

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

THAYZA ANÁLIA DA SILVA SANT' ANA

CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA E O USO DE
ÁLCOOL E DROGAS: construção de uma prática baseada na interface
entre as Políticas Públicas e a Terapia Ocupacional

RIO DE JANEIRO

2014

Thayza Anália da Silva Sant' Ana

CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA E O USO DE ÁLCOOL E DROGAS: construção de uma prática baseada na interface entre as Políticas Públicas e a Terapia Ocupacional.

Trabalho de Conclusão de Curso produzido como requisito básico para obtenção de grau no curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Monica Villaça Gonçalves

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho as pessoas que foram responsáveis pela minha formação e são os meus maiores exemplos de dignidade, amor ao próximo e sabedoria, ao meu pai Deilson Carlos de Pinho Sant' Ana (in memoriam) e a minha avó Florisbela Dias da Silva (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me capacitado e ter me dado sabedoria para trilhar o meu caminho no meu processo de construção em minha futura profissão.

Agradeço a minha mãe Eliane e a minha família, por estarem ao meu lado em todos os momentos, me dando força e me animando para continuar meus estudos.

Agradeço ao Silvio, pelo apoio, por me suportar nas horas de angústia e me dar esperanças quando achava que as coisas não dariam certo.

Agradeço aos meus professores pelo suporte acadêmico, a compreensão dos meus momentos de dificuldade e pela dedicação a profissão e aos alunos.

RESUMO

SANT' ANA, Thayza Anália da Silva (2014) **Crianças e adolescentes em situação de rua e o uso de álcool e drogas: construção de uma prática baseada na interface entre as Políticas Públicas e a Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro, Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Este trabalho se dá a partir da discussão sobre o processo de construção da prática com crianças e adolescentes em situação de rua que fazem uso de álcool e drogas, com o olhar da Terapia Ocupacional em consonância com a atual conjuntura das Políticas Públicas brasileiras. Através da experiência prática da autora e a análise dos resultados sobre Políticas Públicas voltadas para as crianças e adolescentes, população em situação de rua e álcool e drogas, problematiza-se a atual realidade desta população e a importância do profissional de Terapia Ocupacional nesta clínica.

PALAVRAS-CHAVES

Álcool e drogas, Crianças e adolescentes, Políticas Públicas, População em situação de rua, Processo Terapêutico, Terapia Ocupacional e Território.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	10
2.1 GERAL	10
2.2 ESPECÍFICOS	10
3 METODOLOGIA	11
4 RESULTADOS	12
4.1 O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	12
4.2 A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	16
4.3 AS LEGISLAÇÕES DE SAÚDE MENTAL	19
5 DISCUSSÃO	28
5.1 ENTRE CONTEXTOS E SUBJETIVIDADES: ESPECIFICIDADES DE UMA CLÍNICA	28
5.2 AÇÕES E SERVIÇOS: DESDOBRAMENTOS DO CUIDADO EM SAÚDE	30
5.3 A REFLEXÃO E A PRÁTICA COMO CONSTRUÇÃO DE CAMINHOS NOS PROCESSOS TERAPÊUTICOS OCUPACIONAIS	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Terapia Ocupacional na Universidade Federal do Rio de Janeiro tem como tema a interface da Terapia Ocupacional com as Políticas Públicas voltadas para as crianças e adolescentes em situação de rua usuárias de álcool e drogas.

A escolha deste tema partiu do questionamento sobre quais são as possibilidades de intervenção do Terapeuta Ocupacional nesta clínica, levando em consideração as políticas que permeiam esta prática e os atravessamentos que ocorrem nela.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as crianças e os adolescentes são sujeitos de direitos e deveres e devem ser resguardados contra a violação dos mesmos. Ainda segundo o ECA, a infância vai dos zero aos doze anos incompletos e a adolescência compreende o período entre doze a dezoito anos de idade.

“A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. (BRASIL,1990)

Baseando-se nas atuais políticas de atenção a criança e ao adolescente e do Sistema Único de Saúde (SUS), compreende-se que as conformações de atendimento em saúde para esta população devem levar em conta as premissas do SUS de integralidade, universalidade e equidade com os parâmetros de proteção e direitos delimitados pelo ECA.

Temos hoje políticas de diversos setores, que garantam o acesso e o cuidado, e delimitam diferentes ações globais e focais para o atendimento desta população.

Os processos de trabalho neste campo são muito distintos, porém esta pesquisa busca ir além de práticas individuais, procurando situar os contextos em que esta clínica está inserida, demonstrando seu potencial de ações e intervenções, e a importância do trabalho do terapeuta ocupacional com as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

O interesse pessoal por iniciar esta pesquisa surgiu de um incômodo e dúvidas em relação a como se estabelece o atendimento a esta população e o quanto a Terapia Ocupacional poderia fazer por eles.

No ano de 2013, participei durante seis meses como bolsista de um Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) com a temática voltada para álcool e drogas, onde estive alocada em um Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro. Durante minha permanência neste projeto pude acompanhar o processo de trabalho da equipe deste serviço e me aproximar do contexto da rua e do uso de álcool e drogas.

O Consultório na Rua é um dispositivo de saúde que se constitui na atenção básica e oferece atendimento a população em situação de rua. É uma equipe multidisciplinar que atua de forma itinerante diretamente no cenário da rua e que confere a garantia de atendimento em saúde a esta população.

Através desta vivência tive contato direto com algumas crianças e adolescentes em situação de rua que faziam o uso de substâncias psicoativas. Pude ir de encontro com a angústia dos mesmos quanto à necessidade de cuidado e o medo quanto à incerteza das práticas em saúde e do recolhimento compulsório (ação realizada pelos serviços de Assistência Social).

O recolhimento compulsório é uma prática higienista que tem sido realizada nos últimos anos no município do Rio de Janeiro. Esta prática, busca mediante a ação judicial o recolhimento em massa e indiscriminado da população em situação de rua e o seu redirecionamento para abrigos e centros de tratamento, prática esta que não tem respaldo das políticas de saúde, nem de assistência social e que vai contra os preceitos abarcados pelas mesmas.

Perceber que existem pessoas que vivem nestas condições, sejam motivadas pelo consumo da droga, por questões particulares ou rompimentos em sua vida, me mostrou também a importância de levar acesso de serviços a essas pessoas e de como o cuidado em saúde deve vir antes até do “problema” com o consumo da droga.

Essa realidade na qual me confrontei, aguçou meu interesse sobre esta clínica e me motivou a aprofundar os estudos sobre a mesma.

No segundo semestre do ano de 2014, tive uma experiência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas III (CAPS ad III) também no município do Rio de Janeiro, onde me aproximei ainda mais da

clínica de álcool e drogas e tive um contato mais direto e permanente com estes usuários.

O CAPS ad III é um serviço da rede de saúde mental que atende de forma integral usuários com problemas decorrentes de álcool e drogas, que possui funcionamento de 24 horas, com leitos para acolhimentos noturno dos casos mais graves. Este CAPS é destinado a adultos, porém também pode atender crianças e adolescentes desde que assegurados pelas premissas do ECA.

Estes espaços se tornaram meus campos de vivência prática e possibilitaram juntamente com as bases teóricas as reflexões acerca das práticas de saúde com o olhar da Terapia Ocupacional, nesta clínica.

Uma profissão como a Terapia Ocupacional, na qual se busca levar qualidade de vida, dar autonomia e independência e agir sobre o cotidiano dos sujeitos, me parece ser fundamental para pensar e agir sobre as circunstâncias que afetam e desestabilizam o desenvolvimento destas crianças e adolescentes, que apresentam rompimentos profundos em suas vidas e sofrem constantes processos de violência em diversos graus.

Pensar em um todo se faz necessário para agir sobre o foco. Por isso, compreender os processos de rompimento social, as políticas que se fazem necessárias, que respaldam mecanismos de ações e buscar na base de uma profissão um canal efetivo de ação, abarcam o que busco demonstrar através desta pesquisa.

Como afirma Freire (2014, p. 24), “a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blá-blá-blá e a prática, ativismo”.

Este trabalho se organizará da seguinte forma:

- Introdução: apresentação e justificativa do tema;
- Objetivos: geral e específicos;
- Metodologia: descrição do percurso metodológico para realização deste trabalho;
- Resultados: apresentados em três capítulos: 1 - O Estatuto da Criança e do Adolescente, 2 - Política Nacional para a População em Situação de Rua, e 3 - As legislações de Saúde Mental;

- Discussão: relação entre a pesquisa bibliográfica apresentada nos resultados com o relato de experiência;
- Considerações Finais.

Espera-se que ao final deste trabalho seja possível compreender a importância da atuação do terapeuta ocupacional nesta clínica, atuando como um articulador entre as políticas e os serviços intersetoriais, numa equipe multiprofissional e agindo como um facilitador de transformações na realidade destas crianças e adolescentes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Refletir acerca das possibilidades de ações e o campo da Terapia Ocupacional junto à população de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas em situação de rua.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Levantar as políticas e legislações vigentes com relação à população em estudo: criança e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas em situação de rua.
- Compreender o modo de atuação da Terapia Ocupacional de acordo com as políticas específicas para este público.

3 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste trabalho foi utilizada uma metodologia qualitativa do tipo exploratória. Como recursos metodológicos foram utilizados:

- Pesquisa bibliográfica em livros, artigos, e publicações sobre o tema.
- Pesquisa documental em leis, portarias e políticas sobre infância e adolescência, população de rua e atenção a usuários de álcool e drogas.
- Relato de experiência enquanto estagiária no Consultório na Rua através de um projeto de extensão PET - Saúde Mental (álcool e drogas) e em um CAPS ad III.

Este estudo foi realizado, portanto, utilizando a pesquisa bibliográfica e documental e relacionando-as com o relato de experiência com o intuito verificar a atual perspectiva de atenção à criança e ao adolescente usuários de álcool e drogas (em especial em situação de rua) e a possível contribuição da Terapia Ocupacional no atendimento a este público.

4 RESULTADOS

Serão apresentados três capítulos referentes aos tópicos relacionados ao tema que foi pesquisado, refletindo sobre os mesmos a partir da experiência da autora.

4.1 O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - lei 8.069 homologada em 1990 representa um marco de transformações políticas e de cuidado e a criação de um novo olhar acerca do que é a infância e adolescência. O estatuto traz como premissa à atenção integral a criança e ao adolescente e tem por maior característica a garantia de direitos e deveres a esta população.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, 1990).

A importância do ECA, está em sua quebra de paradigmas e a ruptura com um raciocínio estigmatizante que predominava até então. Um reflexo disto era o antigo Código de Menores que até então, era o entendimento legal que se tinha a respeito desta população.

Instituído a partir de 1927, o Código de Menores foi a primeira lei que se atentava às crianças e adolescentes. Porém esta lei tinha um caráter punitivo, assistencialista e restrito de ações, direcionando-se apenas aos que cometeram atos infracionais e aos menores “desamparados”.

O Código de Menores utilizava-se mais em casos específicos de destituição do poder pátrio, quando a família não tinha condições de assumir o sustento e o cuidado do filho, e com práticas punitivas aos que tinham desvio de conduta, ou seja, os chamados menores infratores.

Assim, até a década de 60 a maior preocupação dos juizes estava em organizar instituições destinadas ao recolhimento de abandonados e delinqüentes, fomentando a criação de inúmeras instituições com base na caridade, quase sempre de orientação religiosa e, em poucos casos, contando com orientação profissional. (MORELLI, 2000, p.67)

Instituições assistencialistas de acolhimento foram criadas e a noção do “menor” se tornou amplamente difundida. O pensamento acerca do termo “menor” e o caráter de “situação irregular” se tornaram sinônimos de delinquência e um fator estigmatizante às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade ou as que cometeram algum ato infracional. Como afirma Morelli (2000, p. 68):

Com o aumento da violência nas grandes cidades e o golpe militar de 1964, o “menor” era sempre visto como um “menor infrator”; afinal, se não cometeu algum crime, está prestes a cometer. Novamente, o internamento é a linha de ação desse novo organismo, agora com maior participação da polícia.

Anos de negligências do Estado para com essa população se configuraram e “fica claro que vigorava naquela época o controle social e a criminalização da pobreza, inconcebíveis nos tempos atuais” (BRASIL, 2006, p.17).

Diferenciando a função legal do Código de Menores e do ECA, pode-se destacar que o Código de Menores tinha um caráter punitivo, com atenção a situação irregular e era um mecanismo de controle social com as crianças em situação de vulnerabilidade e infratoras. Já o ECA, consolidou-se como uma lei de caráter educativo, de atenção integral, que se destina a todas as crianças e tornando-se um mecanismo de desenvolvimento social.

A partir destas mudanças, as crianças e adolescentes passaram a ser vistos como sujeitos de direitos, que devem receber a devida proteção de todos os âmbitos da sociedade, garantidos por lei para o seu desenvolvimento pleno e saudável.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Pode-se destacar dois grandes eixos de atenção do ECA, que são as medidas protetivas e as medidas de socioeducação.

Medidas protetivas são ações e recomendações acerca do que seria necessário para a promoção de um ambiente de desenvolvimento saudável a toda essa população, dentre as quais podemos destacar a seguir algumas medidas específicas como:

- As medidas de atenção à vida e a saúde que são recomendadas, como o atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS) desde o pré e perinatal até a vida adulta.

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

- Medidas do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade que são recomendadas para assegurar o direito de escolha, que tenham um tratamento digno sem exposição a ambientes e tratamentos violentos, vexatórios, desumano, constrangedor e aterrorizante.
- Medidas de direito a convivência familiar e comunitário que garantem que:

Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes (BRASIL, 1990).

- As medidas sócio-educativas que tem o caráter educativo e são destinadas aos adolescentes que cometeram algum ato infracional. São reguladas pelo SINASE que se encarrega das unidades de efetivação das mesmas.

Ao que se refere à saúde,

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

O atendimento em saúde é feito através do Sistema Único de Saúde que garante atenção integral a estas crianças, e deve ser garantido o acesso universal e igualitário desde a atenção primária até a alta complexidade.

A criança e o adolescente têm o direito de ser criado pela sua família natural, a qual detém a guarda e a tutela dos mesmos e deve garantir o cuidado e a educação.

Em casos de decretos jurídicos de destituição da guarda familiar pelo não cumprimento de deveres e obrigações é garantido que estas crianças recebam acolhimento familiar ou institucional, dentro dos quais sua permanência é de caráter temporário, devendo ser reavaliada regularmente por equipe multiprofissional sua permanência nestes locais, sendo de preferência que haja a reintegração familiar, ou caso não seja possível, a integração em família substituta.

Muitas crianças hoje ainda são vítimas de violência ou sofrem algum tipo de violação dos seus direitos e as constatações desses abusos são cada vez mais frequentes.

Nosso país ainda apresenta uma realidade de miséria e desigualdade social, em que a culpa pela criação e os problemas das crianças e adolescentes são jogados apenas para as famílias. Segundo El-khabit (2000, p.59) "Um fato é a lei. Outro, fazer com que ela se cumpra". Temos um governo que apesar das leis, mostra-se ineficiente em colocá-las em prática e na fiscalização das mesmas e onde até os profissionais tem dificuldades de realizar seu trabalho.

Há nos últimos anos um total desvinculo e afastamento dos profissionais da área da saúde com a situação de abandono no social da infância e juventude. Predomina a visão positivista entre os trabalhadores da saúde de que ao receber encaminhamento de outras áreas (principalmente da educação) realocam a responsabilidade de resolução do problema na família e mais precisamente na mãe (EDUARDO, 2010, pág. 21).

De frente a isto, vemos que o Estatuto da Criança e do Adolescente é um mecanismo completo e potente. Mesmo assim, ainda existem críticas relatadas ao Estatuto que afirmam que o mesmo não condiz com a realidade do nosso país. Isso é claramente um equívoco, pois graças ao ECA temos assegurado a assistência e o cuidado as nossas crianças e adolescentes e podemos almejar mudanças concretas ao unir esforços e interesse do governo, sociedade e família. Como afirma o Ministério da Saúde (2006, p.18), "Para eles, as suas regras seriam aqui inaplicáveis e melhor destinadas aos ditos países desenvolvidos, prova inequívoca que assim o dizem por ignorância de seu conteúdo".

O código de Menores de 1979 e o Estatuto da Criança e do Adolescente

1. Estatutos Legais	Código de Menores	Estatuto da Criança e do Adolescente
2. Doutrina Jurídica	Doutrina da situação irregular.	Doutrina da proteção integral.
3. Destinatários	Menores entre zero e dezoito anos que se encontra em situação irregular (medidas de proteção).	Todas as crianças e adolescentes (livro I); crianças e adolescentes com direitos violados (livro II, título II, medidas de proteção) e adolescentes suspeitos de ato infracional (livro II, título III, medidas socioeducativas e de proteção).
4. Concepção política social implícita	Instrumento de controle social dos menores carentes, abandonados e infratores.	Instrumento de desenvolvimento social para as crianças e adolescentes e de proteção integral às crianças e adolescentes em situação de risco.

Fonte: FROTA, Maria G. da C., 2003.

4.2 A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Para se pensar as ações que visam levar assistência, cuidado e garantia de direitos as pessoas em situações de vulnerabilidade, há de se levar em consideração um contexto histórico de descaso, desassistência e a negligência do Estado perante o seu papel com a população em geral.

Com a garantia de direitos e deveres pela constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde que visa levar assistência em saúde à todos, novos olhares puderam se constituir para todas as demandas da população.

São necessárias medidas que levem em consideração a diversidade e a identidade desta população, que se utiliza de ferramentas e códigos próprios de existência, muitas vezes como modo de sobrevivência na sociedade.

Considera-se que a população em situação de rua está altamente colocada em um lugar de vulnerabilidade social, de violência e em maioria das vezes, não recebendo direitos básicos que lhe são garantidos.

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

Com esta perspectiva, salienta-se que políticas e medidas são criadas para garantir e reafirmar o direito de acesso destas populações com medidas pontuais e gerais que ampliam assistência.

A lei 7.053 de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua é uma política que vem de encontro a esses olhares ampliados, que visualiza a necessidade da criação de estratégias de atendimento as pessoas em situação de rua.

Esta política traz em seu escopo a cooperação intersetorial para atendimento desta população, a participação da sociedade civil, garantias de seus direitos básicos a vida e de cidadania, com a articulação e integração de políticas e esforços para se fazer valer na prática.

Direitos assegurados pela política:

- I - respeito à dignidade da pessoa humana;
- II - direito à convivência familiar e comunitária;
- III - valorização e respeito à vida e à cidadania;
- IV - atendimento humanizado e universalizado; e
- V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. [...] (BRASIL, 2009).

A responsabilidade pelo cumprimento da lei, se faz através de:

Comitês gestores intersetoriais, integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população (BRASIL, 2009).

Segundo a lei, são incentivados o convênio com empresas públicas e privadas (sem fins lucrativos) que realizam projetos e atendimentos com a população de rua.

Ressalta-se ainda as diretrizes:

- I - promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais;
- II - responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento;
- III - articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- IV - integração das políticas públicas em cada nível de governo;
- V - integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução;
- VI - participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- VII - incentivo e apoio à organização da população em situação de rua e à sua participação nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas;
- VIII - respeito às singularidades de cada território e ao aproveitamento das potencialidades e recursos locais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- IX - implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; e
- X - democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos (BRASIL, 2009).

Isto visa afirmar que o governo tem o papel perante a lei de dar garantias de direitos e acesso para todos, inclusive para aqueles que se apresentam historicamente em lugar de marginalidade e exclusão na sociedade. Como afirma Varanda (2004, pág. 58) “a situação de rua adquire uma maior complexidade na medida em que se considera o intrincado conjunto de fatores que se inter-relacionam no processo de **ida para a rua** e nas práticas assistenciais existentes”. (grifo do autor)

Vale ressaltar ainda que em níveis de atenção em saúde, a lei sugere a criação da articulação em os serviços públicos de saúde e os serviços de assistência social, para agirem como parceiros nesse processo.

Não se pode pensar em estratégias de assistência uniformes, pois as características individuais, subjetivas e de território de distinguem no cotidiano da rua e da relação desta população com este ambiente.

As particularidades das experiências de cada um e de como cada pessoa reage aos seus efeitos na sua trajetória para a rua e depois que aí se instala, impede generalizações, todavia não se pode restringir essa trajetória ao universo subjetivo e à individualidade dos processos de fragilização dessas pessoas. (VARANDA, 2004, pág. 60)

Esta lei é recente e traz importantes contribuições quando se fala em garantia de direitos e acesso para a população em situação de rua. Porém, é importante pontuar que essas medidas só serão efetivas se fiscalizadas e postas em prática.

4.3 AS LEGISLAÇÕES DE SAÚDE MENTAL

A lei orgânica número 8.080/90 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) renova a concepção de cuidado em saúde ao afirmar que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Pode-se ressaltar a importância da promoção e prevenção em saúde, ampliação da rede de atenção básica, levando em consideração o território e como os sujeitos de inserem nele.

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, 1990).

Ao se pensar que a criança e o adolescente possuem direitos fundamentais garantidos pelo ECA, que os usuários de álcool e drogas são altamente estigmatizados e que a população em situação de rua está em extrema situação de vulnerabilidade social, violência e foi historicamente negligenciada pelo Estado entende-se que é papel do SUS juntamente com os demais setores buscar mecanismos de acesso a saúde e a uma vida digna a essas pessoas.

Os fatores históricos da constituição do atual modelo de assistência em saúde no Brasil (SUS) revelam que estas mudanças foram frutos da luta de movimentos sociais e populares em prol de uma renovação do que se entende por saúde e como ela deve ser tratada em nosso país. Esta lei vem se construindo na prática ao longo dos últimos anos e as demandas de assistência tem levado a criação de novas políticas que abarquem a toda essa diversidade.

Ao se aprofundar na atual legislação que dirige assistência a população usuária de álcool e drogas, é notório o aumento destes investimentos e de novas propostas de serviços.

Principais fatores que reforçam a exclusão social dos usuários de drogas:

1. Associação do uso de álcool e drogas à delinquência, sem critérios mínimos de avaliação
2. O estigma atribuído aos usuários, promovendo a sua segregação social
3. Inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas, em especial à utilização de mão de obra de jovens neste mercado
4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada desses usuários
5. O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da "cadeia organizacional do mundo das drogas" é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção (BRASIL, 2003, p.27).

Os olhares para a saúde desta população foram aguçados a partir da crescente demanda de HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis nas décadas de 80 e 90. Além da repressão e criminalização das drogas, os primeiros esforços para reduzir a disseminação do HIV/AIDS entre os usuários de drogas foram através dos redutores de danos, que eram pessoas que iam as cenas de uso e realizavam a troca de seringas e agulhas usadas por novas, como uma forma de prevenção a contaminação pelo vírus do HIV.

Em 1989, deu-se a primeira tentativa brasileira de fazer funcionar um programa de trocas de seringas (PTS) entre usuários de drogas injetáveis (UDI), em Santos – SP, cidade com papel de destaque na Reforma Psiquiátrica no Brasil (ANDRADE, 2011).

Anterior à esse olhar para os usuários de álcool e drogas devido a disseminação da AIDS, temos o movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado nos anos 70, que buscava uma nova direção de tratamento e atenção às pessoas com transtorno mental que ia contra a lógica hospitalocêntrica, com a garantia de seus direitos e a sua valorização como ressarcimento de uma segregação e estigmatização histórica.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. 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, p.6).

Os primeiros hospitais psiquiátricos na idade média se localizavam distantes nas periferias das grandes cidades, recebiam todos aqueles que desviavam da normalidade e não tinham um valor produtivo naquela sociedade como os enfermos, os mendigos, as prostitutas, os alienados, entre outros. Posteriormente, estes hospitais que se tornavam grandes colônias passaram a selecionar seus internos e a abrigar os alienados ou “loucos”, onde ofereciam tratamento psiquiátrico, muitas vezes de forma degradante, cruel, com violência e privando esta população do convívio com a sociedade.

O tempo se passou e até década 70, poucas coisas haviam mudado em relação às formas de tratamento. Surgiram muitas denúncias de violências e até mortes nestes hospitais, os trabalhadores em saúde destes locais, percebiam que estas internações já não eram a forma de tratamento mais adequada e lutaram através dos movimentos sociais e do controle social para que ocorressem mudanças nesta concepção tratamento, que este pudesse ocorrer fora do hospital psiquiátrico e para um protagonismo dos usuários dos serviços de saúde.

Vindo como um marco de mudanças e fruto desta luta histórica, foi sancionada a lei de número 10.216 de 06 de abril de 2001 que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistência em saúde mental.”

Algumas mudanças que foram possíveis e tem sido implementadas são: a redução gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos e implantação de leitos em hospitais gerais garantindo que o sofrimento psíquico e uso abusivo de substâncias sejam tratados quanto patologias de igual valor biológico, social e diminuindo o estigma; a criação de residências terapêuticas para a moradia dos usuários da rede de saúde mental após o processo de desinstitucionalização; o programa de volta pra casa que garante uma bolsa como ajuda para estes usuários neste processo; serviços substitutivos no território e em conjunto com a comunidade; entre outros.

Em 2002 foi homologada a portaria 336 que tem como objetivo “Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional”. Constitui-se os serviços substitutivos CAPS como alternativas fora manicômio de assistência multiprofissional em saúde mental que atende também crianças e adolescentes (CAPS i) e usuários de álcool e drogas (CAPS ad), como um serviço territorializado que leva em conta as

demandas da comunidade, promovendo a inclusão e participação social dos usuários e fazendo parte de uma rede de cuidados.

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. (BRASIL, 2005, p.26)

Em 2000 o Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD foi regulamentado pelo Decreto n.º 3.696 e visava criar a Política Nacional Antidrogas e integrava as ações de repressão a drogas e ações de prevenção ao uso de drogas.

Orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos - considerados individualmente ou em suas livres associações. A estratégia visa a ampliar a consciência social para a gravidade do problema representado pela droga e comprometer as instituições e os cidadãos com o desenvolvimento das atividades antidrogas no País, legitimando, assim, o Sistema. (BRASIL, 2000)

Em conjunto a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o Departamento de Polícia Federal (DPF), outros agentes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CNAD), em 2003 foi elaborada a Política Nacional sobre drogas (PNAD) no que tange à redução da demanda e da oferta de drogas.

A PNAD trata como um ideal uma sociedade livre do uso de substâncias e para isto faz algumas recomendações como a prevenção ao uso com a conscientização dos usuários quanto aos danos, orientações a família e entidades de formas de prevenção, reconhecer a redução de danos como uma forma de prevenção e não incentivo ao uso, interlocução educação, saúde e segurança pública para criação de estratégias de combate ao uso, reconhecer os direitos dos usuários de droga em receber tratamento, entre outros.

Em 2004 foi homologada a portaria 2.197 que redefine e amplia a atenção integral ao usuário de álcool e drogas para que as ações aconteçam de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, e

ressalta o tratamento na rede de atenção básica, nos CAPS ad e serviços ambulatoriais, hospitais de referência e rede de suporte social.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) trata o uso de drogas como prejuízo a qualidade de vida da pessoa e da comunidade, ressalta a necessidade de medidas preventivas ao uso e a proibição quanto ao uso, plantio, cultivo, colheita de drogas ou extratos, excetos para fins medicinais ou científicos autorizados pela justiça. Prevê medidas punitivas e a criminalização das drogas. Foi homologada em 2006 pela lei 11.343.

Prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. (BRASIL, 2006)

Embora a lei relate o cuidado quanto a estigmatização do usuário e a importância da reinserção social, é importante salientar que a criminalização pode gerar um efeito contrário de aumento do estigma, em concepções precipitadas principalmente com a classe mais pobre que está mais vulnerável a um cenário de violência, evidenciando ainda dificuldade no acesso ao tratamento, e uma barreira quanto ao cuidado em saúde e a repressão.

A adjetivação “droga da morte” parece estar a favor da redução do impacto do assassinato do usuário, já que por si mesmo ele estaria buscando a morte. Se a vida destes jovens usuários de drogas vale tão pouco, o que vale a vida das vítimas dos que dentre eles se envolvem com práticas ilegais? Ou a vida do policial que executa essa política repressiva? A situação dos policiais é agravada pelo fato de, comumente, habitarem estas mesmas áreas onde atuam em nome do combate ao tráfico e em decorrência disto, tem sido comum o assassinato destes profissionais mesmo quando fora de serviço. Trata-se, portanto, de uma guerra onde todos perdem: os traficantes, os usuários de drogas, os policiais, os familiares, a sociedade como um todo. Se esta guerra interessa a alguém, com certeza esse alguém não se encontra no “front”. Estas reflexões nos fazem pensar sobre o que estamos construindo com a repressão ao tráfico de drogas nos moldes que tem sido feito. Um monstro social? (ANDRADE, 2011, p. 4672).

Em 2010 foi instituído o CAPS ad III - 24 horas através da portaria 2.841 devido à necessidade de uma maior atenção e acolhimento mais intensivo aos usuários. O CAPS ad atende tanto usuários adultos quanto crianças e adolescentes.

Considerando o cenário epidemiológico recente, que mostra a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (na forma de cloridrato e de pasta-base, crack, merla) e inalantes, que se associa ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2010).

Dentro da lógica do território e da formação de rede de saúde, em 2011 foi homologada a portaria 2.488 que trata da Atenção Básica. Os serviços de Atenção Básica se fazem de extrema importância para compreender e atuar junto ao território, acompanhando os usuários no seu cotidiano, na sua comunidade e mapear as dificuldades do território. A interlocução entre da Atenção Básica com a Saúde Mental são necessários no acompanhamento dos casos e para se pensar estratégias de tratamento, prestando assim uma atenção integral ao usuário.

A baixa cobertura da ESF é também um problema para os CAPSad, uma vez que compromete a essência da função para a qual estes Centros foram concebidos, ou seja, prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações e ser o coordenador e articulador das ações de saúde mental na atenção ao uso de álcool e outras drogas em um determinado território (ANDRADE, 2011, p.4668).

As equipes de Atenção Básica são compostas pela equipe técnica básica, ressaltando a ação dos agentes comunitários de saúde que conhecem o território, acompanham as famílias, iniciam o vínculo dos usuários com o serviço e realizam a promoção em saúde.

Essas equipes são acompanhadas pelos Núcleos de Atenção a Saúde da Família (NASF) que é composto por profissionais especializados que realizam o acompanhamento compartilhado dos casos mais complexos e fazem o matriciamento das equipes de Atenção Básica.

Dentro da Atenção Básica também são previstas as equipes de Consultório na Rua também respaldadas pela portaria 122 de 25 de janeiro de 2011, que de acordo com o princípio de equidade, atendem com mais especificidade a população em situação de rua. Esta equipe conta com uma gama maior de profissionais e atuam de forma itinerante podendo usar como base um serviço de Atenção Básica.

As equipes deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2011).

Para que este trabalho se torne eficaz é importante à capacitação de profissionais para atenção a população usuária de álcool e drogas e que as equipes compreendam que a pessoa em situação de rua também pertence aquele território independente de ter ou não uma moradia fixa, como afirma Andrade (2011) “Em linhas gerais, as condições de vida das pessoas socialmente excluídas, entre elas aquelas que usam drogas, são pouco conhecidas pelos profissionais de saúde.” A quebra dos estigmas, o matriciamento tanto pelas equipes do NASF quanto pelos serviços de Saúde Mental são concepções que visam à garantia de acesso ao atendimento em saúde de todos.

Durante a supervisão foram detectadas as seguintes dificuldades: 1. falta do conhecimento necessário à abordagem da população alvo pelas equipes 2. dificuldades jurídicas e administrativas para a contratação de redutores de danos, comprometendo as atividades de campo, 3. falta de repasses dos recursos recebidos do MS ao projeto por alguns gestores municipais; 4. Falta do veículo necessário às ações de campo, fundamental para o deslocamento da equipe e para a condução dos usuários com necessidade de encaminhamento a outros serviços de saúde e 5. falta de materiais para o trabalho de campo (ANDRADE, 2011, p. 4669).

Estes serviços articulados, com ações efetivas e agindo como parceiros na construção do cuidado é o que recomenda a portaria 3.088 que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011), que tem como diretrizes:

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

E em casos de acolhimento residencial transitório para cuidado em casos de vulnerabilidade familiar ou social e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo é recomendado como um dos pontos da rede psicossocial segundo a portaria 121 de 25 de janeiro de 2012, Unidades de Acolhimento que funcionam 24 horas se dividem em acolhimento de adultos e acolhimento infanto-juvenil. Essas unidades devem garantir moradia, educação e convivência familiar e social e respeitar os preceitos do ECA.

Durante minha permanência no CAPS ad III, tive contato com alguns jovens que se encontravam abrigados pela “Casa VIVA”, que consiste em um serviço criado através de um convênio entre a prefeitura do município do Rio de Janeiro (através da Assistência Social) e uma Organização Social (OS) que oferece abrigo para crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas em situação de vulnerabilidade social.

O projeto Casa Viva é especializado no acolhimento de jovens que fazem uso abusivo de drogas, principalmente de crack. Criado em 2008 pela prefeitura do Rio de Janeiro, o “Casa Viva” passou por um processo de ampliação, agregando os setores de saúde, educação e desenvolvimento social.

Em cada casa moram até 20 crianças e adolescentes, que dispõem de sala de informática, biblioteca, salas multiuso com jogos e brinquedos e área de convivência. A ideia é que as unidades promovam a ressignificação das vidas desses meninos e meninas e ajudem na sua gradual reinserção familiar e comunitária. (<http://vivario.org.br/drogas/projeto-casa-viva/> acessado em 01/11/2014)

Analisando as políticas e legislações vigentes, percebe-se que este serviço não se encaixa em nenhum dos serviços referidos pelo ECA, nem da Saúde e nem da Assistência, pois não tem como critério de entrada o que é resguardado pelo ECA que é o abrigo pela vulnerabilidade familiar e social de caráter protetivo. No caso desta instituição, o abrigo ocorre pelo viés do uso de drogas que é uma competência da Saúde, e que, porém estes não realizam este tipo de atendimento, encaminhando seus internos para serviços da rede de saúde, segregando estas crianças e adolescentes pelo uso da droga e não pelo acolhimento devido os seus riscos sociais.

5 DISCUSSÃO

A partir da problematização das legislações que garantem este cuidado e da experiência prática da autora trilhou-se um caminho para a construção de uma prática nesta clínica que se apresenta a partir dos atravessamentos e possibilidades de intervenção com o olhar da Terapia Ocupacional. Optou-se por trazer na discussão deste trabalho, os desdobramentos divididos nos seguintes tópicos: 1- Entre contextos e subjetivos: especificidades de uma clínica; 2- Ações e serviços: desdobramentos do cuidado em saúde; 3- A reflexão e a prática como construção de caminhos nos processos terapêuticos ocupacionais.

Neste momento do trabalho, busca-se discutir a literatura encontrada relacionando-a e refletindo sobre a mesma, a partir das vivências práticas a fim de se atingir os objetivos propostos por este estudo.

5.1 ENTRE CONTEXTOS E SUBJETIVIDADES: ESPECIFICIDADES DE UMA CLÍNICA

Quando se fala em infância e adolescência considera-se um período de maturação biológica que recebe influências do meio socialmente construído e que possibilita aos indivíduos, principalmente ao jovem, a construção de sua identidade.

A compreensão dos aspectos biológicos, sociais e culturais constituintes do processo de formação dos indivíduos é necessária para entender o seu mecanismo de funcionamento no mundo e suas ações individuais e coletivas.

As experiências e reflexões acerca das ações que se somam no decorrer da vida formam a práxis de cada indivíduo. A compreensão, análise e a problematização desta práxis possibilita que o terapeuta ocupacional construa junto com o cliente novas perspectivas ou mecanismos de ações.

O envolvimento do cliente na ocupação se desenvolve nos seus ambientes físico e social, e reflete sua interdependência com esses ambientes. O contexto cultural frequentemente influencia o modo como as ocupações são escolhidas, organizadas ou priorizadas. (CARLETO, 2008, p. 83)

O entendimento acerca da singularidade desta população fornece mecanismos para formulação de estratégias políticas e assistenciais efetivas e que

promovam de forma integral os direitos garantidos pelo ECA. É necessário entender que este cuidado não é responsabilidade apenas da família, mas deve ser compartilhado com toda a sociedade e o Estado.

Para que estes direitos sejam assegurados é necessário que haja um interesse e investimento na articulação dos profissionais e serviços de diferentes setores como Educação, Saúde e Assistência Social e a ação efetiva do Estado na garantia de direitos básicos de todo cidadão como alimentação, emprego e moradia digna, para que as famílias possam oferecer apoio as suas crianças e adolescentes.

Durante a infância o desenvolvimento típico pleno ocorre através dos componentes cognitivos, biológicos, sociais, culturais, com o apoio da família, e pela habilidade inerente da criança sobre o brincar. É através dele que este desenvolvimento se torna possível, onde a aquisição de novas experiências e aprendizados se possibilita. É importante nesta fase, que a criança seja estimulada ao brincar e sejam oferecidas condições para que este brincar ocorra de forma saudável.

No contexto da adolescência, é importante ressaltar a identificação dos jovens através dos grupos, que é uma organização em que ele encontra apoio dos amigos, estabelece relações de trocas de experiências, identificação de gostos, vontades e estrutura redes de apoio extrafamiliar.

Durante minhas experiências, ouvi relatos recorrentes de que a experimentação do álcool ou drogas ocorreram durante esses períodos por hábitos familiares, festas ou por identificação em um grupo de amigos que utilizavam, isso independente de classes sociais.

Crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, violência ou que estão inseridos em cenários onde o uso de substâncias psicoativas são mais presentes precisam de um olhar mais atento, pois se tornam mais suscetíveis ao início do uso destas substâncias.

A família e os serviços de Atenção Básica em saúde desempenham um papel importante para perceber se a criança ou o jovem estão fazendo o uso de substâncias psicoativas e construir uma rede de cuidado para acolhê-los.

É importante salientar a diferença entre o uso e o abuso de álcool ou drogas. Pois muitas vezes esses jovens podem ter o contato como uma forma de curiosidade, podem fazer usos esporádicos em festas ou outras situações com

grupos, ou estabelecer uma relação de dependência com o uso abusivo destas substâncias afetam assim de forma prejudicial suas atividades cotidianas.

Na realidade da rua, o uso que se estabelece com a droga pode exercer diferentes funções e ter diferentes significados para os indivíduos. Em muitos casos estas crianças ou jovens vem de famílias com uma importante desorganização no seu funcionamento, com pouca estrutura seja afetiva, seja financeira, em muitos casos são vítimas de diversos tipos de violências.

Duas questões a respeito da família: a primeira é como instituição ela não para de mudar, existem muitas formas de família. A segunda é que assim como um grupo familiar é um grupo com potencialidades de cuidado, tolerância, solidariedade e cooperação, também na família é que habita, como Freud ensinou, o sinistro. (LANCETTI, 2006. p. 111)

Assim sendo, não cabe ao profissional “julgar” a família e sua organização, mas sim tentar compreender todos os fatores culturais e sociais envolvidos na sua dinâmica e assim, pensar junto com os membros que a compõe estratégias de cuidado com a criança ou adolescente e a possibilidade de diminuição das suas vulnerabilidades.

5.2 AÇÕES E SERVIÇOS: DESDOBRAMENTOS DO CUIDADO EM SAÚDE

Ao se pensar na rua, entende-se como um lugar público, de passagem, onde não se tem regras ou normas pré-estabelecidas. Porém a realidade da rua nos traz uma complexidade muito além das estruturas físicas, pois nestes espaços se inserem também formas de existências de sujeitos que fazem uso da rua como um espaço social transitório ou permanente de trocas, de moradia, de lazer ou de trabalho.

A universalização da saúde apresenta o desafio de intervir na realidade tal como ela está constituída. Hoje a população de rua é parte do cenário urbano, requerendo intervenções que levem em conta como ela se constituiu e as formas de sobrevivências ali desenvolvidas (VARANDA, 2004 p.68).

Acompanhei alguns relatos de usuários dos serviços sobre circulação no espaço da rua, cuidado com os pertences, em relação a roubos em determinadas regiões ou mesmo uma relação de hierarquia, que evidenciam algumas “regras da rua”, que não se constituem como contratos formais como as leis, mas que

demonstram uma forma de organização deste espaço pelos próprios indivíduos de nele se inserem.

Estas regras são uma forma de ordem, e muitas vezes se apresentavam de maneira violentas e de confronto. No caso deste CAPS, que tem uma grande demanda de usuários em situação de rua e está localizado em um território físico cercado de grandes comunidades (“favelas”) com histórico de violência e desassistência do Estado, o reflexo dessa organização aparecia dentro do serviço, podendo causar alguns atravessamentos na equipe como a dificuldade de organização e manutenção do espaço físico e do ambiente de convivência dos usuários, as formas de relações que se estabeleciam entre os usuários e a equipe, brigas entre os usuários, a estruturação da rotina da unidade.

Isto demonstra a necessidade de se pensar o território no qual este serviço se insere e observar a realidade desta população para tentar compreender seus modos de pertencimento destes espaços.

Estes usuários constroem redes de ancoragem (algumas vezes tênues, mas que existem), com seus “irmãos/irmãs” de rua, pessoas de sua referência no território, comerciantes, alguns familiares, que de certa forma, dão um suporte para estas pessoas.

Estes espaços se configuram dentro de um campo de estrutura física e de relação existencial de afetações e vínculos de cada sujeito com o território e os modos como estes circulam nestes ambientes vão depender da relação que se estabeleceu tanto do coletivo quanto no individual com este território.

“O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária” (BRASIL, 2005 pag. 26).

As políticas e os serviços de saúde que pensam esta relação dos sujeitos com o território, já trazem em seu escopo a necessidade de articulação entre setores para que haja uma real intervenção de mudança no cenário da população.

Dentro do Consultório na Rua, pude observar a dificuldade de articulação intersetorial neste processo de trabalho por questões muitas vezes burocráticas, operacionais ou políticas que revelam a dificuldade de relação entre setores e divergências nas direções de trabalho. A incongruência no direcionamento das ações intersetoriais prejudica a qualidade dos serviços e dificulta o atendimento a população.

A população em situação de rua está altamente em situação de vulnerabilidade social e sofre cotidianamente violências direta ou indiretamente, assumindo muitas vezes, um papel de passividade, um fatalismo e alegando ser refém do álcool ou da droga.

As crianças e adolescentes em situação de rua muitas vezes têm históricos de vínculos frágeis, de rompimentos, e abandono tanto por parte da família quanto pelo Estado. Esta fragilidade nas relações pode levá-las a ter um comportamento arredo e difícil convívio. Pela violência constante, que se torna parte da vida destas crianças e pelos modos de existência na rua, estas crianças também podem apresentar um comportamento agressivo até mesmo como um mecanismo de defesa e de sobrevivência a essa realidade.

Trata-se de pessoas marcadas pela falta de vínculos institucionais, a qual na maioria das vezes se origina já nos momentos iniciais de sua existência no convívio com as famílias parentais desestruturadas, ratificada na relação com escolas que também não estão preparadas para lhes acolher, ao que se soma o envolvimento com práticas socialmente discriminadas e/ou ilegais, condições estas que desfavorecem o encontro entre estes usuários e os serviços de saúde. (ANDRADE, 2011, p.4668)

O estigma carregado historicamente, faz dessas crianças e adolescentes serem olhadas com desconfiança e associadas a criminalidade. A relação frágil entre a legalidade e ilegalidade, já é associada ao uso drogas, que ainda não é visto como um problema de saúde, mas como uma questão de segurança pública.

Este estigma até mesmo por parte dos profissionais de saúde, dificuldade ou até mesmo impede o acesso desta população aos serviços de saúde que devem ser universais, integrais e equânimes, mas criam barreiras simples como o não atendimento em um serviço pela falta de documentação ou pela aparência “suja” ou “fedida”.

Por ser uma equipe de Saúde da Família, a equipe do Consultório na Rua tinha como polo a Unidade Básica de Saúde, e era comum que os usuários ao chegar ao serviço de saúde, fossem unicamente atendidos ou acompanhados pela equipe multiprofissional do Consultório na Rua, enquanto que por outras equipes ou serviços, nem chegavam a receber atendimento.

Dentro do campo da saúde, ainda se revelam dificuldades de compreensão por parte dos profissionais da responsabilidade quanto o atendimento em saúde. Vivenciei situações em que um paciente, por ser acompanhado pela Saúde Mental

era negligenciado por serviços de atendimento clínico, se desresponsabilizando pelo quadro do paciente. Em casos de o paciente estar impregnado por excesso de drogas ou álcool, e tivesse sofrido algum acidente ou necessitasse de atenção clínica, era direcionado a uma unidade psiquiátrica, mesmo não tendo indicação no momento.

Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ainda geram um grande questionamento nas equipes. A legislação visa pela redução dos leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos e a ampliação destes leitos em hospitais gerais. Porém, ainda há uma grande escassez de serviços e recusa das unidades em realizar este tipo de atendimento.

No atendimento por parte da Saúde Mental à crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas, não fica claro na legislação a quem cabe responsabilidade deste cuidado. Para que ele ocorra no CAPS i é necessário que a equipe esteja preparada para atuar com a demanda de álcool e drogas, e em um CAPS ad é necessário que a equipe crie estratégias para atender as especificidades desta clientela sempre se atentando as recomendações estabelecidas pelo ECA e para que haja uma real adesão ao tratamento.

As ações territoriais com os jovens tanto para prevenção ao uso de drogas, como para a promoção em saúde da população em geral se fazem de extrema importância na integração e no cuidado da população pelos serviços de saúde e na problematização da realidade daquele território para construir ações efetivas no cuidado.

5.3 A REFLEXÃO E A PRÁTICA COMO CONSTRUÇÃO DE CAMINHOS NOS PROCESSOS TERAPÊUTICOS OCUPACIONAIS

Por apresentar-se como profissão holística com um olhar integral ao indivíduo, que visa apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento nas ocupações, a Terapia Ocupacional tem um grande potencial de mudança na vida dos sujeitos, considerando seus contextos físicos e sociais, seus papéis ocupacionais, suas habilidades de desempenho e os atravessamentos que se colocam de forma a limitar a participação ativa dos sujeitos em sua própria vida.

“Os processos terapêuticos ocupacionais buscam situar as práticas da terapia ocupacional no enfoque da complexidade, afirmando-as como um lugar de vida,

abertas ao potencial inerente da vida em cada pessoa e às forças de criação” (CASTRO, 2011, p.32).

O estudo acerca das ações e atividades humanas potencializa este profissional a compreender a realidade dos indivíduos para construir, junto com eles, alternativas de participação no mundo. O processo terapêutico deve ser uma troca, entre os saberes do sujeito e os saberes do terapeuta.

De forma ampla, o terapeuta ocupacional precisará dispor de recursos teóricos-conceituais para trabalhar na relação terapeuta-paciente desfazendo obstáculos e estabelecendo condições para integrações singulares e as mudanças necessárias, facilitando aos pacientes a ampliação da consciência de si, sua capacidade de simbolizar e de pensar as experiências de vida, permitindo-lhes entrar em contato com suas necessidades reprimidas e aprender a atendê-las ou maneja-las com a ajuda do terapeuta (CASTRO, 2011, p. 32).

O vínculo terapêutico se estabelece a partir dos encontros, da escuta qualificada e do acolhimento que o terapeuta oferece as demandas do sujeito.

Nosso olhar busca compreender como um determinado indivíduo, num determinado contexto, num determinado momento, pode identificar ou criar possibilidades para satisfazer suas necessidades, superar seus limites e descobrir potencialidades. Neste processo, o terapeuta ocupacional deve oferecer e descobrir instrumentos e estratégias para a construção de um novo caminho que se constrói enquanto se caminha, ao invés de se prender a programas preestabelecidos. (COSTA, 2011, p. 153)

Na sua intervenção, o terapeuta ocupacional deve estar atento a realidade dos sujeitos, buscar compreender seu modo de existir no mundo, seu cotidiano, suas afetações e sua história de vida. No trabalho com a população usuária de álcool e drogas em situação de rua, um dos caminhos que pode ser percorrido é através do reconhecimento do território e do trabalho no contexto da rua.

Em minha experiência no Consultório na Rua percebi que este trabalho pode ser modo de entrada do sujeito na rede de saúde. Pela falta de acesso que se constitui a esta população, este tipo de serviço é potente para abrir caminho de aproximação com esses sujeitos e criar estratégias para oferecer saúde a pessoas que muitas vezes colocam suas vidas em risco.

O cotidiano de quem vive na rua ou em periferias se configura de uma maneira diferente ao que sociedade em geral está habituada e isso se faz importante no processo de cuidado e acesso desta população aos serviços de

saúde. Muitas vezes, os usuários dormem durante o dia por segurança ou cansaço e no período da noite, faz suas “correrias” que são trabalhos ou formas de conseguir dinheiro, o consumo da droga, entre outras atividades.

Atualmente, as práticas com usuários de álcool e drogas vão de encontro com a Política de Redução de Danos, que prevê a distribuição de insumos como preservativos e objetos de higiene bucal, para amenizar os danos que sucedem do uso nocivo da droga e do ambiente em se insere ou a redução progressiva do consumo da droga.

Muitos usuários quando buscam um serviço de Saúde, vão pela demanda de questões ligados ao corpo. E a redução de danos é um modo de atuar com essas demandas de usuários que se colocam em extremo risco, aproximar-los dos serviços e dar uma outra perspectiva de tratamento que não seja pelo viés da abstinência.

Conforme nos afirma Lancetti (2006, p. 67): “[...] A proposta da abstinência é uma proposta que valoriza a possibilidade eminente de fracasso e a redução de danos valoriza a possibilidade de vitória”.

É preciso se colocar do lugar do não saber, da curiosidade, para conhecer essa realidade diferente, e construir novos direcionamentos possíveis não a partir do sujeito, mas sim com o sujeito, refletindo sobre sua realidade e suas ações.

[...] pois somente refletindo sobre essas ações podemos dar validade a elas, nos reconhecer nelas e, então, agirmos nos reconhecendo como 'sujeito da história', assumindo-nos como autores e não reféns da história no mundo (BRASIL, 2007, pág. 34).

A necessidade de entender o processo de construções sociais, das questões subjetivas da infância e adolescência, e os modos de existência possibilitam ao terapeuta ocupacional um encontro e um diálogo que possibilite a desconstrução de ideias pré-estabelecidas e construção com o indivíduo ou o grupo de ações ou atividades que signifiquem seu contexto de vida.

Construção é diferente de interpretação, por exemplo. A construção é um arranjo dos elementos do discurso visando a uma conduta; a interpretação é pontual visando a um sentido. Eis uma primeira diferença. A finalidade da construção deve ser justamente a de partilhar determinados elementos de cada caso em um trabalho conjunto, o que não seria impossível na via da interpretação. Assim, a construção pode ser um método clínico de maior alcance. (FIGUEIREIDO, 2004, p.78)

O processo terapêutico deve favorecer e ser um facilitador dessa ação coletiva e dialogada, permitindo problematizar a realidade, refletindo acerca dela, não sendo fatalista e se referindo como refém do álcool e da droga, mas assumindo um papel de escolha, autonomia, para construir novas perspectivas com o protagonismo do sujeito em sua própria vida.

Quanto a atividade humana, objeto de estudo da terapia ocupacional, se a entendermos como a objetivação do homem em seu meio, resultante, portando, de todos os aspectos que compõem a história deste mesmo homem, podemos concluir que essa atividade é naturalmente complexa. (COSTA, 2011, p. 153)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas estudadas neste trabalho demonstram que atualmente existe uma preocupação e um olhar mais atento a estas crianças e adolescentes que sofrem diariamente intensos processos de violência.

Os contextos em que se colocam tanto o consumo da droga, quanto a realidade da rua, apresentam-se como sinalizadores da organização do Estado e da sociedade em geral, que marginalizam as populações inseridas nestes cenários e tendem a retirar sua potência de construção e mudança de vida, demonstrando que é necessário para os profissionais compreenderem esta realidade para poder atuar sobre ela.

O olhar exacerbado sobre uso da droga como uma prática criminosa é uma barreira de acesso ao cuidado, pois muitas vezes afasta os usuários dos serviços públicos e aumenta a vulnerabilidade e exposição à violência destas populações.

Percebe-se ainda, pelas experiências práticas, que muitas vezes os serviços e profissionais ainda não estão preparados para receber esta população e que é necessária uma maior articulação e integração entre os setores, os profissionais e até mesmo as políticas para uma intervenção efetiva de mudança na realidade dessas crianças e adolescentes, já que na lei não se especifica a que serviços de saúde pertencem este cuidado, mas afirma que este deve ser compartilhado.

Os profissionais devem estar sempre atentos para não entrarem nas rotinas dos serviços e não absorverem as ideias do senso comum, devendo se tornar um problematizador destas realidades para permitir que transformações possam ocorrer a partir da vontade dos sujeitos.

As políticas existem e estão colocadas para todos, porém é necessário desconstruir o olhar estigmatizante que reverbera sobre estas crianças e adolescentes há anos, e construir na prática, ações efetivas para este processo de cuidado.

No campo da Terapia Ocupacional, ainda pouco se discute sobre o papel deste profissional nessas intermediações e como essas ações podem ser realizadas; porém, a prática da Terapia Ocupacional em si, já vai de encontro ao que está colocado nas legislações. Por isso, é necessário se ampliar os estudos e reflexões e continuar a buscar caminhos que signifiquem estes cotidianos e que transformem estas realidades.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. M. (2011) **Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva. V. 16, n. 12, p. 4665-4674.

BRASIL (2005) **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, novembro.

_____. (2006) MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE. **Violência faz mal a saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 1.^a edição, 2.^a reimpressão, Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF.

_____. decreto nº 17.943-a, de 12 de outubro de 1927. **Consolida as leis de assistência e proteção a menores**. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

_____. (2003) MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** Série B Textos Básicos de Saúde Brasília – DF.

_____. (2003) Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas.

_____. (2005) **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Ministério da Saúde. OPAS. Brasília.

_____. (2007) MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.** Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

_____. Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000. **Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências.** Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

_____. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.** Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

_____. Lei n. 10.216, de 06 de abril 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

_____. Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

_____. Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

_____. Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

_____. Portaria n. 2.197, 14 de outubro de 2004. **Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

_____. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

_____. Portaria n. 2.841, de 20 de setembro de 2010. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III.** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

_____. Portaria n. 3.088, 23 de dezembro 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

_____. Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria.** Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

CARLETO, D. G. S., (2010) et al. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo** –2º edição. Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba –MG, v.3. n.2, p. 57-147, jul/dez.

CASTRO. E. D. et al (2011) **Relação Terapeuta-Paciente** in CAVALCANTE, A. GALVÃO, C. (Org) Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática Guanabara Koogan [reimpressão] Rio de Janeiro, p. 28-34.

COSTA T. C., FERIOTTI M. L. (2011) **Terapia Ocupacional numa abordagem Sistêmica e Complexa: Tecendo e Costurando um Movimento em Busca da Fundamental Ação da Terapia Ocupacional** in CAVALCANTE, A. GALVÃO, C. (Org) Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática Guanabara Koogan [reimpressão] Rio de Janeiro, p.146-155.

EDUARDO, L. P. E. ; EGRY, E. Y. (2010) **Estatuto da Criança e do Adolescente: A visão dos trabalhadores sobre a prática.** Revista da escola de enfermagem da USP.

EL-KHATIB, U.; BRAGATTO S. C. O. (2000) **O estatuto da criança e do adolescente: perspectivas da intervenção em Terapia Ocupacional com a criança e o adolescente “em situação de risco pessoal e social”.** Cad. Ter. Ocup.. UFSCAR V.8, N.1.

FIGUEIREIDO, A. C. (2004) **A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental,** Rev. Latino am. Psicopat. Fund., VII, 1, 75-86.

FREIRE, P. (2014) **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 49º ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra.

LANCETII, A. (2007) **Clínica Peripatética.** 2 ed. Editora HUCITEC. São Paulo.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. (2009) **O campo de atenção à saúde de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool: apontamentos para a formulação de práticas de cuidado**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 43-48.

MORELLI, A., J., SILVESTRE, E., GOMES, T., M. (2000) **Desenho da política dos direitos da criança e do adolescente**. Psicologia em estudo, v. 5, n.1, p. 65-84.

RIBEIRO, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A.; BARROS, S. (2003) **O papel das drogas na vida da criança em situação de rua**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 79-84.

VARANDA, W. ; ADORNO, R. C. F. (2004) **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde**. Saúde e Sociedade. Jan-abr. V. 13, n.1, p. 56 - 69.

<<http://vivario.org.br/drogas/projeto-casa-viva/>> ACESSADO EM 01/11/2014.