

MARIA RAQUEL ALVES DA SILVA

**REFÉNS DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E DAS RUAS? UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA SOBRE A REALIDADE DAS PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS
EM SITUAÇÃO DE RUA E SEUS DIREITOS.**

JUAZEIRO DO NORTE

2019

MARIA RAQUEL ALVES DA SILVA

**REFÉNS DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E DAS RUAS? UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA SOBRE A REALIDADE DAS PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS
EM SITUAÇÃO DE RUA E SEUS DIREITOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Serviço Social pelo Centro
Universitário Doutor Leão Sampaio.

Orientadora: Prof.^a: Esp. Maridiana Figueiredo
Dantas.

JUAZEIRO DO NORTE

2019

**REFÉNS DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E DAS RUAS? UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA SOBRE A REALIDADE DAS PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS
EM SITUAÇÃO DE RUA E SEUS DIREITOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Serviço Social pelo Centro
Universitário Doutor Leão Sampaio.

Orientadora: Prof.^a: Esp. Maridiana Figueiredo
Dantas.

Aprovado ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a Esp. Maridiana Figueiredo Dantas.

Orientadora

Prof. Mestre Maria Clara de Oliveira Figueiredo

Examinador 1

Prof. Esp. Jucycler Ferreira Freitas

Examinador 2

JUAZEIRO DO NORTE

2019

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ter estado comigo em todos esses momentos, a minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradecer primeiramente a Deus pela oportunidade de concluir uma graduação a qual me submeteu diversas lutas e obstáculos, mas que, com muita perseverança e fé consegui chegar até este momento bastante significativo em minha vida acadêmica. Aproveito esse ensejo para agradecer também a minha família que me proporcionou um suporte fundamental durante toda essa trajetória. De modo especial, quero registrar a minha eterna gratidão a minha tia Socorro Andrade, quem além de tia é irmã, amiga e mãe meu exemplo de força e determinação, onde muito contribuiu para o alcance do meu sonho e acreditou que eu fosse capaz de concretizá-lo, também aos meus irmãos Renata e Ricardo que me ajudaram na compra de passe de ônibus para que eu pudesse fazer essa minha faculdade. Agradeço ainda a minha tia Graça que esteve presente em minha vida e que me tratou como filha e aos minhas primas que forma e são irmã em especial Michele e Yasmim. Amigos que se fizeram presente em cada momento no decorrer desses quatro anos, em especial a minha amiga Laize Bernardo Nunes que esteve comigo em todas as etapas dessa graduação e que nosso vínculo continue perpetuando, a minha amiga de estagio Lidiane que também foi de suma importância na minha formação. À universidade Leão Sampaio que abriu as portas para o meu ingresso nesse curso de Serviço Social através da bolsa do Prouni que para mim foi um divisor de águas.

A todos, o meu mais sincero agradecimento!

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos”.

Paulo Beleki

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso discorre sobre os reféns das substâncias psicoativas e de rua, dentro de uma revisão bibliográfica sobre a realidade das pessoas usuárias de drogas em situação de rua e seus direitos, tendo como objetivo específico inteirar-se sobre a realidade brasileira dos usuários de drogas que vivem em situação de rua, inferir sobre as políticas públicas de redução de danos para as pessoas usuárias de drogas e sintetizar como são garantidos os direitos das pessoas em situação de rua usuárias de drogas. A intenção de ser realizada a pesquisa nessa temática foi a partir do estágio supervisionado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas-CAPS AD, com as técnicas de observação com os usuários dentro da demanda de situação de rua surgindo um questionamento sobre os direitos e políticas públicas voltadas para os mesmos. Tratando-se de uma pesquisa de natureza descritiva, exploratória com abordagem qualitativa baseando-se em uma revisão bibliográfica e método dialético. Identificamos um leque de materiais de descrição do período histórico sobre a saúde mental, a reforma psiquiátrica, a população em situação de rua, o uso abusivo de drogas e a realidade brasileira entre os usuários de drogas que se encontram em situação de rua. Entretanto é de suma importância que seja feito mais estudos dando ênfase nos impactos sobre os usuários de drogas em situação de rua e seus direitos como garantias, presumindo afinal que na prática as políticas devem ser efetivadas com mais controle pelo Estado, porque por mais que existam políticas públicas as pessoas usuárias de drogas em situação de rua, ainda existem outras refrações que fazem elas serem estigmatizadas pela sociedade brasileira, e impossibilitando a sua procura as políticas públicas da saúde, por não se sentirem parte dessa conjuntura da sociedade e se sentirem excluídos.

Palavras-chave: População em Situação de Rua. Usuários de Drogas. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This work of course conclusion deals with the hostages of psychoactive substances and of street, within a bibliographical review on the reality of the people who use street drugs and their rights, having as specific objective to know the Brazilian reality of the street drug users, inferring about public policies of harm reduction for drug users, and synthesizing how the rights of street drug users are guaranteed. The intention to carry out the research in this subject was from the supervised stage at the Center for Psychosocial Care Alcohol and drugs-CAPS ad, with the techniques of observation with users within the demand of street situation arising a questioning about rights and policies public policies aimed at them. This is a descriptive, exploratory research with a qualitative approach based on a bibliographical review and dialectical method. We have identified a range of historical description materials on mental health, psychiatric reform, street population, drug abuse and Brazilian reality among street drug users. However, it is of great importance that more studies be done emphasizing the impacts on the users of street drugs and their rights as guarantees, presuming at last that in practice the policies must be carried out with more control by the State, because no matter how much they exist There are still other refractions that make them stigmatized by Brazilian society, and making it impossible for them to seek public health policies, because they do not feel part of this conjuncture of society and feel excluded.

Keywords: Street Population. Drug Users. Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Nacional
MNPR	Movimento Nacional da População De Rua
MTSM	Movimento Dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PRONAL	Programa Nacional de Controle dos Problemas relacionados com o consumo de álcool
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SNAN	Secretaria Nacional de Assistência Social
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL.....	11
1.1 A HISTORICIDADE DAS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA?.....	11
1.2 AS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA CONTEMPORANEIDADE E OS DIREITOS DOS SEUS USUÁRIOS.....	16
CAPÍTULO 2 – AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SEUS IMPACTOS NA VIDA DOS SUJEITOS REFÊNS DELAS.....	18
2.1 VISÕES SOBRE AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A REALIDADE BRASILEIRA DOS USUÁRIOS DE DROGAS.....	18
2.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ASPECTOS PARA SUA CONCEPÇÃO.....	24
2.3 DROGAS E SITUAÇÃO DE RUA: UMA CONEXÃO MARCADA PELO PRECONCEITO E ESTIGMA SOCIAL.....	28
CAPÍTULO 3 - MÉTODOS E CAMINHOS PECORRIDOS PARA UMA INVESTIGAÇÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE OS USUÁRIOS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA	36
3.1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	36
3.2. USUÁRIOS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA X SOCIEDADE BRASILEIRA: ABISMOS OU PONTES PARA A GARANTIA DE DIREITOS?.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	44

INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe uma análise sobre a realidade das pessoas usuárias de drogas e com isso foram feitos alguns questionamentos para o estudo, considerando a difusão de epidemias que por sua vez puseram a população brasileira em risco, algumas medidas foram adotadas pelo Estado, com o intuito de responder a essas ameaças, uma delas foi à medida para redução de danos, levando em conta a eventualidade que se propagava no país com o alto índice do uso de drogas.

Portanto, algumas ações foram ganhando forma, como a oferta de tratamento para dependência e doenças clínicas, vacinação, distribuição de material educativa e preservativa. Visto que essa problemática social é advinda de fragilidades na saúde pública. Em alusão a esse contexto abordado, o processo de Reforma Psiquiátrica que se originou no final dos anos 1970, devido à crise no modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, considerado também, uma conquista para uma obtenção de melhores condições de saúde da população usuária, que denunciou a prática da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, hegemonia de uma rede privada de assistência a pessoas com seus transtornos mentais.

Assim, novas perspectivas nesse campo de atuação foram desenvolvidas, como o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, que por meio dele novos trabalhos de intervenção foram desenvolvidos. Consoante a isso, elucidar a realidade brasileira que assola esses grupos populacionais que se encontram a margem da sociedade, totalmente desprotegidos de políticas públicas, buscam outras possibilidades de enfrentamento da vida.

Falar em usuários de drogas é ao mesmo tempo buscar justificativas para compreender a complexidade que está por trás dessa realidade fatídica, pressupõe um entendimento mais palpável sobre as questões que envolvem o sistema capitalista e assim perceber as particularidades do ser humano, no sentido de não apropriar-se de um julgamento preconceituoso e discriminatório para com as pessoas em situação de rua, que dentre esses usuários de SPA, destacamos que uma das refrações da questão social esta o morar na rua, e que é preciso ter mais acesso as políticas públicas para a sua garantia de direitos.

CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

1.1 A HISTORICIDADE DAS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Anterior a Constituição de 1988 a saúde pública tinha caráter seletivo e curativo, era provida apenas a quem contribuía com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) inserido no Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) estando ligada, portanto, a esfera do trabalho.

A luta em prol da redemocratização do país marcou o Brasil na década de 1980, com a crise do regime ditatorial brasileiro (1964-1985) que se estabeleceu no país uma efervescência popular e política, social e econômica, esses fatores fazem surgir na população uma grande insatisfação que atrelada a fortes reivindicações e organizações no debate nos rumos que o país deveria tomar, principalmente, no que se refere às políticas públicas, dessas movimentações deu origem a Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988 se apresenta, portanto, como materialização das reivindicações populares no marco da garantia dos direitos sociais, civis e políticos, consagra assim vários princípios de organização social, entre eles: equidade, participação social, igualdade, universalidade, responsabilidade estatal etc. Os direitos sociais são referidos no Art.6º entre a Previdência Social, Assistência e Saúde. Constituindo assim, a Seguridade Social especificada no título VII “DA ORDEM SOCIAL” no Art.194. Assim,

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos à saúde, a previdência e à assistência social. (art.194, caput)

Após a Constituição Federal de 1988, a Política da Saúde recebe um caráter universal e integral atendendo a toda a população, o resultado da Política da Saúde como tal, tem seu marco nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica iniciado na década de 1970 no país.

O movimento de Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial, são nomes generalizados, dado a uma ampla mobilização social que teve início no Brasil no final dos anos 70 e que vem requerendo a reformulação das políticas públicas de saúde mental de modo a:

Abandonar o modelo asilar- considerado invasivo e opressor, fundado sobre a discriminação e a segregação de pessoas retiradas de seus campos de convivência, privadas de liberdades-para substituí-lo por um conjunto de serviços abertos e comunitários que devem garantir à pessoa com transtorno mental o cuidado necessário para viver com segurança e liberdade, no convívio familiar e social tanto quanto possível. (MPF,2012)

A partir daí foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que buscou uma transição abrangedora da assistência psiquiátrica, onde seus indícios podem ser encontrados, seja nas denúncias do modelo oficial como na elaboração de alternativas inspiradas em proposta de desospitalização. O MTSM buscou constitui-se como:

“Um espaço de luta não institucional, em lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformações psiquiátricas, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classes, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade” (AMARANTE, 1995, P.58).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiu no bojo da Reforma Sanitária e que se organizou como um movimento social independente, tendo nos seus princípios “o desenho de um novo modelo de serviços que tem como premissa fundamental a cidadania do usuário do serviço” (BARROS, 1996. P.1),

De acordo com Bisneto (2007), a reforma pretende demonstrar que não é porque as pessoas são consideradas loucas que elas não possam assumir diversos papéis na sociedade, pois a doença não resulta apenas de uma contradição entre homem e o meio natural, mas também entre o indivíduo e sociedade, ou seja, o peso da assumir unicamente o papel de “doente mental” em uma sociedade é estigmatizaste, assim ele deve ser reconhecido acima de tudo como indivíduo, sendo respeitadas as suas diferenças.

Nesta época, é de suma importância falar sobre o surgimento do 1º CAPS no Brasil, em São Paulo no ano de 1987, e também o início de uma sequência de intervenções como exemplos tem o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então deputado Paulo Delgado (PT/MG), que buscava a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, e com isso o fim dos manicômios no Brasil, ambos ocorridos em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

É por meio dessas intervenções com repercussão nacional, que atestou de forma inequívoca a necessidade da construção de uma rede de cuidados, pois bem, é precisamente nesse período que é criado o NAPS-núcleo de Atenção Psicossocial.

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica e em 2001 depois de anos tramitando no Congresso, e depois de algumas alterações é aprovada a Lei Federal 10.216 /2001 onde:

A Lei n. 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. (SANTANA, 2016, P.106).

Dessa lei origina-se a Política de Saúde Mental a qual basicamente, visa garantir o cuidado aos pacientes com transtornos mentais em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim, a lógica das internações de longa permanência, que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

Requer ênfase a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília no final do ano de 2001, pois é durante o processo de realização que são firmadas democraticamente os princípios, as diretrizes e as estratégias para a mudança do cuidado da saúde mental no Brasil, dessa forma a III Conferência fortalece a Reforma Psiquiátrica como política de governo e defende a implantação de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas.

Depois da Constituição Federal de 1988 o Ministério da Saúde acaba por formular um composto de propostas para o enfrentamento das questões relativas aos usuários de drogas, visando às áreas de tratamento e prevenção, como exemplos podem destacar a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que elaborou em 1987 o Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL), que tinha por objetivo:

Organizar a rede de serviços de atenção aos problemas associados ao consumo de álcool, com ênfase nos cuidados primários de saúde, onde o programa foi iniciado com a realização de cursos de treinamento de equipes técnicas e, por falta de recursos, foi interrompido logo em seguida. (BRASIL, 2002)

Anterior a XX Assembleia Geral das Nações Unidas, o Brasil não tinha uma política nacional sobre redução das demandas e ofertas de drogas, foram nessa assembleia discutidos os princípios diretivos para a redução de demandas das drogas e que as primeiras medidas foram tomadas, como podemos citar:

O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República. (BRASIL, 2005.p.61)

No momento em que falamos de Redução de Danos, um tema bastante polêmico sempre se encontra opiniões diferentes, podendo ela ser compreendida como uma prática que possibilita o direito de escolha e responsabilidade da pessoa diante de sua vida, tornando-o menos rígido os métodos para vislumbrar a universalidade da população usuária de drogas da qual a gestão da saúde pública está comprometida.

A Redução de Danos tem como objetivo geral evitar no máximo possível que as pessoas se envolvam com substâncias psicoativas, e quando isso não for possível ela procura oferecer os melhores meios para que possa rever a sua dependência, prevenindo para o uso menos prejudicial, quanto para a sua abstinência.

As estratégias de RD visam à minimização de riscos e danos associados ao uso de drogas, ainda que os usuários não pretendam ou não consigam interromper o consumo, em um dado marco temporal. (DIAS et al,2013, p. 148)

A Redução de Danos deve se dar como uma ação de território, para intervir na construção de redes de suporte social, tendo pretensão de criar mais movimentos possíveis na cidade, portanto, o lócus de ação deve ser tanto nos diferentes locais onde circulam os usuários de drogas, como equipamentos de saúde. Este é o compromisso do Ministério da Saúde:

Criar e manter equipamentos, qualificar seus profissionais, formular políticas de saúde em articulação com as outras áreas afins, executar e avaliar tais políticas, assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que faz adoecer e morrer. (MS, 2004. P.11)

A Redução de Danos teve maior proporção depois da constatação da ameaça da disseminação do HIV entre e a partir das pessoas que usam drogas, contudo medidas equivalentes vinham sendo usadas antes e em outros contextos.

A Redução de Danos (RD) foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (Mesquita, 1991).

A Redução de Danos apresenta-se como um método, no sentido de caminho, que esteja associado à direção do tratamento, que a este respeito, tratar significa crescer o grau de

liberdade, de seriedade, daquele que está zelando. Implica também por outro lado, a organização do vínculo profissional, que passa a serem autores pelos caminhos a serem seguidos para a vida desses usuários e pelas vidas que daqueles há eles ligados.

Admito que possam dizer que o Movimento Social de Redução de Danos (particularmente a Associação Brasileira de Redutores de Danos-ABORDA), tem ordenado sua performance no campo de debate da sociedade brasileira, particularmente na área da saúde, tendo a partir disso três núcleos avaliador:

A defesa dos direitos humanos das pessoas que usam drogas; a defesa da Redução de Danos como políticas públicas e como tecnologia de cuidado; a defesa da dignidade de redutoras e redutores de danos. (PETUCO, 2010, P.75)

A partir de quando foi criado o primeiro CAPS foram notórias muitas transformações, novas Políticas da Saúde e da Saúde Mental foram criadas no intuito de garantir mais qualidade de acesso para a população nos serviços de saúde.

No final de 2011, mais precisamente no dia 26 de dezembro, foi publicada a portaria 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS (BRASIL, 2011) tendo como público alvo pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, dentre os princípios do RAPS podemos destacar alguns:

- Promoção da equidade, isto é, da atenção aos que mais necessitam, reconhecendo os determinantes sociais da saúde,
- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações Inter setoriais para garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2011)

Contudo, é importante salientar que além do CAPS existem outros serviços que compõe o RAPS, podemos destacar os serviços residenciais terapêuticos, o Programa de Volta para Casa, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultório de Rua, Unidade de Acolhimento (UA) tanto a de adulto como a infanto-juvenil, Serviço de Atenção em Regime Residencial, Serviço Hospitalar de Referência, Urgência e Emergência (Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto-Socorro, SAMU) e Estratégia de Reabilitação Psicossocial, sendo que, eles estão distribuídos em conformidade à necessidade dos usuários e dentro da atuação do SUS.

1.2 AS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA CONTEMPORANEIDADE E OS DIREITOS DOS SEUS USUÁRIOS

A realidade vigente tem posto novas instigações na conduta, como certos temas têm sido corriqueiramente questionados, especialmente no âmbito da saúde. Isto se dá pela circunstância de que os instrumentos sobre os quais intervimos retratam-se complexos, reivindicando de nós o estímulo de evitarmos descomplexificar os fatos.

Nesse caso, o tema pelo qual está proposto é álcool e outras drogas, que nos mostra a indispensabilidade de uma conduta não exclusivamente desenvolvida, mas que devem aspirar diferentes competências e subsídios.

No Brasil a política para a demanda de drogas (licitas e ilícitas), é da alçada do Gabinete de Segurança Institucional, que integra e coordena as ações do governo nas questões relacionadas à prevenção do uso indevido de drogas que causam dependência física ou psíquica, como também e seu dever o tratamento, a recuperação e a reinserção social, por meio da Lei 10.683/03.

A Coordenação de Saúde Mental vem desenvolvendo diretrizes políticas de tratamentos e prevenção ao uso indevido de drogas por intermédio do Ministério da Saúde, em consenso com a Diretoria de Prevenção e Tratamento da Senad.

Um dos desígnios básicos da Política Nacional Antidrogas (PNAD) é a implantação de atividades, ações e programas de redução de demandas e redução de danos, levando em conta os determinantes da saúde, entendido como:

Renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoa; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde (SENAD, 2004, p.12)

Importante também destacarmos que estas condutas estão amparadas na Constituição Federal, como medidas preventivas, necessitando a sua inclusão entre os projetos a serem concretizados, sem danos a outras modalidades de ação e estratégias de redução de demandas.

Vale salientar que em alguns estados brasileiros já foram aprovados leis que regimentam medidas de redução de danos que engloba as políticas públicas de proteção e segurança à saúde, dentre esses estados podemos destacar:

Nos estado de São Paulo (Lei Estadual n° 9.758/97), Santa Catarina (Lei Estadual n° 11.063/98), Rio Grande do Sul (Lei Estadual n° 11.562/00) e Mato Grosso do Sul (Lei Estadual n° 2.404/01), essas leis estaduais são bastante relevantes, pois afastam essas ações do âmbito de proibição das normas criminalizadoras de comportamentos relacionados às drogas ilícitas e enfatizam a necessidade de uma abordagem de saúde pública. (KARAM, 2003)

O Brasil vem exercendo um importante papel dentre os países da América Latina por ter domínio e experiência no desenvolvimento das estratégias de Redução de Danos para os usuários de álcool e outras drogas, o nosso país tem ofertado estágios para profissionais de vários países latino-americanos, vem promovendo exposições no intuito de uma mudança das legislações locais e contribuindo para a obtenção de insumos e para a implantação de práticas de intervenções nesses países. Sendo de um modo geral:

Necessário incorporar as estratégias de RD no âmbito dos serviços regulares de assistência, com o objetivo de promover uma humanização desses serviços e a adaptação de sua operação a populações historicamente excluídas, com difícil acesso à rede de saúde. (CN-DST/AIDS, 2004).

Assim, dentre as estratégias da Redução de Danos podemos destacar de acordo ao Ministério da Saúde:

A distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatite B e C entre os usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos para os usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre a consequência negativa do uso de substâncias psicoativa, os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo e ampliação de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas entre outras. (MS, 2005, P.43)

Nela, os usuários de álcool e outras drogas passam a serem vistas como indivíduos de direitos, tendo a sua garantia de não exclusão assegurados em todas as esferas do Estado, pela sua situação de usuários de drogas, tendo o seu direito ao tratamento respeitando a sua dignidade e permitindo a sua reinserção social.

CAPÍTULO 2 – AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SEUS IMPACTOS NA VIDA DOS SUJEITOS REFÊNS DELAS

2.1 VISÕES SOBRE AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A REALIDADE BRASILEIRA DOS USUÁRIOS DE DROGAS

A questão do uso abusivo de substâncias psicoativas é um dos graves problemas na atualidade e tem reflexos importantes na saúde pública e mental, à vulnerabilidade psicossocial às quais estão submetidos os dependentes de drogas são questões recorrentes, o uso de substâncias psicoativo (SPA), mas conhecido como drogas que vêm desde os primórdios da humanidade, onde em cada sociedade ela era vista de maneiras distintas, desde como uso medicinal, terapêutico, recreativo, místicos ou ritualistas, tendo a mesma várias representações, logo se pode afirmar que:

“Drogas” não são somente compostos dotados de propriedades farmacológicas determinadas, que possa ser natural e definitivamente classificadas como boas ou más. Sua existência e seus usos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comercio guerra (SIMÕES, 2008, P.13)

Sendo assim e para termos um melhor entendimento da trajetória da política de Redução de Danos vamos entender o conceito de droga que etimologicamente vem do francês “drogue,” produto de farmácia (DICIO, 2009) e o significado são:

Toda substância usada com propósitos químicos, farmacêuticos, em tinturaria e etc., e popularmente como substância que causa alucinações (morfina, cocaína etc.) “e pode levar a dependência física ou psicológica; narcóticos, entorpecentes: tráfico de drogas”. (DICIO, 2009)

O uso de drogas vem desde os primórdios da humanidade vivenciada em diferentes sociedades e em diversos momentos da história, então por onde começaríamos? Pelas bebidas alcoólicas fermentadas? Pela maconha? Mas assim não iríamos longe demais? Bem sabendo disso: partiremos do pressuposto que as drogas eram utilizadas tanto pelas civilizações antigas

como pelos indígenas e estes utilizavam o ópio, a coca e a maconha para curar doenças, obter sucesso nas caçadas, atenuar a fome e tirar espíritos maus.

Essas plantas estavam ligadas a rituais religiosos, culturais, estratégicos militares entre outros (LESSA, 1998, SEIBEL; TOSCANO, 2001.). Nas civilizações antigas podemos citar as bebidas alcoólicas que se têm relatos em todas as civilizações e que é citada na Bíblia no livro do Genesis através de festas onde o consumo era notório; o ópio que surgiu na Mesopotâmia era considerado um símbolo mitológico e tinha um significado divino, com o uso os efeitos eram considerados dádiva divina, pois ajudavam aqueles que de algum mal padeciam (SIEBEL; TOSCANO, 2001, LESSA, 1998).

Porém, admissão da droga como mercadoria somente ocorreu durante a Revolução (1760-1830), quando a liberação e o assalariamento da força de trabalho para os novos cenários urbanos extraiu-se a cafeína do café, a cocaína da planta da coca, a morfina e a heroína da papoula.

Como Marx (1988, p, 42) postulou “[...] a mercadoria é, antes de mais nada, um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas, provenham do estomago ou da fantasia.

Sendo assim, é verificado que o século XIX foi à passagem temporal fundamental para a concepção de drogas criadas pelo trabalho humano, apesar de que para as drogas serem caracterizadas como mercadoria, teve-se a necessidade de reconhecer o seu valor de uso, compor o seu valor de troca, isso acarretou tornar-se parte delas objeto de proibição transnacional a partir do século XX.

Nas duas grandes guerras, fizeram-se presentes, sua comercialização que era fator estratégico, servindo ora para enfraquecer o inimigo, ora como amenizador da dor para os feridos, ora como revigorante de energia para os soldados (LESSA, 1998).

Com a modernidade e o advento da ciência começaram a surgir às drogas sintéticas, onde antes elas proviam da natureza, agora elas iam para o laboratório e se transformavam em sintéticas, exemplo dessas podem citar as anfetaminas que surgiram em 1837 e que foram consideradas como a nova maravilha do mundo, utilizadas nas grandes guerras pelos soldados como forma de aplacar a fadiga, o sono e a fome.

E que em 1860 foi sintetizada a primeira vez a cocaína por questões científicas para o tratamento de ansiedade e depressão, tornando-se moda e vale ressaltar que nos anos 50 foi à acessão do uso das drogas sintéticas com efeito tranquilizante como a benzodiazepínicos que ajudavam a aliviar as tensões do dia a dia permitido um sono mais tranquilo, e que ainda hoje é utilizado com calmantes na nossa sociedade.

Vale ressaltar que nos anos 60 o movimento hippie floresceu em uma proposta de revolucionar a juventude com uma ideologia liberatória através de roupas, músicas e drogas, com o intuito de um mundo alternativo fora do sistema social convencional. Os hippies utilizavam drogas psicodélicas e experiências místicas que proporcionavam efeitos prazerosos e alteravam o estado de consciência (LESSA1998).

Nos anos 70 o uso de solventes torna-se uma pratica utilizada no Brasil, e que foi possível à observação da mudança da faixa etária das pessoas usuárias de drogas, exemplo disso podemos citar que até os anos 50 era uma pratica de utilização dos adultos e que a partir dos anos 70 foi possível observar que se ampliou tanto para os adolescentes como para os idosos, sendo que: enquanto os jovens recorrem com maior frequência para as drogas ilícitas como a cola de sapateiro (solvente), a maconha e a cocaína, os idosos fazem uso das drogas lícitas como o tabaco, o álcool, a cafeína e os medicamentos. Vale também destacarmos que a droga licita são classificadas como:

Aqueles comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetido a algum tipo de restrição, como o álcool, cuja venda é proibida os menores de 18 anos, e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. (BRASIL, 2012)

E também têm as drogas ilícitas que são aquelas proibidas por lei, e que podemos também a partir dessa classificação dividi-las em três categorias como: drogas depressoras, drogas estimulantes e drogas perturbadoras.

Fazendo uma breve explanação desses três grupos de drogas começaremos pelas drogas depressoras, essas drogas apesar de terem diferentes propriedades químicas e físicas se igualam por causar diminuição da atividade global, como consequência há uma diminuição da atividade motora, da reatividade a dor e da ansiedade, como efeito inicial euforia e depois sonolência, podemos citar como exemplo: o álcool, benzodiazepínicos, solventes ou inalantes.

Já na categoria de drogas estimulantes podemos citar as: anfetaminas e a cocaína, que são drogas que aumentam a atividade de determinados sistemas neuronais, que tem como sinal de alerta: insônia e aceleração dos processos psíquicos.

Agora falando sobre as drogas perturbadoras é de grande importância que falemos que ela tem como principal efeito provocar alterações no funcionamento cerebral, que tem como resultado fenômenos psíquicos anormais, podendo ser citados alucinações e delírios também conhecidas como drogas alucinógenas entre elas podem citar: a maconha, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), ecstasy, anticolinérgicos.

É justo que a questão drogas é habitual entre quaisquer classes sociais, tendo sido inserida nas famílias brasileiras independentemente da sua condição social, mas que é de suma importância destacar que, a classe menos protegida é a que mais sofre com esse maior agravamento dessa problemática.

Para Dias (2012), o uso de álcool e outras drogas passam a ser um dos principais problemas de saúde pública no país, já que é assustador o seu crescimento em todas as camadas sociais.

Fica importante evidenciar que a mídia auxilia na grande quantidade de consumidores, como exemplo pode citar o consumo de álcool através de propagandas, incitando o uso dessas substâncias e associando a lugares paradisíacos e mulheres bonitas, mesmo que nos finais das propagandas eles levantem a bandeira da não consumação do álcool com a nota (beba com moderação), eles já tem associado à bebida ao prazer em demasia.

Não levando em consideração que o consumo de álcool é a segunda maior causa de acidentes e óbitos no trânsito, segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde -OMS- (JORNAL USP)

Segundo Crives (2003) graves consequências, principalmente para os jovens, como por exemplo, o rompimento com os vínculos afetivos e familiares, no trabalho, no trânsito, na saúde, diversos danos secundários ao consumo abusivo de substâncias psicoativas podem ser citados também: overdoses, envenenamentos, doenças cardiorrespiratórias, transtornos mentais e a violência decorrente da ação do uso dos produtos: brigas, homicídios, furtos e roubos, entre outros.

Precisamente por se dialogar como um problema social, é que a demanda se torna objeto de políticas públicas com o intuito de inibir, prevenir e diminuir suas causalidades, com isso fica explícito que o enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas, com base nas políticas recentes que foram recomendadas nacionalmente.

Lembrando que na contemporaneidade esse acontecimento possui uma alta dificuldade, já que a dependência química vem obtendo grande cautela, motivando tanto o sistema de saúde pública como a sociedade civil, lembrando o que Ribeiro afirma:

Que a dependência química é algo atual para ser discutido, já que somente na metade só século passado o significado de dependência química deixou de ser concebido como um desvio de caráter do dependente para ganhar enfoque de transtorno mental com características específicas. (RIBEIRO, 2004, p.54).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001) não basta somente identificar e tratar os sintomas, mas sim as consequências e as causas que levaram à mesma, pensando o indivíduo como um todo, para que se possam oferecer subsídios que gerem transformação de comportamento em relação à questão das drogas.

Adversidades e opiniões são e foram empregadas desde as primeiras décadas do século XX, quando o crescimento da política estadunidense de proibicionismo das drogas ficou definido, apoiada no discurso de dar um fim no uso de drogas no mundo, baseando-se nos saberes dos médicos psiquiátricos, este modelo foi insistentemente seguido pelo Brasil.

Não diferenciado dos outros povos, o uso de drogas no Brasil há um tempo já ocorre no nosso cotidiano, no entanto a discutível separação entre drogas lícitas e ilícitas, como também a sua criminalização é apontada como característica da sociedade capitalista a partir da criação da Lei Penal. De acordo com:

A seleção das situações conflituosas ou dos fatos socialmente negativos, que, sendo objeto da lei penal, vão ser chamados de crimes, constitui, pura e simplesmente, uma decisão política, que traduz uma manifestação de poder do Estado, [para] a obtenção de uma disciplina social, que resulte funcional para a manutenção e a reprodução dos valores e interesses dominantes em uma dada formação social [sociedade capitalista]. É isto que acontece com as drogas. (KARAM, 2003, p.45)

Resgatando o debate sobre o dever do Estado, podemos dizer que no Brasil segundo Rodrigues (2008) que:

Quando o uso de drogas se estendeu para além do que era realizado dentro dos prostíbulos, pelos filhos da oligarquia, chegando ao uso nas ruas pelos negros, pardos, imigrantes e pobres, consideradas os perigosos da década de 1920, esta instância de poder-que já se posicionava no sentido de regular o modo de vida da força de trabalho necessária ao modo de produção capitalista, que começa a ser implantado no Brasil no início do século XX - passa a se posicionar quanto à criminalização do uso de drogas.

Coincidentemente à criminalização das drogas, aponta-se que o Estado, por mecanismo de suas instituições nas mais várias esferas do governo, encarrega-se de uma manifestação com o intuito de limpar os indesejáveis, não abandonando os atos repreensivos para que se tenha uma competência na higienização do ambiente urbano, definindo assim, como umas das primeiras demonstrações de pobreza urbana no Brasil.

Dos anos de 1900 a 2000, mais precisamente um século, a narrativa se repete, semelhante às medidas de controle de limpeza social, que já foram expostas desde a eclosão da medicina higienista e nas suas intervenções no dia-a-dia da população em situação de pobreza, como descreve:

Um dos maiores exemplos [...] foi à reforma urbanista do prefeito carioca Pereira Passos, famoso nacionalmente pela derrubada dos cortiços, demolição de casas, desodorização das ruas e pela maquiagem urbana operada na capital fluminense em nome da modernização e saneamento do espaço público. (JUNIOR, 2011)

Ainda em relação ao poder opressor do Estado, em desfavor a camada mais pobre da sociedade adicionou a esse debate o que Yamamoto afirma:

Na atualidade, as propostas imediatas para enfrentar a questão social no país atualizam a articulação assistência focalizada/repressão, com o reforço do braço coercitivo do Estado em detrimento da construção do consenso necessário ao regime democrático, o que é motivo de inquietação.

Incomum, também é a resposta do Estado de orientação neoliberal sobre as demandas dos usuários de drogas que foram e são tratados como que exclusivamente como caso de polícia, sendo apoiados pela mídia, em vez de encará-los como sujeitos de direitos.

2.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ASPECTOS PARA SUA CONCEPÇÃO

“Dormindo sem garantia, Noites de solidão, me cubro com medo, por colchão o papelão.”

O Capitalismo vem revolucionando todas as áreas da vida humana, no sentido de colocar a convergência do capital em poucas mãos, sendo que a classe que mais tem sofrido com esses impactos prejudiciais é a classe trabalhadora. Essas modificações têm contribuído consideravelmente no desemprego, empobrecimento e nas desigualdades sociais, que estão ligadas as inúmeras personificações da Questão Social, logo:

Questão Social é um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2000.p.27)

A evolução sócia histórica do meio de produção capitalista tem marcado o encadeamento da exploração da classe trabalhadora, surgindo às expressões da questão social, como por exemplo, o fenômeno população de rua. No século XV e XVI países da Europa iniciaram uma sucessão de transformações econômicas, políticas e sociais que asseguraram o suporte do livre comerciam e, subsequentemente, o advento das primeiras fabrica:

Os primeiros burgueses cercaram as propriedades e expulsaram camponeses para a cidade, demoliram suas moradias violentamente, sob a alegação da necessidade de uma massa de proletariado absolutamente livre para o sistema produtor de mercadorias (PINTO, GONDIM, 2017.p.3).

Essa técnica garantiu a oferta de mão de obra disponível necessária às indústrias, viabilizando o avanço da sociedade capitalista, os camponeses que foram banidos de suas terras se viram obrigados a comercializarem a sua força de trabalho, vivendo em horríveis condições de trabalho e vida, além de que os salários eram baixos, todavia é importante salientar que a vida na zona rural era de subsistência e que muitos não chegavam a se habituar à nova ordem burguesa, e em caso de enjeitamento, iria perambular nas ruas gerando vários

problemas sociais, o Estado então dialogou um projeto de Lei conhecido como, Lei dos Pobres de 1601 que:

Alcunhava religiosos para serem espécies de “inspetores dos pobres”, suas funções era de zelar pela instituição, tomar conta dos pobres, fazer que o descamisado aprenda a profissão, ensinar o ofício religioso para que o pobre camponês seja obediente e fiel ao sistema, também recebiam a incumbência de procurar trabalhos remunerados para os carentes que não tinham ocupações e viviam nas ruas perambulando causando danos sociais as cidades. (JUNIOR, 2012)

Com isso, a Lei dos Pobres resumia-se em um fundo financeiro para aqueles que não tinham trabalho, mas que detinha força de trabalho suficiente para trabalhar, portanto eles teriam que trabalhar tanto para o Estado como para a Igreja.

A Lei dos Pobres concedia auxílio financeiro a estes, mas obrigava os homens capazes a prestarem serviços em asilos e albergues; as crianças tinham que frequentar a escola e quem trabalhava era açoitado, preso e poderia ser condenada a morte, o salário deveria ser suficiente para garantir apenas a existência dessas pessoas. (JUNIOR, 2012).

A lei dos pobres se propunha em abolir com a gandaia, arrebatando o mendigo de rua, transformando a Igreja como a única administradora da assistência aos pobres, obtendo taxas de proprietários locatários, nobres, burguesa e fazendeiros.

No entanto, não obstante muitas igrejas buscavam ganhar mais lucros com o trabalho dos destituídos, a maioria das pessoas que se abrigavam nestas instituições eram idosos, crianças e doentes da qual o trabalho dava pouco lucro, e por isso com o passar dos anos essas instituições cessaram de ter interesses por doentes, e com isso às patologias sociais voltaram a reaparecer na sociedade inglesa.

As crises e as ininterruptas estruturas do capitalismo aprofundaram as desigualdades, que eram compostas por trabalhadores/ as; desempregados/as ou os que apresentavam preocupações nas demonstrações da questão social, como exemplo podemos citar, o fenômeno social há situação de rua, como resultado da ligação desigual do capital e trabalho, esses indivíduos viviam no mercado informal, tendo o desemprego como uma das primordiais causas que levam homens e mulheres à situação de rua como define Lucia Lopes:

O fenômeno população de rua é uma expressão incontestante das desigualdades sociais, resultantes das relações sociais capitalistas, que se desenvolvem a partir do eixo capital/trabalho. (LOPES, 2009.p.116)

No Brasil o fenômeno população de rua ocorreu com as mesmas características que transcorreu na Inglaterra, em meados dos anos 50 com o surgimento das grandes construções pelo processo do desenvolvimento urbano, teve um intenso êxodo rural, principalmente das famílias das regiões norte e nordeste.

Neste processo de surgimento dos centros urbanos, quem havia de fato confeccionado as grandes edificações, não tinha o direito nem de morar perto, sendo expulsos para as periferias. (BRASIL, 2009, p.173)

Com o passar dos anos, a distinção entre as pessoas que aparecem nas cidades e no postos de trabalho expande e se destaca particularmente na época de recessão e crises; mas o Estado não acompanha apático à posse dos grandes centros pelo pauperismo. A datar a década de 1960, alguns centros urbanos adotaram políticas públicas para extirpação das favelas e ocupações, afugentando a pobreza para as periferias, como nos aponta Aeixe:

Historicamente, o poder público brasileiro lida com a questão da PSR de forma similar ao médico que, ao invés de combater as causas da doença, conduzem o tratamento focando apenas nos sintomas, ou seja, as ações governamentais tem se pautado na retirada dessa população das ruas e no seu isolamento. (AEIXE, 2011, p.6).

Salientamos que numa análise mais detalhada sobre as políticas públicas, foi notório que nos últimos 30 anos a População em Situação de Rua no Brasil e dos marcos normativos, foram perceptíveis; que apesar do Estado não ter alcançado modificar completamente este contexto, algumas modificações importantes são ou estão sendo firmadas, como consequência de demandas provenientes da organização da exclusiva População em Situação de Rua.

Em 2005 no primeiro Encontro Nacional Sobre População em Situação de Rua elaborado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome através da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), foram colhidos dados e relatos onde ficou definido que População em Situação de Rua é:

Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar (BRASIL, 2008, p.08).

Vale ressaltar que, são diversos os fatores elencados como motivadores para a realidade das pessoas em situação de rua, e que se trata de um acontecimento plurifacetado, que não tem como ser esclarecido de um único ponto de vista. São várias as causas de se ir pra rua, como podemos citar:

Fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social e etc.), fatores biográficos (alcoolismo, drogadição, rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, etc.), além de desastres de massa e/ou naturais (enchentes, incêndios, terremotos, etc.). (SILVA, 2006, p.98).

Todavia, esse público não deve ser julgado como um transtorno para a sociedade, pois foi à respectiva sociedade capitalista que foi o grande responsável para que esses indivíduos se transformassem em moradores em situação de rua.

Foi pensado em uma melhor vida para essa população que se encontrava em situação de rua, que no dia 23 de dezembro de 2009 o ex-presidente da república Luiz Inácio Lula da Silva firmou o decreto nº 7053 em São Paulo que instaurou a Política Nacional para a inclusão social da População em Situação de Rua, tendo como uma grande apoiadora o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). Tendo como objetivo geral:

Garantir acesso às políticas sociais por meio de serviços, benefícios, programas e projetos realizados de forma intersetorial, transversal e interdisciplinar envolvendo as três esferas de governo e que possibilitem um padrão de vida digno e redução da pobreza e das desigualdades sociais. (BRASIL, 2009, p.3).

No entanto, é perceptível que o ponto de partida, para uma capaz modificação social, é que a devida população em situação de rua ache-se como pessoas credoras de direitos, e que tenham convicção de que seus direitos estão sendo invalidados, depois é lutar para que eles alcance conquistas, pois é a partir da compreensão e da composição dos movimentos sociais, que essa população será capaz de lutar e discutir sobre suas necessidades e direitos.

2.3 DROGAS E SITUAÇÃO DE RUA: UMA CONEXÃO MARCADA PELO PRECONCEITO E ESTIGMA SOCIAL

Ainda com o intuito de exteriorizar as afinidades conceituais indispensáveis ao estudo, podemos dizer que os usuários de drogas, compõe no senso comum ao lado de doentes mentais e mendigos um perfil clássico dos moradores em situação de rua, se distinguindo dos que seria um perfil moderno pertencente aos desempregados, segundo Rosa (2005):

Ao tratar da diversidade de expressões a que comumente são associadas às pessoas em situação de rua, durante as décadas de 1970 a 1990, no Brasil, no critério “saúde e aparência”, há registro das nomenclaturas alcoólatras, bêbados e toxicômanos.

A realidade das pessoas que se encontram em situação de rua é frequentemente saturada de dificuldades a serem encarados, semelhantes obstáculos podem ser conceituados como sinal fundamental, que incentiva tal comunidade a consumir entorpecentes na tentativa de não apenas esgueirar-se da realidade, mas também de prevenir-se das mesmas e/ou até de evitá-las.

De fato, já tem um tempo que a ingestão de bebidas alcoólicas e outras drogas são julgadas como uma particularidade que define as culturas centrais dos homens que vivem em situação de rua, não obstante é genuíno afirmar e especificar as diversidades no comportamento das pessoas que vivem em situação de rua, tal em associação as bebida com as demais drogas, discrepando do uso experimental para o crônico.

Com relação à pessoa em situação de rua usuária de álcool e outras drogas é agregado à perversa ligação com o verniz conservador da moral, sendo vistos como os pobres não merecedores de cuidado com a saúde, pois em uma sociedade que declara de forma histórica a singularidade social, eles são analisados como os que suportam porque eles próprios decidiram individualmente viver assim:

A opção pelo controle penal sobre determinados fatos socialmente negativos ou situações conflituosas, que surgem em uma dada formação social, não só faz com que condutas que os constituem passem a ser chamadas de crimes, como faz recair sobre seus apontados autores um estigma, que, identificando-os como criminosos, leva a que eles passem a ser vistos como os “maus”, os “inimigos”, os perigosos”, contrapostos após que se veem como “cidadãos de bem”. Este estigma, que acaba por ser assimilados pelos próprios indivíduos que o recebem, naturalmente conduz ao isolamento social e à marginalização (KARAM, 2003, p.56).

A ampliação do debate sobre a circunstância do uso de drogas sobre a problemática das pessoas que vivem em situação de rua revela-se aqui para incrementar o debate sobre acesso restrito a direitos sociais para esses usuários, potencializado pelo estigma duplicado (drogas e rua). Porque demandas sociais que não foram solucionadas no passado vêm se agravando e impondo, para antigos problemas novas considerações.

A notória quantidade de pessoas usuárias de drogas que estão em situação de rua se resulta do deterioramento da questão social, pelo falta de assistência das políticas públicas e também pela exclusão social; é perceptível que a exclusão social acometida entre a população em situação de rua usuária de drogas se dá em principal pelos preconceitos que eles vivenciam pela própria sociedade, sem ela ter ao menos a vontade de conhecer ou importa-se com essa realidade, já pré-julgando e rotulando essa tal população.

Os preconceitos são juízos provisórios refutados pela ciência e por uma experiência cuidadosamente analisada, mas que se conservam inabaladas contra todos os argumentos da razão; e que os preconceitos se constituem de uma modalidade de discriminação sobre aquele (a) que se orientam na vida de forma diferente dos padrões dominantes. (HELLER, 1989, p.55).

Desse modo, os preconceitos tem seu suporte em bases fundadas afetivamente e irracionalmente, resguardado no atraso, na estupidez, no moralismo, no conservadorismo e também no comodismo. Sendo que, algumas deliberações, por estarem arrolados em uma dada estruturação sociocultural poderão ser até explicadas como atitudes discriminatórias, mas nunca poderão ser justificadas.

Sendo assim, é conveniente reforçar que todo preconceito é ordinariamente negativo, porque todos os preconceitos impossibilitam a autossuficiência do homem, ou seja, diminui a sua liberdade relacionada ao ato de escolher.

Dando continuidade à nossa abordagem, falaremos agora no tocante ao estigma, que de acordo a Bacila (2005) a palavra estigma deriva do latim *Stigma* que significa tatuagem. Antigamente, para diferenciar as pessoas de camada social inferior, loucos e ladrões, os romanos maculavam a pele delas com símbolos naturalmente visíveis, para desvelar a sua impureza.

Desta forma, a comunidade considerada “pura” necessitaria preservar uma exata distância, para se certificar que não seria contaminado com as impurezas dos outros indivíduos. Assim, estigma é uma concepção social que retrata uma marca, da qual transfere uma desvalorização em associação aos outros membros da sociedade:

Ocorre na medida em que os indivíduos são identificados com base em alguma característica indesejável que possuem e, a partir disso, são discriminados e desvalorizados pela sociedade. Esse tipo de estigma é chamado de *estigma social* ou *público*. (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014. P. 9)

Cabem também destacarmos nesse trabalho que, é necessário acentuar os três tipos de estigmas, que são eles: as deformações físicas (incapacidade motora, visuais, auditivas, deturpações no rosto, etc.), os estigmas tribais (que estão relacionados a religião, nação e raça.) e por último os desvios de caráter (que são as patologias mentais, reclusão prisional, vícios, doenças relacionadas ao comportamento sexual e etc.). Para explanar sobre isso Goffman (1988, p.15) reitera que:

Nós e os que não se afastam negativamente das expectativas particulares em questão, serão por mim chamados normais. As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humanos. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. (GOFFMAN, 1988, p.15)

Com embasamento nessas convicções, entendemos que a estigmatização é similarmente relacionada à aparência. Ela, porém, é distinguida aqui como expressão da questão social, assim como manifestação de exclusão social, que se cria como contradições entre trabalho e capital, que reporta a uns públicos de exército de reserva, transmitindo no mínimo possíveis ao modelo estabelecido.

Agora que conceituamos preconceito e estigma social vamos compreender como eles estão inseridos no cotidiano das pessoas que são usuárias de drogas em situação de rua, vale salientar que umas das causas que afetam diretamente no empenho dos usuários de álcool e outras drogas é o estigma, que fazem que eles sejam julgados como violentos perigosos e os únicos motivadores da sua condição.

As inúmeras denominações pejorativas utilizadas pela sociedade para definir a PSR são, também, exemplos do preconceito e estigma existentes: “mendigos”, “vagabundos”, “sujos”, “bandidos”, “preguiçosos”, “acomodados”, “vadios”, “loucos”, “drogados”, dentre outros. (MACHADO, 2014, p.26).

Segundo a autora supracitada, conclui-se que estes estigmas e preconceito sofrido por esta população é resultado destas relações na sociedade capitalista, que atende fundamentalmente aos interesses de uma classe (a dominante), mantendo o proletariado com padrão de vida mínimo. Portanto, Machado (2014) afirma que a violência verbal, física e simbólica materializa o preconceito e a intolerância da sociedade, muitas vezes por meio do Estado, que reafirma o poder da polícia e a lógica de higienização. (MACHADO, 2014, p.26).

Esses usuários suportam incessantemente os efeitos maléficos do processo de estigmatização; tendo como implicações a perda da autoestima, limitações das interações sociais e interpretação limitada da recuperação que influencia negativamente no tratamento dos usuários. Além do mais, aguentam o receio, os preconceitos, a discriminação e os estereótipos negativos. Segundo RONZANI; NOTO; SILVEIRA (2014):

A percepção do estigma ocorre à medida que o usuário se torna consciente das visões negativas que as outras pessoas da sociedade têm sobre o uso de drogas. Essa percepção pode desencorajá-lo a buscar serviços de tratamento na tentativa de evitar que ele seja visto como parte de um grupo estigmatizado. Além disso, como uma consequência direta da percepção do estigma, os usuários podem passar a concordar com essa visão negativa da sociedade e aplicar os estereótipos negativos a si próprios, o que caracteriza o *estigma internalizado*. (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014. P. 11).

O estigma internalizado é um método íntimo, onde faz o usuário tentar camuflar a sua condição das outras pessoas, para que possa esquivar as tentativas de discriminação, as repercussões desse encandeamento são extraordinariamente prejudiciais para a vida dos indivíduos, tanto no quesito: sociais, de saúde e psicológicos como podemos ver abaixo:

Sociais: problemas familiares, exclusão social, desemprego e disparidades sociais;
Saúde: agravamento da condição, recusa em buscar ajuda e baixa adesão ao tratamento;
Psicológicos: culpa, vergonha, raiva, angústia, autor reprovação, diminuição da autoestima e da auto eficácia. (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014. P. 13).

Ao dedicar, executar e exibir esses preconceitos e estigmas, o Estado fortalece tamanha situação no íntimo da sociedade, por ocasiões a PSR que é qualificada como um exército sobrando e que imediatamente passará a ser enxergada como inútil, atribuindo-lhe a culpa pela violência urbana e como um obstáculo para o desenvolvimento.

Além dos estigmas e preconceitos enfrentados por essa população, ainda cabe destacar a vulnerabilidade à violência que esses indivíduos passam cotidianamente, apesar da questão acometer a sociedade em geral, é diante desse grupo que a situação se torna mais preocupante.

A violência é um fenômeno complexo que reside no comportamento e seu efeito, dependendo do contexto histórico para que a sua existência e gravidade sejam avaliadas liga-se inexoravelmente a uma interação humana, ao mesmo tempo que a nega, despontado usualmente em espaços onde predominam as discriminações, desigualdades e exclusões sociais. (HERNÁNDEZ, 2002, p.59).

Dispondo de uma proporção material (danos materiais e comportamentos físicos), de uma proporção estrutural, que a compara com construções sociais e sistemas culturais, e de uma proporção sociocultural dentro do espaço psicológico que a contempla (aceita, estimula, aprovam, controla, nega, reprova). Nessas circunstâncias é acertado se reportar que:

A violência a que estão submetidos (os indivíduos em situação de rua) vem de todos os lados, dos agentes de segurança pública, como a polícia e guardas municipais; por parte do Poder Público, por omissão, pela insuficiência das políticas públicas adotadas, e por mais contraditório que possa parecer ser, até mesmo pela ação direta de violação de direitos, e da própria sociedade civil, que, respaldada por um sistema de exclusão protagoniza casos absurdos e no extremo, buscando exterminá-los, como relatos de homicídios e tentativas de homicídios (MELO 2016, p.52).

A segurança é um direito indispensável que, apresenta importância ímpar no ordenamento jurídico brasileiro, é o eixo de onde provem um dos pilares que facilita uma avaliação das violências às pessoas em situação de rua.

A frente dessa análise é sabido que a sociedade vem rotulando negativamente à população em situação de rua, sendo que é determinado pelo artigo 5º da Política Nacional em Situação de Rua o decreto nº: 7053 23/12/2009 que:

“Art5º”. São princípios da Política Nacional para a população em situação de Rua, além da igualdade e equidade: I- respeito à dignidade da pessoa humana; II- direito a convivência familiar e comunitária; III- valorização e respeito à vida e à cidadania; VI- atendimento humanizado e universalidade e V- respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção às pessoas com deficiência.”.

Encobrir à violência social a qual está exposta a população em situação de rua e, como consequência, as próprias pessoas em situação de rua é como dormir em um esquecimento, através de um processo dividido em três etapas:

1º- desqualificam-se ditas pessoas através de um discurso que as associa à desordem e à insegurança, legitimando a ruptura do contrato social;
 2º-a sociedade desvincula-se delas, rejeitando-as e isolando-as, pois improdutivas e
 3º-elimina-se tal produção seja extremamente por intermédio de um extermínio físico, seja pela esterilização, seja pelo genocídio cultural, entre outro. (BURSZTN, 2003, p.39)

Com tais características, podemos citar também a violência política que afeta profundamente a população em situação de rua, brevemente essa modalidade de violência afeta a figura política humana, que se associa com as relações sociais onde:

As diferenças são traduzidas em desigualdades, em estratificações - o humano político é aquele que possui consciência dos problemas e busca soluções, comandando o seu próprio destino (DEMO, 1996, p.17).

Ao se impedir que essa capacidade de autonomia política, frutos de insuficientes meios de materiais de sustento e de consciência crítica, violenta-se a população em situação de rua politicamente. Complementando a isso, podemos dizer que a violência política se demonstra com o extermínio de tudo que possa reportar ao violentado.

Por derradeiro e não menos importante, devemos destacar também a violência institucionalizada, que é acometida pelo próprio Estado, que sob o olhar da violência política também pode ser vista como violência do poder ou violência de cima. Essa dita violência é empregada pelo poder para a garantia da ordem repressiva, quando:

O Estado se omite no planejamento e na instalação de políticas sociais que surtam efeitos práticos emancipatórios, menosprezando os direitos da população em situação de rua, ou quando atenta as forças públicas preponderantemente às camadas de maior poderio econômico, ou quando se abstém de intervir, desrespeitando o viés social do texto constitucional brasileiro (JUNIOR, COSTA, P. 32)

Logo, a naturalização das violências entre as pessoas em situação de rua espelha a invisibilidade social sobre as mesmas contribuindo para a reprodução e conservação do estágio de violência, situações como essas que são panos de fundos de ações violentas, que tem sua gênese na sociedade em geral.

O apreciar atento sobre o fato permite constatar que as pessoas que estão em situação de rua passam por várias formas de violação dos seus direitos humanos, e para resistirem, usam de diferentes estratégias.

O desamparo é discutível ao longo da história da humanidade, e as causas são diversificadas; mudanças econômicas e institucionais, fuga do país por razões políticas e econômicas ou desastres da natureza. Podemos mensurar o desabrigo em três tipificações:

A “dimensão residencial” diz respeito à ausência de moradia convencional permanente; a “dimensão de apoio familiar” que se refere à falta de apoio familiar, e pode variar da sua manutenção intacta, enfraquecida ou sem vínculo e a “dimensão de valor moral e de dignidade baseada num papel desempenhado” concerne à visão social e própria sobre o desabrigo, que se liga a um papel social que imprime prestígio ou reputação depreciada. (SNOW; ANDERSON, 1998).

Embora tenha sido um direito fundamental na Constituição de 1988, ainda não foi contemplada efetivamente, através dos dados apurados na pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social- MDS e que tem ligação ao acesso à moradia para a população em situação de rua, foram identificados alguns motivos que levam essas pessoas a viverem na rua, dentro esses motivos foram elencados alguns fatores como: Problema de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29.8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29.1%). (BRASIL, 2008, p.7)

Também podemos enunciar que boa parte da série de problemas das pessoas em situação de rua, está vinculada com o déficit habitacional, e por isso estariam na condição de sem-teto, o direito à moradia apropriada para a população em situação de rua é previsto na Política Nacional para a Inclusão desta população.

As políticas públicas de alcance à moradia adequada para a população em situação de rua precisam trabalhar não somente a proposta da moradia, mas também a criação de renda e inclusão social que afeta, de maneira especial e direta essa população. Como anuncia Costa: “a possibilidade efetiva de saída da rua não se restringe à oferta isolada de moradia” (COSTA, 2005, p.7).

Com isso, ele quis falar que devem ser distintas às políticas habitacionais, tais como aluguel social, melhoria nas áreas degradadas para a criação de espaços de lazer, cultura e esportes para a inclusão dos moradores.

Sendo assim, fica compreendido que as pessoas em situação de rua dispõem de seus direitos fundamentados pela Lei, como todos os cidadãos, os quais devem ser valorizados e respeitados, independentemente da sua classe socioeconômica. Só que de modo infeliz as vulnerabilidades das pessoas que usam drogas e estão em situação de rua ainda há uma fragilidade das políticas públicas que atendam essa demanda, desdizendo o que é previsto na lei.

CAPÍTULO 3 - MÉTODOS E CAMINHOS PECORRIDOS PARA UMA INVESTIGAÇÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE OS USUÁRIOS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA

3.1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A metodologia utilizada nesse estudo foi através da pesquisa de natureza descritiva, exploratória com abordagem qualitativa baseando-se em uma revisão bibliográfica e método dialético. Foi escolhida a pesquisa descritiva uma vez que ela inclui em seu contexto a pesquisa bibliográfica, conseqüentemente, as concepções que orientam essa pesquisa remetem que a pesquisa bibliográfica é examinada com base em materiais constituídos de artigos científicos, livros e sites que tem relação com a pesquisa, tendo dentro dessa pesquisa a principal vantagem de permitir ao investigador um alcance maior de fenômenos mais amplos do que fosse pesquisar diretamente.

Foi também escolhido a pesquisa de cunho exploratória, pois além de proporcionar uma maior familiaridade com o problema, ainda os torna mais explícitos, assim o pesquisador será capaz de explorar e ter uma maior familiaridade com o objeto de estudo. Dentro desse traçado metodológico também deve ser citado que foi utilizada a pesquisa qualitativa que tem como uma de suas vantagens a de se obter informações diretamente do objeto de estudo, pois ele permite compor uma análise subjetiva dos acontecimentos em análise da pesquisa.

E por último e que não foi menos importante, destaco o método dialético que se fundamenta no materialismo de Marx que de acordo com Netto (2011) compreende a realidade a partir de estudos aprofundados da realidade social, apoderando-se da trajetória social, histórica e cultural na qual os sujeitos estão inseridos, buscando entender na totalidade todas as complexidades para depois torna-las particular. Com isso, ele nos possibilita no processo de análise e preparação científica, tratar os dados em um processo de progressão e regressão, não colocando o objeto como algo estático e imutável.

3.2. USUÁRIOS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA X SOCIEDADE BRASILEIRA: ABISMOS OU PONTES PARA A GARANTIA DE DIREITOS?

É eminente que nos últimos anos o crescimento da visibilidade dos diversos fenômenos associados às drogas e população de rua está notório, e também o quanto esses fenômenos são parte das expressões da questão social, por muitos utilizarem as vias públicas para consumo, e em consequência os danos à saúde.

O tema drogas começou a ser foco de discursões de políticas sociais, contudo, para termos uma melhor definição do conceito de política social, será abordado aqui no âmbito conceitual o que Pereira (2009) observa:

[...] a falta de definição coerente e consistente (embora não absoluta) do que seja política social, afeta substancialmente não só a credibilidade e a razão de ser dessa política como política de fato.

Quando debatemos sobre os usuários de drogas que estão em situação de rua, percebemos que os mesmos estão incluídos dentro das expressões da questão social que afligem a sociedade contemporânea. Pois a questão das pessoas em situação de rua vai além de um problema social, ela se torna uma questão de escassez de direitos, em que a exclusão e a marginalização provocam uma crescente dessa população nos centros urbanos brasileiros.

De acordo com Arruda e Piletti (1996) quando esta classe social não está sujeitada as regras estabelecidas pela ordem econômica, elas passam a viver situações de extremas pobreza, sendo evidenciada assim, uma das expressões da questão social, que acaba se agravando dentro da relação capital x trabalho.

Em conformidade com a Política Nacional de Inclusão Social da população em situação de rua, é viável conceituar que essa categoria, ainda que na sua diferença, mostre algumas características em comum, como Brasil (2008) indica:

Sendo definida como um grupo populacional heterogêneo que apresenta em comum à pobreza, o rompimento de vínculos familiares, vivencia de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções advindas deste vínculo, sem moradia convencional regular e tendo a rua como espaço social de moradia e sustento.

Em consequência da desigualdade exclusiva ao ser humano, uma parcela da população em situação de rua, se encontra exposta à ideologia determinada pela classe dominante, como:

O aumento do desemprego devido à substituição de operários por novas tecnologias (desemprego estrutural) desvela o caráter excludente, consumista e preconceituoso da sociedade brasileira frente à população de rua. (HAMALA, ALVES, et al.,2018)

Confirmando o que foi exposto, Mazzuoli e Melo (2011) destaca que em consequência do crescente número de pessoas em Situação de Rua no Brasil, se deve pelo fato do aumento do desemprego estrutural e da crise econômica, e que a marginalização cresce na mesma proporção que o desemprego desencadeia no Brasil.

E de acordo com Muller (2003), ele criticamente, dentro da realidade das pessoas em situação de rua, expressa que essa parcela da população é excluída dos sistemas econômicos, políticos, educacionais e jurídicos, e que para essa população só resta à desagregação.

E essa fragilidade da população em situação de rua, ainda é confirmada pelos autores Valencio e Mazzuoli (2008) que dizem que esse grupo é favorecido de características que a sociedade não identifica como parte integrante socialmente, e que são invisíveis e estranhos que não participam do espetáculo social, e que é papel do Estado conceber políticas públicas para a geração de emprego e renda, combate às drogas e reinserção social.

Dentro dessas discursões ficam evidentes os fatores que contribuem para a sua ida e permanência na rua, os fatores estruturais e biográficos. Com a degradação do desemprego, da pobreza e de situações de risco sociais, é observado um aumento significativo de pessoas em situação de rua na área urbana das cidades, como Andrade (2010) expõe:

Na rua, os indivíduos procuram se fixar predominantemente em áreas centrais das cidades, onde há o predomínio de comércio e de serviços em geral, além, de maior fluxo de pessoas, tornando possível a obtenção de alimentos e de recursos financeiros; no período noturno, esses lugares podem se transformar em abrigos.

Assim fica compreendido pelas falas dos autores que, em suma, as pessoas em situação de rua, vivem em uma sociedade incivilizada, tendo em vista que essa sociedade não tem o nível de inclusão para com essa população em situação de rua, para que eles possam desfrutar dos seus direitos previstos que o art. 6º² da CF propõe.

De modo geral, a referência a esse grupo social é repleta de preconceitos em detrimento das suas condições e fragilidades, pois elas são vistas como as responsáveis pela sua condição, como se fosse uma escolha individual. Fundamentadas nessas ideias, as ações pensadas apenas contribuem para uma intervenção assistencialista, paternalista ou autoritária de “higienização sócia” (BRASIL, 2008).

É significativo pontuar que os preconceitos para com a população de rua não se referem somente ao estado de pobreza, e sim a exclusão social que essa população sofre, estando interligada também com a estigmatização e com a discriminação, tendo relação com as questões de: cor, orientação sexual, sexo etc.

Ainda dentro desse questionamento, podemos sintetizar a fala de Lacerda e Sambu (2014) que identificaram que existem na população de rua, sentimentos de auto rejeição e baixa estima, devido às práticas estigmatizantes e discriminatórias que sofrem pela sociedade.

E complementando a fala dos autores supracitados, Alles e Abib (2014) reforçam que essa população enfrenta dificuldades para se relacionar com outras pessoas que não estão em situação de rua, porque a sociedade construiu uma imagem como um anormal contemporâneo, com isso essa população esta sempre precisando se auto afirmar como seres humanos e cidadãs, para se obter acessos aos seus direitos.

Na situação de rua existe uma cultura própria que é desconhecida entre a maioria da sociedade, e que na grande parte das vezes ela é vista de forma pejorativa e preconceituosa. Dentro dessa realidade é importante ressaltar a necessidade de que os órgãos públicos, bem como os profissionais, propiciem atenção e cuidado, além de um olhar singular e respeitoso para essa população (SANTANA, 2010).

Enfatizando também que parte dessa estigmatização da sociedade é repassada pelos grandes meios midiático, que tem o intuito com a população de rua de reproduzir estigmas e estereótipos, relacionando-o com a criminalidade, semeando com isso o medo e a insegurança social, acarretando a exclusão social e a viabilização de limpeza urbana.

Frazão e Almeida Junior (2010) afirmam que quando a imprensa jornalística acaba por divulgar alguma notícia sobre as pessoas em situação de rua, o enunciado é posto na pauta policial ou, quando esta vinculada à degradação dos espaços públicos reproduzindo estereótipos em relação as pessoas em situação de rua, ou seja, acabam construindo a imagem dessa população.

Além do mais, as pessoas em situação de rua acabam sendo vistas pela sociedade como pessoas propensas a crimes, presumindo que eles sejam vagabundas e marginais, o que

acaba afetando as políticas públicas destinadas para a inclusão na sociedade dos mesmos e consequentemente como no mercado de trabalho.

Com isso, o autor nos mostra que a construção da figura das pessoas em situação de rua dentro do discurso jornalístico é referenciada dentro de questões negativas, e consequentemente mostrando essa visão excludente para a sociedade da qual reproduz.

E complementando a fala do autor supracitado anteriormente Resende (2016) acrescenta que as personificações midiáticas sobre a violação dos direitos e a violência contra as pessoas em situação de rua dentro dos jornalismo são desprezadas.

Um delineado frequente nas pesquisas achadas foi à junção de pessoas em situação de rua com as usuárias de drogas. Como Alles (2010) e Morera (2013) identificaram que a situação de rua está associada, predominantemente, ao uso do crack e outras drogas, condição social atrelada a fatores como: ausência de regras e normas sociais; núcleo familiar violento em que há pouco afeto e diálogo; baixa renda e desemprego.

Mattos, Campos & Ferreira e Vieira sintetiza também que a drogadição surge no bojo da realização e com isso Vieira destaca que o uso de SPA fixa as pessoas em situação de rua, diminuindo, muitas vezes, as chances delas saírem da condição de rua.

Ainda assim, é bom deixar claro que dentro da discursão sobre as pessoas em situação de rua que não é genericamente todas que fazem uso de SPA. Varanda (2009) e Tondin Barros Neta e Passos (2013) afirmam que o uso de substâncias psicoativas se configura como uma alternativa para resistir às condições sociais adversas, sobreviver e minimizar o sofrimento físico e psíquico.

Campos e Botti (2012) aponta que o álcool exerce um duplo papel na vida das pessoas em situação de rua: ora tem a função de ser confiante e consolador, ora é o motivo e a causa de ser condição de rua. O consumo de álcool é caracterizado como um dos fatores de fragilidade da saúde das pessoas em situação de rua, pois além de diminuir o engajamento no trabalho, ainda ocasiona esgotamento físico.

Gomes e Adorno (2011) acompanharam a trajetória de pessoas em situação de rua e apontam para a ineficácia de políticas públicas repressiva e as potencialidades do cuidado respaldado pela perspectiva da redução de danos

Visando a ideia de que o sujeito, o morador em situação de rua que faz uso de substâncias psicoativas também necessita de uma equipe mínima para a garantia dos seus direitos e necessidades básicas, no âmbito tanto da saúde, como no físico e biológico.

A vista disso, a aproximação do assunto sobre população em situação de rua e uso e abuso de SPA, deve ser fundamentada na construção, implantação e implementação de

políticas públicas que tenha como prioridade a promoção da saúde e a prevenção de seus danos.

Nesse ponto, é significativo ser considerado sobre as práticas de saúde junto desses usuários que sofrem com a estigmatização e as vulnerabilidades, e que com isso, acabam sendo rechaçados na oferta com o cuidado da saúde, por não acreditarem na possibilidade de ter as suas necessidades atendidas.

Dentes as políticas públicas de saúde para as pessoas em situação de rua, e como agravantes serem usuárias de SPA, a Política Nacional, tem-se os consultórios de rua-CR, que são formados por equipes multiprofissionais, também devem ser integrados as Unidades Básicas de Saúde-UBS, Serviços de Urgência e Emergências e os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas- CAPSAD.

Os Consultórios de Rua é uma oferta que procura ampliar o acesso da população em situação de rua à oferta integral à saúde, por intermédio de equipes e serviços de atenção básica, como Fonseca e Teixeira (2015) reitera.

As UBS tem o intuito de promover e proteger a saúde, criando uma rede de prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia (MP).

E também temos dentre as políticas o CAPS-AD que se engloba dentro do espaço para atendimento à população usuária de droga e que se encontra em situação de rua, ofertando apoio terapêutico humanizado e individualmente para cada usuário de forma integral, mas os serviços também podem ser oferecidos em rede, com o intuito de melhor atender os usuários em suas necessidades.

Como foi analisado e discutido em torno desse trabalho, vimos que dentro do bojo da saúde mental e as reformas psiquiátrica e sanitária foram implementadas o uso abusivo de álcool e outras drogas dentro da política de saúde, como uma expressão da questão social da qual deve ser cuidada.

Vimos também que o uso abusivo dessas substâncias levam à situação de rua, ora por acharem que nas ruas terão mais liberdade de consumo do que no bojo familiar, ora para passar o frio e a fome sofrida nas ruas.

Com isso, essa população é estigmatizada, sofrem preconceitos pela própria sociedade capitalista, e isso acarreta a falta de orientação e a vergonha, aumentando as barreiras criadas por essa população aos serviços de saúde, por causa da sua condição de higiene e vestimentas,

e que em muitas cidades ainda não oferecem cobertura suficientes para atender a esse grupo social.

Ficar por dentro da situação do consumo e uso das SPA dentre as pessoas em situação de rua, procurando subsídios das ciências sociais, da saúde e humanas, pode favorecer em mudanças positivas dentro desse cenário. É preciso considerar a complexidade desse fenômeno e a diversidade dos aspectos relativos à vida de pessoas usuárias para que se possa oferecer uma abordagem integral e humanizada, baseada no conhecimento científico, mas calcada na realidade dos sujeitos (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desse estudo foi identificar a realidade das pessoas usuárias de drogas em situação de rua e seus direitos, para identificar as políticas públicas de redução de danos para os usuários de drogas que se encontram em situação de rua.

A proposta da pesquisa teve a intenção de inteira-se sobre a realidade brasileira dos usuários de drogas que vivem em situação de rua; também teve o intuito de inferir sobre as políticas públicas de redução de danos para as pessoas usuárias de drogas e sintetizar como são garantidos os direitos das pessoas em situação de rua e que são usuárias de drogas.

Dentro da proposta do trabalho foi identificado cada item do qual foi proposta estudar, foi verificado como a sociedade brasileira lida com as pessoas usuárias de drogas em situação de rua, e que são estigmatizados e vivem à margem da sociedade não se sentindo parte integrante do meio social.

Foi conferido sobre quais são as políticas públicas de redução de danos para as pessoas usuárias de drogas e foi falado também sobre as políticas públicas, nesse caso na área da saúde para a garantia de direitos dessa população.

Dentro desse trabalho foram levantados alguns questionamentos, como se existem instituições voltadas especialmente para o atendimento de usuários de drogas em situação de rua que foi confirmado na análise do CAPS AD, Consultório de Rua e etc.

Outra questão foi se os interesses capitalistas interferem na materialização dos direitos para os usuários de drogas em situação e se a sociedade brasileira contribui para a exclusão dos usuários de drogas em situação de rua.

A metodologia utilizada nesse estudo foi através da pesquisa de natureza descritiva, exploratória com abordagem qualitativa baseando-se em uma revisão bibliográfica e método dialético.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JUNIOR, G. P. (2014). *Pelas ruas e nas páginas das revistas: Estratégias de construção da representação do Morador de rua no discurso jornalístico de Ocas” e VEJA São Paulo.*

ABIB, L. T. (2014). *Crônicas urbanas: Consultório na rua, população em situação de rua, clínica menor e outras histórias.* (dissertação). Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil.

AMARANTE, PAULO. (org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ALVES & CAMPOS, MARCELO ARAÚJO (orgs.), **Drogas, dignidade & inclusão social: a Lei e a Prática de Redução de Danos.** Rio de Janeiro: ABORDA 2003.

AIEXE, EGIDIA MARIA DE ALMEIDA. População em situação de rua e o direito à Cidade. **Pensar BH/Política Social.** Belo Horizonte, n.29, p.5-8, jul. 2011.

BOTTI, N. C. L., CASTRO, C. G. DE, SILVA, A. K., SILVA, M. F. DA, OLIVEIRA, L. C. DE, CASTRO, A. C. H. O. A. DE & FONSECA, L. L. K. (2010). Alcohol use pattern among homeless adult men in Belo Horizonte. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, 6(n. spe).

BRASIL, MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **RUA: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de rua, Brasília,** DFF: MDS: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social,2009.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SVS/CN-DST/AIDS.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

DROGAS E CULTURA: NOVAS PERSPECTIVAS. Salvador: Edufba, 2008. p. 91-103.

GOMES JÚNIOR, NELSON. **Recolher não é Acolher.** Disponível online em:<<http://forumsus.blogspot.com.br/2011/10/recolher-nao-e-acolher.html>>. Acesso em: maio,2019.

HELLER, AGNES. **O cotidiano e a história.** 3ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1989.

IAMAMOTO, MARILDA VILLELA **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional! Marilda Villela Iamamoto.** - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

LACERDA, T. F. (2012). **Bioética e diversidade: Condições de saúde da população adulta em situação de rua no Distrito**

Federal (dissertação). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

KARAM, MARIA LÚCIA. **Redução de Danos, Ética e Lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo.** In: SAMPAIO, Christiane M.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO (org.). *Cartilha Direito à Saúde Mental*, p. 15.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.** Brasília, 2008b.

MESQUITA, F. (1991). Aids e drogas injetáveis. In A. Lancetti (Org.), *SaúdeLoucura* 3 (pp. 46-53). São Paulo: Ed. Hucitec.

MÜLLER, FRIEDRICH. **Quem é o povo?** A questão fundamental da democracia. Tradução de Peter Naumann. 3. ed. São Paulo: Max Limonad, 2003.

SILVA, MARIA LUCIA LOPES DA. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005.** 2006. 220 f. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília.

SILVA, MARIA LÚCIA LOPES. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil.**São Paulo: Cortez, 2009.

SAMBU, A. (2014). **De volta para a casa: Análise de uma política pública voltada à assistência social das pessoas em situação de rua em João Pessoa – Paraíba** (dissertação). Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil.

MELO TOMÁS HENRIQUE DE AZEVEDO GOMES MELO. **A Rua e a Sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua, 2011.**