientizar-se de seus atos e perceber que é impossível viver controlando o outro, pois isso o desgasta física, psicológica e espiritualmente”* (LOURENÇO, 2001).

A co-dependência é definida por Lawson (1999) como: um comportamento problemático, desajustado ou doentio, associado com a vida, trabalho ou qualquer outra situação de proximidade de uma pessoa que sofre de dependência de drogas. A vida do co-dependente gira em torno da questão: *“Qual será a próxima crise?”*.

Toda a vez que a vida de outra pessoa é alterada ou perturbada, seja pela drogadição do filho, ou pelo alcoolismo do marido, seja pelo temor de que ele possa vir a usar tais drogas, o problema já não é mais apenas do dependente. Ainda de acordo com Lawson (1999), no caso do alcoolismo do marido, como a esposa é muito íntima deste, não há como não sentir os efeitos do hábito de beber, que de uma forma ou de outra, acabarão alterando sua vida (da esposa), conforme a situação e a gravidade com que essa doença a atinge.

Dentro desse contexto de dependência química, observa-se que os Profissionais de saúde tem diferentes visões do uso, dos perfis e dos estágios na rua da PSR; onde enfrentariam uma deterioração do ser e um consequente embotamento afetivo, não estando presente em um não usuário de substâncias psicoativas. Logo, para Vieira (ET, AL, 1994):” *os moradores de rua perderam suas próprias vidas, o seu próprio eu. Além das perdas dos documentos, que é comum, perderam o sentido da vida, onde utilizam as drogas ou a ingestão abusiva da droga como uma fuga, uma válvula de escape, um amortecedor de feridas abertas*”.

O acolhimento no CAPS AD á PSR é permeado por múltiplas dificuldades e potencialidades, onde práticas diferenciadas é uma constância no cotidiano laboral. Desde a frieza no atendimento, ao receio em atender, até reproduzir um abraço simbólico no ato de acolher.

Essas diferenças são relatadas por Snow e Anderson (1998) através de cinco modalidades de atendimento institucional: resposta acomodadora (que atende suas necessidades básicas, mas não contribui para que saiam das ruas); resposta restauradora (que trata de seus problemas fisiológicos, psicológicos ou espirituais); resposta exploradora (orientada para o mercado, como o comércio de plasma e as administrações de trabalho de um dia); resposta de exclusão/expulsão e resposta de contenção (as quais variam com o clima político, implicando menor ou maior tolerância social e policial para com eles).

Limitações na atuação profissional por conta de multifatores impedem um acolhimento eficaz sendo de extrema importância uma orientação, capacitação, educação permanente para os Profissionais de saúde.

Porém, o Profissional de saúde tem que ter consciência na sua prática laboral que conhecer a história de vida e garantir o Projeto terapêutico singular a nível intra e extra institucional é fundamental para que seja a PSR seja beneficiado. Então, de acordo com Oliveira (2007, p.92), o Projeto Terapêutico Singular deve ser um movimento de co-produção e co-gestão do processo terapêutico de um sujeito singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade. Deve-se focalizar o individuo, não “recortando” do seu contexto enquanto sujeito de sua realidade. Não há sentido em discutir o caso de um individuo em situação de sofrimento sem considerá-lo inserido em um contexto social, familiar e em certo território.

Nesse sentido, a Equipe deve fazer emergir várias “*hipóteses explicativas*” sobre a situação problema. É essencial que, na medida do possível, a equipe consiga explicitar, pelo menos, algumas dessas hipóteses que circulam no grupo. A discussão em torno dessas “teorias explicativas” é a verdadeira discussão do caso. Não é apenas a existência na mera troca de conhecimentos de “*fatos*” ligados a “*história*” objetiva da situação em análise.

Quando a Equipe apenas troca informações a respeito de fatos, estes aparecem organizados de forma predominantemente inconsciente, determinados pelo modo como cada um que fala os interpreta, segundo certa hipótese em organização (OLIVEIRA, 2007, p.105).

Importante, também, a definição de um Profissional de referência sendo aquele que articula e vigia o processo, procura estar informado do andamento de todas as ações planejadas no PTS, é aquele profissional que a família procura quando sente necessidade, aciona a Equipe caso aconteça algum evento muito importante e articula “rodas” menores para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação (OLIVEIRA, 2007, P.107).

A nível micro a garantia de direitos e deveres é pauta constante das intervenções dos Profissionais do CAPS AD da SER III, através de atividades de controle social, onde o Serviço Social é visto como fortalecedora dos vínculos e garantia dos direitos da PSR.

Neste ínterim, é relevante a implantação da política de educação permanente para o controle social no SUS nas instituições, que deve ser comprometida com a garantia dos direitos sociais, com o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e com o envolvimento de outros sujeitos sociais devem ter como objetivos (BRASIL, 2006) :

(a) oportunizar aos Conselheiros de Saúde e demais representantes da sociedade brasileira condições de acesso às informações e aos conhecimentos sobre o SUS para o exercício da cidadania, a partir da compreensão de que as ações e serviços de saúde são direitos constitucionais, que representam retorno dos tributos e contribuições sociais, que são pagos ao Estado; b) discutir as diretrizes, as políticas e os princípios do SUS, que definem o modelo de atenção à saúde, a efetivação de sua gestão nos diversos níveis, papel das Comissões Intergestores e dos Conselhos de Saúde, as metas a serem alcançadas e os obstáculos reais que dificultam a sua efetivação; c) fortalecer a atuação dos conselheiros de saúde e sujeitos sociais como articuladores da participação da sociedade no processo de implementação do SUS; d) propiciar aos conselheiros de saúde e demais representantes da sociedade a compreensão do espaço dos Conselhos como locus de manifestação de interesses plurais frequentemente conflitantes e negociáveis, tendo como horizonte as políticas públicas e de saúde congruentes com os princípios do SUS; dentre outros.

O papel central do Assistente Social nos CAPS, no que condiz a garantia dos direitos e deveres, foi relatado no DSC final, onde a sua prática deve buscar a superação dos desafios para a efetivação da rede e melhora na qualidade dos serviços oferecidos, trabalhando em conjunto com o território, partindo da lógica da criação de meios de acesso à informação, visando desta forma ao tratamento do usuário dentro da sua comunidade, conhecendo a realidade e as redes que podem ser acessadas em cada comunidade.

Ainda sobre o papel do Assistente Social neste processo de socialização da informação como mecanismo de prática profissional, Vasconcelos (2007) afirma que ele (*o Assistente*

social) deve conhecer a realidade do seu campo de atuação, compreendendo o contexto no qual este se insere, e com isso superar a execução de medidas paliativas, destinadas a “*quebrar galho*”.

Porém, diariamente o trabalho profissional esbarra nos limites das políticas públicas e na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede, além de outros empecilhos como falta de estrutura física e de acesso dos serviços. Os mesmos, entretanto, não se tornam justificativas para a não realização do exercício profissional. O profissional de Serviço Social é capaz de articular e buscar estratégias para a superação destas questões. A criatividade torna-se um dispositivo favorável para a superação das barreiras. Novamente ressalta-se que o processo de ação profissional deve ser reinventado a cada demanda.

No cotidiano laboral se observa que apesar do contexto supracitado, alguns Moradores de rua, tem acesso às informações referentes aos seus benefícios como Projeto Minha Casa, minha vida; Ajuda de custo, dentre outros benefícios. Os benefícios assistenciais são direitos das pessoas desassistidas, e seguem um perfil vulnerabilidade social que permite que pelo menos a “*fome física seja preenchida, em detrimento da “fome da alma” que muitas não conseguem cessar*”.

Neste ínterim, a PSR criaria um vínculo com CAPS AD como uma estratégia de se ter pelo menos um vínculo sócio afetivo com alguma esfera da sociedade, já que seu imo estaria fragilizado por sucessivas violências psicológicas e físicas que vivenciam diariamente.

A questão do acolhimento humanizado, acolhedor com formação humana forte deve embasar uma intervenção adequada a qualquer tipo de público, quiçá a PSR. Então, Moreno(2002) descreve a importância de que a educação tem que ter a noção de valores na sua centralidade e que nenhum projeto educativo pode ser realizando sem que um plano de educação em valores ocupe um lugar central.

O entendimento de como se efetiva as ações intersetoriais a nível micro e macro do CAPS AD é vista com muitas vicissitudes no labor diário, por conta de falta de articulação, sensibilidade e efetividade nas políticas públicas.

A Política Nacional para População em Situação de Rua (2009) enfoca a intersetorialidade como uma estratégia de negociação permanente para o desenvolvimento de serviços, programas, projetos e benefícios que atendam aos direitos humanos das pessoas em situação de rua nas diversas políticas públicas, de modo a formar uma rede que assegure a efetividade e a qualidade da atenção ofertada. Assim, pautada por princípios e diretrizes a PNPR

propõe a integração das políticas públicas de saúde, educação, previdência social, de assistência social, trabalho e renda, habitação, moradia, cultura, esporte, lazer e segurança alimentar e nutricional, no atendimento integral desse segmento da população (BRASIL, 2009).

O maior desafio para a prática da intersectorialidade é o estabelecimento de uma gestão integrada corresponsável pela atenção integral aos cidadãos. Como estratégia de enfrentamento a este desafio, a Política Nacional para a População em Situação de Rua estabeleceu a criação de Comitês Gestores Intersetoriais locais, os quais devem contar com representações das áreas de políticas públicas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua e de fóruns, movimentos e entidades representativas deste segmento da população. O exemplo do Comitê Nacional, estes Comitês locais têm o papel de elaborar, acompanhar e o monitorar os Planos de Ação para a População em Situação de Rua (BRASILIA, 2011).

Dentro do contexto supracitado, ressalta-se que as relações sociais propiciariam o fortalecimento dos indivíduos, mas também podem fragilizar o seu âmago a partir de pré-conceitos antecipados e humilhações sendo uma grande fonte de sofrimento. Essas dificuldades podem criar rejeição em relação aos outros, bem como uma auto rejeição significativa, que contribuem para que os moradores de rua se “*alimentem*” de emoções e sentimentos negativos.

Assim, nota-se a responsabilidade que a sociedade tem na construção das representações sociais que as pessoas tem de si mesmo. Como afirma Carvalho & Martins (2004): (...) *o corpo humano não é como uma máquina mensurável que ingere e excreta substâncias independentes do ambiente onde o sujeito está inserido. Ora, o corpo é parte do ambiente em que vive e como tal se apropria a cada momento desse espaço dialético, interagindo e modificando os processos de transdução de energia.*

A PSR é vista como suja, mal cheirosa, sem perspectiva de futuro, manipuladoras. Porém, muitas pessoas quando enveredam para o caminho da dependência química utilizam mecanismos de defesas para esconder o aspecto doentio do uso de droga. Assim, muitos se auto sabotam inconscientemente, pois “*se fiz muita gente sofrer, não mereço ter situações positivas na vida*”.

Esses mecanismos de defesa podem ser agrupados de acordo com o grau de maturidade do funcionamento defensivo segundo diferentes níveis: maduro, neurótico e imaturo. O nível maduro envolve o uso de defesas mais adaptadas para controlar o impulso do id, ajustadas adequadamente à realidade e ao mundo externo; imaturo, quando predominam as defesas

menos adaptadas e são utilizados alguns recursos para controlar a ansiedade e outros estados afetivos, que podem ser considerados patológicos e o nível neurótico, quando predominam defesas intermediárias entre os funcionamentos maduro e imaturo. (Blaya apud Yoshida , 2009). Por isso o amadurecimento de alguns Moradores de rua é vista muitas vezes como uma mentalidade infanto-juvenil, sendo importante dar um limite, segundo os Profissionais de saúde.

A construção do projeto de vida é importante para incluir o morador de rua no universo social com vistas ao bem-estar, felicidade e crescente aprimoramento individual ou coletivo. O projeto de vida do morador de rua tem que está assentado sobre as esferas familiar, educacional e laboral. Apesar disso, a não realização do projeto de vida é uma constância nos discurso dos Profissionais de saúde, por conta da dependência que assola boa parte da PSR.

Através da história discursivada pelos Profissionais de saúde do CAPS AD da SER III se compreende a realidade da PSR no território adscrito. Esses discursos subsidiam a importância da efetivação de políticas públicas voltadas para a PSR, que estão com passos lentos, urgindo a necessidade de darmos passos mais longos, com políticas públicas adequadas ao perfil da PSR, sendo a formação dos valores, reinserção social, práticas educativas adequadas premissas básicas para a efetivação das mesmas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como proposta apreender as representações sociais dos Profissionais de saúde em relação à População em situação de rua (PSR) do CAPS AD da SER III, bem como, compreender como enfrentam no cotidiano laboral, os questionamentos sobre a subjetividade, acolhimento e intersectorialidade da População em situação de rua (PSR). Nesse prisma, buscou-se entender como se Profissional de saúde representa a subjetividade, intersectorialidade e o acolhimento da PSR; bem como o estigma enfrentado pela PSR nas suas relações sociais. Para o alcance dos objetivos propostos, utilizou-se a abordagem qualitativa, como uma ferramenta primordial para legitimar as inferências deliberadas, sobretudo, por permitir compreender o objeto de pesquisa em suas múltiplas dimensões e perspectivas.

Nesse sentido, os dados da pesquisa revelam o mundo simbólico representacional das questões relativas à PSR por parte dos Profissionais de saúde do CAPS AD da SER III, ressaltando as dimensões e os mecanismos que garantem a reprodução das relações sociais existentes, as quais afetam a vida cotidiana dos participantes.

A pesquisa qualitativa, através do DSC revelou que as representações sociais dos Profissionais de saúde acerca da PSR são expressas a partir de quatro agrupamentos temáticos: Acolhimento, Intersetorialidade, Estigma e Subjetividade.

Nas dimensões acolhimento, bem como subjetividade, emergida no DSC; se ressaltam o necessário reconhecimento da heterogeneidade dessa população e, como consequência, a elaboração de estratégias diversas que contemplem as particularidades desses sujeitos para possibilitar a superação dos processos de exclusão, evitando abordagens massificadas, a partir da criação de serviços específicos com corpo profissional diferenciado e capacitado.

No que diz respeito ao acolhimento realizado no CAPS AD, a PSR é vista como desprovido de muitas coisas, que tem lacunas no âmago, apresentando o processo de exclusão antes de ir para rua; apresenta, ainda, um estilo de vida diferenciado, distorcido da realidade, não tendo acesso aos direitos básicos de todo cidadão. Então que é importante um profissional de referência que não seja imposto e que vincule as categorias profissionais no cotidiano laboral contribuindo para a adesão dele. No acolhimento a PSR, é importante a flexibilidade nas regras, o atendimento centrado no sujeito e não na queixa inicial, com a coresponsabilização na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), levando em consideração a vulnerabilidade da saúde por estarem na rua. Por conseguinte, o Serviço Social teria um papel importante na atuação com o MR por conta da sua formação, por auxiliar no fortalecimento dos vínculos familiares, na refiguração e reinserção social.

Assim, a ida da PSR a rua se dá como consequência do uso abuso de substâncias psicoativas, bem como a fragilização dos vínculos familiares e a vulnerabilidade social. Dentre os motivos para o uso e abuso está a relação afetiva que o Morador de rua tem com a substância, em um círculo de abstinência e recaída atrapalhando o seu projeto de vida. A PSR vê o CAPS AD como possibilidade de superação, de fuga, como um local para se alimentar na hora que querem e que não existem regras, não vendo como um tratamento, apesar de que muitos querem sair das drogas. Então, é importante entender a visão sistêmica dá subsídios para trabalhar com esse público, bem como a empatia com a área social.

Considera-se fundamental a ampliação de investimentos em processos de acolhimento que contemplem as aspirações e características dos sujeitos usuários, além da garantia de intervenção junto aos núcleos familiares e priorização para investimentos sociais em regiões que concentram pobreza, de onde procedem a esses sujeitos, buscando ações que os vinculem a sua comunidade, garantindo-lhes o direito ao convívio familiar e comunitário e articulando recursos ofertados pelas redes locais.

No tocante á dimensão intersectorialidade, observa-se no CAPS AD dificuldades com a intersectorialidade, devido a inexistência de uma rede de apoio efetivo, a corresponsabilização nos encaminhamentos, a oferta de vagas pouca, para a demanda que é grande, desumanização da rede sócio assistencial, ausência de apoio político, banalização das problemáticas da PSR, dificultando a reinserção social dos mesmos.

Dessa forma, nas políticas, evidenciam-se a falta de integração e as ações restritas a atenções superficiais, que não investem no fortalecimento e autonomização dos sujeitos, o que demanda o reconhecimento da complexidade da problemática, o planejamento integrado de ações e sua priorização enquanto intervenção realizada a partir de um conjunto articulado de Políticas Públicas de Estado. Assim, com o objetivo de fazer frente a esse processo de fragmentação, a recente Política Nacional de pessoas em situação de rua tem como eixos a articulação entre os níveis de governo federal, estadual e municipal, além da interdisciplinaridade e intersectorialidade que caracterizam a integralidade no atendimento.

No que diz respeito aos projetos de vidas da PSR almejariam a reconstrução da família, deixarem a rua, alcançar uma meta, ter um trabalho. Entretanto, de acordo com os Profissionais de saúde, a PSR apresentariam uma coisa meio melancólica, não sabendo como realizar seus projetos de vida, não teriam oportunidades de colocar em prática, não teriam ambição, viveriam o hoje , não sabendo o dia de amanhã, não vislumbrando sonhos por conta da realidade cruel, sendo todos os aspectos quebrados.

A dimensão qualitativa, relativa ao estigma, é definido pelos Profissionais de Saúde como uma marca que se carrega para o resto da vida, que vai caracterizar algo, um estereótipo, impor uma ideia a uma pessoa, é enraizar algo que tem acerca de si próprio, ou em relação a outra pessoa e, relação a si mesmo, seria algo que você busca e ninguém pode dar.

Então, a PSR é estigmatizado pelos Profissionais de saúde como o sumo da exclusão, discriminados socialmente, apresentando estigma de doente mental, de serem selvagens, de roubarem, de serem coitadinhos perante a sua realidade. Para contrabalancear o ideal com o real, e amenizar o desgaste laborativo e o receio de trabalhar com esse público seria importante a efetivação da política da humanização, bem como a criação de uma modalidade de atendimento diferenciado, ter empatia com o esse público. Neste interim, observa-se a necessidade de novas perspectivas de intervenção na saúde pública e na clínica psicológica e psiquiátrica: tratando de sublinhar os contornos da invisibilidade da doença mental, reconhecendo sua visibilidade, isto é, sua existência, o que implica a necessidade de tratamento e de apoio pela rede familiar do doente. A partir de uma intervenção clínica que torne visível o sofrimento que é invisível, quem está doente se sentirá mais compreendido e respeitado e não estigmatizado.

Com base em tais pressupostos, faz-se mister elencar um conjunto de sugestões que possam contribuir para melhoria da qualidade de vida das PSR. Urge a priorização de atendimentos nessa área destinados a essa população, especialmente no que se refere ao tratamento da dependência química e o acompanhamento em meio aberto; e que as alternativas de capacitação profissional e geração de trabalho e renda direcionados a esse segmento populacional precisam ser induzidas para que contemplem efetivamente a inclusão da PSR e não só a sua inserção precária e provisória, o que acaba por mascarar a exclusão e reiterá-la. O investimento em processos preventivos para evitar que os indivíduos tornem-se PSR, ou, dito de outro modo, a proteção a quem deve proteger é também um aspecto de fundamental importância a ser considerado, pois um grande contingente de famílias vulnerabilizadas reproduz o ciclo transgeracional da pobreza.

Portanto, é indispensável à articulação entre Estado e sociedade para a superação de estigmas e preconceitos junto ao imaginário social, a partir de socialização de pesquisas, realização de debates, uso educativo da mídia e formação de multiplicadores, de modo que esses sujeitos possam ter visibilidade – mas como sujeitos de direitos. Nesse sentido, iniciativas como a inclusão do debate sobre desigualdade e as vicissitudes em estar em situação de rua, como temática na rede de ensino, também, é de extrema relevância para a superação dos estigmas da PSR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABRIC, J-C. **O estudo experimental das representações sociais**. In: JODELET, D. As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, p. 155-172. 2001.
- ACCIOLY-JUNIOR, H. SCHNEIDER, L.C.; PINHEIRO, C.X. **Representações sociais da expressão “qualidade e vida” para estudantes da UFRN**. In: COUTINHO, M.P.L. et al. Representações sociais: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p.171-183.
- ALMEIDA, 2011. **Morador de rua: Da questão social para a questão midiática**. <http://revistapuca.estacio.br/> Puçá: Revista de Comunicação e Cultura na Amazônia, Belém, v. 1, n1. p. 77- 102, jan./jun. 2011.
- AMARANTE, P. **New subjects; New rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil**. Cad.Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, Jul/Sep, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, L.O.M.et. al. **Saúde mental & cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará**. Divulg. saúde debate;(40):57-70, jun. 2007.
- BAIALARDI, Katia, S.O **Estigma da Hanseníase: Relato de uma Experiência em Grupo com Pessoas Portadoras**. Hansen Int. 2007;32(1): 27-36. 2007.
- BARBIERI. **Associação Brasileira de Desenvolvimento de lideranças (ABDL) em seu artigo População de rua: sobreviventes excluídos da sociedade**, [.http://www.abdl.org.br/article](http://www.abdl.org.br/article). 2006.
- BAUER & GASKELL (editores) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático**. Trad.: Pedrinho Guareschi. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.
- BLAYA ET. AT 2003. YOSHIDA,E.M.P. **Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica**. Universidade Católica de Campinas,2009.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **2º Censo da população de rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte: meta 10 – realização de ações de atendimento sócio-assistencial, de inclusão produtiva e capacitação para população em situação de rua.** Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2006.

BRASIL. **Política Nacional destinada a População em Situação de Rua.** Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise.** Vinte Anos de Constituição, nº 17. Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria de **Avaliação e Gestão da Informação e Secretaria Nacional de Assistência Social. Rua. Aprendendo a Contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de rua.** Brasília, 2009

BRASIL, **Portaria Nº 2.488**, de 21 de Outubro 2011.

BRASILIA, **Constituição Federal da república federativa do Brasil.** Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Artigo 6.1988.

BRASILIA, SUAS. **Norma operacional Básica NOB/SUAS: contribuindo as bases para a implantação do Sistema único de Assistência Social,** 2005.

BRASILIA. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para a População em Situação de rua-** Centro Pop. Brasília, 2011.

CAMPOS, B.C. KOURY, MAURO, G. **Bairro do Roger: História, memória e estigma, sob a ótica dos medos corriqueiros.** Centro de Ciências Humanas Letras e Artes/ Departamento de Ciências Sociais/ PROBEX, 2006.

CARVALHO, D.B.B. **Violência- intolerância aos moradores de rua:** [on line].. www.unb.com.br. Setembro de 2004

CONJUR. **A lei de drogas: entre a esperança anunciada e o medo real** [on line] <http://www.bancodeinjusticas.org.br/aleinapratica/>. 29 de março de 2013.

CONJUR. <http://www.bancodeinjusticas.org.br/aleinapratica/> **Novo Código tira do usuário estigma de criminoso** [on line] 29 de março de 2013.

CASTEL, Robert. **As armadilhas da exclusão.** In: WANDERLEY, Mariângela; BÒGUS, Lúcia; YAZBEK, Maria Carmelita. Desigualdade e a questão social. São Paulo: EDUC, 1997.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COSTA, Rebeca. **Relatório da Gestão do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas da SER III- 2011\2012**;

CUNHA AZS. **Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle.** Ciência & Saúde Coletiva 2002;7(2):235-42.

DOSSIÊ, 2008. **Políticas Públicas, População em Situação de Rua. População de Rua entrega ao Governo Federal proposta de Política Nacional.** Disponível em www.centrovivo.org/node/1101, acessado em 16 de setembro de 2010.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico.** São Paulo: Martin Claret, 2003.

DONZELOT, D. **A polícia das famílias.** Rio de Janeiro: Graal, 1986.

EIDT, ME. **O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências** [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2000.

FILHO, A.N. **Guia do projeto consultório de rua** / organizadores: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério, Luiz Felipe Monteiro. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FORTALEZA - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. **Resolução nº 2 de 8 de Fevereiro de 2000.** Diário Oficial do Município, v. 2, p. 2000.

FORTALEZA, SMS. **Relatório de Gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado/** SMS- Fortaleza: SMS, 2007.

FORTALEZA. **Mapa da criminalidade e violência-Perfil da SER III.** Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará-LabVida-UECE, Laboratório de Estudos da Conflitualidade da Universidade Estadual do Ceará-COVIO-UECE, Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará-LEV-UFC, 2011.

FORTALEZA,SMS. **Relatório de Gestão do ano de 2012 da Secretaria Municipal de Fortaleza-**
za.http://httpportal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfmidtxt35699&janela3=1. 2012.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>, 2013.

GARCIA, J. R. L. **Entre a “loucura” e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas.** *Hansenologia Internationalis* 2001;26(1):14-22.

GEERTZ, Clifford. **Como pensamos hoje: a caminho de uma etnografia do pensamento moderno** . In, *O Saber Local*. 4ª. Edição, Petrópolis, VOZES, 2001, pp. 220 a 245.

GEERTZ, Clifford. **Ethos, Visão de Mundo e a análise de Símbolos Sagrados**. In, A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro, Zahar editores, 1978.

GHIRARDI, M. I. G. **Vida na rua e Cooperativismo: transitando pela produção de valores**. **Interface comum. saúde educ.**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 601-610, set./dez. 2005.

GIORGETTI, Camila. **Moradores de rua: uma questão social?** São Paulo: PUC-SP, 2006.

GOFFMAN, Erving. **A Elaboração da Face. Uma análise dos elementos rituais na interação social**. In, Sérvulo Augusto Ferreira, Org. Psicanálise e Ciências Sociais. Rio de Janeiro, F.Alves, 1980.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução: Márcia Bandeira de Melo Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos. Editora S.A, 1963. 2 .edição 1988.

GOMES R. **O Corpo na Rua e O Corpo da Rua: a prostituição infantil feminina em questão**. São Paulo: Unimarco, p. 284 1996.

GUIMARÃES, Thiago. **Censo de Moradores de rua avança pouco**: [on line]. Setembro de 2004. www.unb.com.br.

GREIMAS, A. J. **Semântica estrutural**. Madrid: Gredos, 1987.

HAESBAERT, R. **Des-caminhos e perspectivas do território**. In: RIBAS, A. D.

IB-

GE. **Guiado Censo 2010 para Jornalistas**.: [online]. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/Guia_do_censo2010.pdf. 2010.

IBGE. **98,6% dos municípios declararam possuir serviços socioassistenciais, mas poucos supervisionam**. : [on line]. [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/perfil dos municípios brasileiros 2009 - Assistência Social.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/perfil_dos_municipios_brasileiros_2009_Assistencia_Social.pdf). 2009.

IBGE, Fundação. **Anuário estatístico do Brasil**. Fortaleza: IBGE 2000. p.2-19. 2000..

IPEA, **Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas**: [on line]. <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/01.demografia.pdf>, 2009.

JODOLET, D. **Os processos psicossociais da exclusão**. In: SAWAIA, B. As artimanhas da exclusão. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LAWSON, T. **Alcoolismo – uma orientação para as famílias**. Campinas: Ed.Raboni, P.98, 1999.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE F, LEFÈVRE AMC. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul (RS): Educs; 2003.

LEFÈVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. **Depoimentos e discursos. Uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

LEFÈVRE F, LEFÈVRE AMC. **Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização**. Rev Ciência Saúde Coletiva (no prelo). [citado 6 maio 2007] Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=622.2007.

LIMA, C.M, OLIVEIRA, J, O,S. **Participação popular dos moradores de rua na gestão pública do município de Porto Alegre**, Rio Grande do Sul.2011.

LOECK, J.F. **Narcóticos Anônimos: Um Estudo Sobre Estigma e Ritualidade**. Goiânia . junho de 2006.

LOURENÇO,R.A. **Como superar a co-dependência**. Palestra proferida no V congresso Nacional de Amor Exigente em Goiânia, GO, 2001. Disponível em:<http://www.antidrogas.com.br/art.codependencia.asp>. Acesso em jul.2002.

LOVISI, Giovanni Marcos. **Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. xiv,167 .EDITORA: PAULINAS.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. **Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua**. Psicol. Soc., Porto Alegre, v. 16, n. 2, Aug. 2004. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822004000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2011.

MACHADO, R. et. al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal. 1978. 559 p.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. **Quem vocês pensam que (elas) são? -Representações sobre as pessoas em situação de rua**. Psicol. Soc., Porto Alegre, v. 16, n. 2, Aug. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000200007&lng=en&nrm=iso.Acesso em: 15 fev. 2011.

MAY, R. **Psicologia e dilema humano**. Tradução de A. Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

BRASIL. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Abril, 2008.

MELO, Z. M.. **Estigma: espaço para exclusão social**. Revista Symposium, 4(especial), 18-22. Recuperado de www.unicamp.br/Arte/ler.php?art_cod=1486.2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

MENDES, LUIZ. **Crack e seu estigma mortal: Crack, doença social?**. Trip Editora. 2011

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Novembro de 2006.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: metodologia da pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O conceito de Representações dentro da Sociologia**. **Fernanda** de Sales Francisco das Chagas de Souza Valquíria Michela John LINHAS, Florianópolis, v. 8, n. 1, jan. / jun. 2007.

MORENO, CIRIACO. **Educar em valores**. [s.n.], 2002.

MOSCOVICI S. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 2000.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOTA, Leonardo de Araújo. **Drogas e Estigmas**. Fortaleza, 2005. Disponível em: <www.neip.info/textos_afins>. Acesso em 15 de maio de 2013

MULLER, Pierre; SCOREL Yves, **A análise das políticas públicas**. Pelotas: Educot, Traduzidos por: Agemir Bavaresco, Alcel, R. Ferraro. Tradução de: L' analyse des politiques publiques, 2002.

MOREIRA, V. MELO, A, K. **“Minha Doença é Invisível!”: Revisitando o Estigma de ser Doente Mental**¹ Interação em Psicologia, , 12(2), p. 307-314 Universidade de Fortaleza. 2008.

NETO, Alfredo Naffah Neto. **O Estigma da loucura e a perda da autonomia**. PUC, 2011.

NETO, B. A. BOLETIM N V- **Ouvidoria da População em situação de rua**. <http://luiz.gama.wordpress.com>. Dezembro de 2011.

NEVES, L.P. Centro Universitário São Camilo - 2008;2(2):223-233 **O morador de rua: perspectivas conceituais**, 2008.

NOGUEIRA, M.S.L. **Representações Sociais da Política de Saúde Mental: estudo de caso no centro de atenção psicossocial da Secretaria Executiva Regional IV do município de Fortaleza**. Dissertação de Mestrado, apresentado à coordenação do curso de Pós-graduação em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, 2009.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes .**O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde** / Gustavo Nunes de Oliveira. Campinas, SP: [s.n.], 2007.

OMS. **Estigma, discriminação e violação dos direitos humanos em relação ao VIH: Estudos de casos de programas bem sucedidos**. COLECÇÃO MELHORES PRÁTICAS DA ONUSIDA. Dados do Catálogo de Publicações da Biblioteca da OMS. 2005.

PAUGAM, S. (2004). “**Que sentido é preciso dar à exclusão**”. In: VÉRAS, Maura Pardini-Bicudo (org). Hexapolis. São Paulo: EDUC. Recebido em 12/2011. Aceito para publicação em 10/2012.

ROZENDO, Suzana da SILVA. Revista de Psicologia da UNESP 10(2), 2011. 111. **Vida de rua: experiências, caminhos e desvios oitocentista**, 2011.

SALDANHA, A. A. Werba. **Vulnerabilidade e construção de enfrentamento da soropositividade por mulheres infectadas em relacionamento estável**. Ribeirão Preto, 2003.

SAINT-MAURICE, A. de (1997). **Identidades reconstruídas: Cabo-verdianos em Portugal**. Oeiras: Celta Editora.

SAÚDE, Ministério. **Relatório de Gestão 2008 / elaborado por Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação** CGPLA/DEPIN. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2009.

SEMAS. **A assistência social como direito**. [S.N].2011.

SILVA, Maria Lucia Lopes. **Trabalho e população em situações de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SIQUEIRA, A. Ainlay, apud . S. C.; Becker, G.; Colman, L. M. A. (1986). **Stigma reconsidered**. En Ainlay, S. C.; Becker, G.; Colman, L. M. A. (Ed), *The Dilemma of Difference* (1-13). New York: Plenum, 2011.

SIQUEIRA, R, CARDOSO, H. **O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana**. Universidade Estadual Paulista, 2011.

SNOW, David; ANDERSON, Leon. **Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua**. Petrópolis: Vozes, P.528 1998.

SOARES, R.L. **De palavras e imagens: estigmas sociais em discursos audiovisuais**. Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós Graduação em Comunicação, Brasília, 2009.

SPÓSITO, Eliseu Savério; SAQUET, M.A. **Território e desenvolvimento: diferentes abordagens**. Francisco Beltrão – PR: UNOESTE, 2004a.

STOFFELS, M. G. **Os mendigos na cidade de São Paulo: ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

TELLA, M.A.P. **Estigmas e desqualificação social dos negros em São Paulo e Lisboa**. 2005.

VALA, J. **Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano**. In :VALA ; MONTEIRO, M. B. (Orgs) *Psicologia Social* Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 4ª ed, 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Abordagens psicossociais**. São Paulo: Hucitec, 2008. (v. 2: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares).

VELHO, Gilberto. **Individualismo e Cultura. Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1999.

VIEIRA, M. A. C; RAMOS BEZERRA, E. M.; MAFFEI ROSA, C. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 3 ed. 2004.

VIEIRA, M. **Abandono e preconceito são estigmas das favelas** Entrevista / MARCOS ALVITO -. Domingo, 19 de Agosto de 2001.

ZOCHE, Silvia. **Moradores de rua**: [on line]. Outubro de 2004. www.acessa.com.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Solicitação à Instituição para a entrada no campo

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE

De: Mestranda Rebeca Torres Alves Costa

Para: Diretor de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantidio da UFC

Assunto: Solicitação de pesquisa

Sr. Diretor

Rebeca Torres Alves Costa, Assistente Social e atuante da área de Saúde Mental, encontro-me cursando o Mestrado Profissional de Planejamento e Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará e desenvolvendo um projeto de dissertação intitulado: A ATENÇÃO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REPRESENTAÇÃO SOCIAL ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO Á POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO CAPS AD DA SER III.

O presente estudo pretende apreender as representações sociais dos Profissionais de saúde em relação à População em situação de rua do CAPS AD da SER III, bem como, compreender enfrentam no cotidiano laboral os questionamentos sobre a subjetividade, acolhimento e intersetorialidade da População em situação de rua(PSR). No tocante ao traçado metodológico a pesquisa fundamenta-se na teoria das representações sociais, sua natureza é por excelência qualitativa. explorar as representações sociais dos Os dados das entrevistas serão analisados a partir do referencial teórico do Discurso do sujeito coletivo (DSC) e será analisado a partir de instrumentais.

Estará garantido o sigilo das identidades entrevistadas, bem como, os mesmos terão o direito de aceitar ou não participar do estudo sem que traga qualquer prejuízo para o desenvolvimento da pesquisa. Informo que os dados serão apresentados ao curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará e apresentados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial da sua identidade.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e compreensão dispensada.
Rebeca Torres Alves Costa.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

PESQUISA: A ATENÇÃO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A pesquisa tem como foco a Atenção à população em situação de rua: representações sociais elaboradas por profissionais de saúde tendo a compreensão mais ampla da População em situação de rua, que chegam ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas da SER III, apresentando diversas queixas, cujas sintomatologias são indicativos da necessidade de acompanhamento especializado, e que também sinalizam, em suas falas, a necessidade de um acompanhamento que deem conta das suas especificidades, tornando-se relevante que referidas que as referidas especificidades sejam percebidas pelos profissionais. O estudo fundamenta-se nos pressupostos da teoria das Representações Sociais na perspectiva de Moscovici, onde a análise do conteúdo se dará a partir do Discurso do Sujeito Coletivo, de Lefevre. Essa escolha ocorreu em virtude de fornecer subsídios para desvendar as representações sociais dos profissionais da saúde, possibilitando compreender, por meios das representações sociais, as interpretações desses sujeitos acerca de suas que foram acometidos de adoecimentos mentais e, ainda, observar seus discursos, imagens, maneira de pensar, sentir e agir no cotidiano. A presente pesquisa tem como objetivo: Apreender as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da qualidade da atenção no atendimento do CAPS AD da SER III; Desenvolvida e articulada em diferentes etapas, utilizará métodos de pesquisa (qualitativo), técnicas e instrumentos apropriados ao tipo de dado e informação a ser coletada. Portanto solicito que os profissionais da área de saúde participem da pesquisa respondendo a entrevista semiestruturada gravada. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes da pesquisa, salientando que as informações serão sigilosas, e que não haverá divulgação personalizada das informações. Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios melhorar as condições sociais da população, por meio da qualidade dos serviços prestados.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da pesquisa: Rebeca Torres Alves Costa, Fone: (85) 8707 4414 à rua Maria Tomásia, 260 Bairro: Aldeota. CEP 60150170

Fortaleza-CE, / / 2013

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C- CARTA DE SOLICITAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA

De: Rebeca Torres Alves Costa
Para: Comissão de Ética em Pesquisa
Assunto: Solicitação de pesquisa

Rebeca Torres Alves Costa, Assistente Social e atuante da área de Saúde Mental, encontro-me cursando o Mestrado Profissional de Planejamento e Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará e desenvolvendo um projeto de dissertação intitulado: A ATENÇÃO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REPRESENTAÇÃO SOCIAL ELABORADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO Á POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO CAPS AD DA SER III.

O presente estudo pretende apreender as representações sociais dos Profissionais de saúde em relação à População em situação de rua do CAPS AD da SER III, bem como, compreender enfrentam no cotidiano laboral os questionamentos sobre a subjetividade, acolhimento e intersectorialidade da População em situação de rua(PSR).

Nesse sentido, gostaria de solicitar sua autorização para realização da pesquisa com pacientes dessa instituição. No tocante ao traçado metodológico a pesquisa fundamenta-se na teoria das representações sociais, sua natureza é por excelência qualitativa. explorar as representações sociais dos Os dados das entrevistas serão analisados a partir do referencial teórico do Discurso do sujeito coletivo (DSC) e será analisado a partir de instrumentais.

Estará garantido o sigilo das identidades entrevistadas, bem como, os mesmos terão o direito de aceitar ou não participar do estudo sem que traga qualquer prejuízo para o desenvolvimento da pesquisa. Informo que os dados serão apresentados ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental, como também junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial da sua identidade.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e compreensão dispensadas.

Rebeca Torres Alves Costa

APÊNDICE- D- DIÁRIO DE CAMPO

30 07 2013

(Auxiliar Administrativo): Os Moradores de rua estão sem vir, diminuiu a demanda há 04 meses. Deixaram de vir porque acho que eles inauguraram uma nova instituição, mesmo o lanche voltando;

Adentrou no serviço o paciente F. J que era Morador de rua. Quando conversei com o mesmo, estaria morando com a Genitora, com uma pasta cheia de documento para ir ao encontro da Mulher que moraria no Rio Grande do Norte. Estava bem apresentado, higienizado, limpo diferente de outrora;

(Guarda Municipal): Diminuiu os pacientes em geral, principalmente Morador de rua, por conta da construção, ausência de Médicos. Mas não era como aquela vagabundagem fora do normal. Eles não conseguiam trabalhar direto. W, B, B, C, A. C; Quantas vezes tive que me meter nos grupos para evitar brigas. O único que eles gostavam mais era o da Rebeca, mas assim mesmo era atrapalhado. A meninas que estão agora pegaram o mel....Os CAPS ad estão abrindo direto fora, antes não fechava para o almoço. Para mim eu acho super certo botar os pacientes para fora, encham o saco, eles ficam bebendo, chegando bêbado, ai ninguém des cansa; Porque os moradores de rua do CAPS não querem nada, e o CAPS não da assistência. Eles querem banho, abrigo para se aquietarem ; ai agente cortou o banheiro, o almoço, as salas dos colchões deles. Eles tem que entender que aqui é só consultório. O CAPS não tem estrutura para este tipo de atendimento, não tem vale para dar.

Auxiliar Administrativo: agora o médico esta rápido; mais os médicos vão parar pois estão descontando indevidamente o dinheiro; de 02 meses para cá ao atendimento psiquiátrico encontrava-se no CENJA. Antes não tinha médico psiquiátrica para encaminhar para o Cenja. De 02 meses para cá eles não estavam vindo mais, mais quando tinha medico eles não vinham mesmo pois não tem interesse nenhum, eles não tem documento, não tem nada.

Procurando nos prontuários observou-se que o último Morador de rua (A. A., 3464) adentrou no serviço no dia 08 07 2013, encaminhando pela mãe e defesa civil, pois o mesmo estaria em situação de rua, apresentando vínculos familiares.

Olhando os prontuários, durante a triagem o paciente estaria dormindo, sob efeitos de substâncias psicoativas, não assinou o contrato terapêutico. PLANO TERAPEUTICO: Médico Psiquiatra, sendo atendido no mesmo dia.

O médico acho melhor interna-lo no Hospital de Messejana (08 07); No dia 09 07, a genitora compareceu ao serviço dizendo que não tinha dado certo o internamento, conseguindo uma vaga na Santa casa;

Durante o dia, observa-se que o CAPS não tem paciente, os profissionais não ficam no acolhimento, todos estão nas salas;

31/07/2013

(ENFERMEIRA): Diminuiu bastante o numero de morador de rua, acho que e por causa do vinculo que se rompeu coma mudança da gestão. O E. era mais com a (Enfermeira Antiga); e seu M. com a A. (Antiga Assistente social, atual coordenadora). Agente só vê gente porque tem médico, porque antes estava vazio. Era para ter 2 grupos hoje, mas como esta sem gente, juntaram os dois;

Observou que quem faz a Sala de espera, acolhimento é a auxiliar administrativo, em detrimento de antigamente que era um profissional do Ensino Superior;

10:10 e o médico chegou, apesar de seu horários era as 08:00. Os pacientes estão agoniados, e veio me perguntar, encaminhei para a recepção;

Um paciente antigo me abordou dizendo: Aqui tá calmo ne? Eu perguntei: Isso é bom ou ruim? Ele respondeu: Bom pois o pessoal não chega mais bêbado/

(Terapeuta Ocupacional): está vazio, os moradores de rua não estão vindo mais por conta da inauguração do CAPS geral da 2 que e 24 horas;

#Quando estava conversando com a Terapeuta Ocupacional, a Residente relatou que tinha experiência no consultório de rua e aceitou conversar sobre os moradores de rua.

#(Residente): Enquanto não tinha o CAPS ad da 2, NA Duque de Caxias, o fluxo era grande na 3. Eles seguiam o fluxo da praça da bandeira, coração de jesus, Jacareacanga e viam para

cá..... apesar de o núcleo de morador ser maior na ser 2, existem muitos moradores de rua na regional 3 e 4.

São peregrinos mesmo, um jeito diferente. A maioria dos equipamentos estão na regional IV, que lidam com os moradores de rua; o CAPS ad da ser 2 tem uma boa localização geográfica; tem almoço, abrigo, internação. Antes o CAPS mais perto era o da 3. Tem a diferença entre os tipos de consultórios de rua. O consultório de rua trabalha com a promoção de saúde, e o consultório na rua trabalha na promoção e saúde;

Iniciaram a atividades com os moradores de rua na gestão passada, antes quem se responsabilizava por esse publico era os NASF. As atividades do consultório iniciaram com a territorialização a partir de visitas e foi aplicado a FOFA. A articulação é a premissa básica do consultório de rua. A gestão atual veio atrás da nossa territorialização que agente tinha feito.

01 08 2013 - manha

O fluxo de pacientes aumentou no grupo de entrevista motivacional e alcoolismo; porém sem presença de morador de rua; Presença dos residentes do HUWC, Residentes da ESP e estagiários de auxiliar de enfermagem. Observado que os médicos não conversam com os pacientes nem profissionais, chegando sempre após o seu horário ideal. Importância e ir ao CENTRO POP para reconhecer os pacientes do CAPS AD? Sem presença de morador de rua.

(Coordenadora): os moradores de rua diminuíram, por conta da construção, sem vales transportes,...importante o retorno deles.

#De manha o paciente E. (Morador de rua) adentrou no serviço embriagado, com delirium Tremens, por conta da síndrome de abstinência. Convulsionou, sendo atendido pelo residente da Escola de Saúde Pública e Enfermeiro , Articulou-se o SAMU, que chegaram 3 horas depois; Não tem contato com a família; Encaminhado para o Hospital de Messejana.

Fluxo diminuído, sem pacientes. Só um paciente para assistir o CINE CAPS, com o filho. Não quis assistir... Só tinha profissional para assistir o filme”. Tinha o Grupo Boas Vindas e Cine CAPS. Realizado entrevista piloto com a Coordenadora do serviço e Guarda Municipal.

APÊNDICE E- ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Trajetória Profissional

Objetivo: Entender a formação profissional do Profissional de saúde e a sua atuação com a População em situação de rua.

2. Para ti o que é ser Morador de rua?

Objetivo: Saber o significado que o Profissional de saúde tem da População em situação de rua.

3. Quais as dificuldades que o Morador de rua tem?

Objetivo: Entender as dificuldades que a População em situação de rua tem no seu cotidiano.

4. Quais as facilidades em ser Morador de rua?

Objetivo: Saber os aspectos positivos de ser População em situação de rua.

5. Como os Profissionais de saúde veem os Moradores de rua?

Objetivo: Saber a representação que o Profissional de saúde tem da População em situação de rua.

6. Como os Moradores de rua veem o CAPS AD da SER III?

Objetivo: Saber o significado do CAPS AD para a População em situação de rua.

7. Como ocorre o acolhimento no CAPS AD da SER III?

Objetivo: Entender como ocorre o acolhimento a População em situação de rua no CAPSAD da SER III.

8. Como os Profissionais de saúde pensam o Plano terapêutico singular?

Objetivo: Saber como se ocorre à construção do PTS entre os Profissionais de saúde e a População em situação de rua.

9. Como ocorre o atendimento multiprofissional?

Objetivo: Entender como a interprofissionalidade ocorre no CAPS AD da SER III.

10. Como se dá o uso de substâncias psicoativas nos Moradores de rua do CAPS AD da SER III?

Objetivo: Saber como se dá a ingestão abusiva de álcool e outras drogas por parte da População em situação de rua do CAPS AD da SER III.

11. Como ocorre a garantia de direitos e deveres no CAPS AD da SER III?

Objetivo: Entender como ocorre a garantia dos direitos e deveres da População em situação de rua no CAPS AD da SER III.

12. Como ocorre a intersetorialidade?

Objetivo: Saber como ocorre a intersetorialidade na rede sócio assistencial.

13. Entender a relação do estigma com o cotidiano do Morador de rua.

Objetivo: Conhecer a relação do estigma com o cotidiano da População em situação de rua.

14. Conhecer os projetos de vida, sonhos, prefiguração do Morador de rua.

Objetivo: Saber se a População em situação de rua tem projetos, sonhos, perspectiva de futuro.

15. Considerações finais.

Objetivo: Conhecer relatos dos Profissionais de saúde que não foram contemplados sobre a População em situação de rua, no que condiz as temáticas supracitadas.

APÊNDICE F- INSTRUMENTAIS DE COLETAS DE DADOS

IAD – EXPRESSÕES CHAVE- IDEIAS CENTRAIS (IC) E ANCORAGENS
PERGUNTA ____-

LEGENDA:

EXPRESSÕES CHAVES; (ECH) – _____

IDEIAS CENTRAIS (IC) - _____

ANCORAGENS (AC) - _____

IAD- GRUPAMENTOS		
GRUPAMENTO A-		
IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS (AMOSTRAGENS RE-CONHECIDAS ALEATORAIMENTE)	ANCORAGEM – SÍNTESE (1 TRATAMENTO)	ANCORAGEM – SÍNTESE (TRATAMENTO FINAL)

IAD	
DSC DO GRUPAMENTO LETRA:	
ECH	DSC

RESULTADOS
QUADRO - SINTESE
DSC: PROFISSIONAIS DE SAÚDE
AGRUPAMENTOS: