



ARISTÉIA MARIANE KAYSER

**CASA DE TODOS E CASA DE NINGUEM: OBSERVAÇÃO NA PRESTAÇÃO
SOCIOASSISTENCIAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM SANTA MARIA – RS**

Santa Maria, RS.
2012

ARISTÉIA MARIANE KAYSER

**CASA DE TODOS E CASA DE NINGUEM: OBSERVAÇÃO NA PRESTAÇÃO
SOCIOASSISTENCIAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM SANTA MARIA – RS**

Monografia de Especialização apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, Área de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do Grau de – Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof^ª. Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima.

Santa Maria, RS
2012.



A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
Aprova a Monografia de Pós-Graduação

**CASA DE TODOS E CASA DE NINGUEM: OBSERVAÇÃO NA PRESTAÇÃO
SOCIOASSISTENCIAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM SANTA MARIA – RS**

Elaborada por

Aristéia Mariane Kayser

Como requisito para obtenção do grau de
Especialista em Gestão em Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)
(Presidenta/Orientadora)

Luciane Dittgen Miritz, Ms. (UFSM)
(Examinador/ Membro)

Marcio Rossato Badke, Ms. (UFSM)
(Examinador/Membro)

Santa Maria, 15 de dezembro de 2012.

AGRADECIMENTOS

Deus, pela filiação divina, por me ensinar a dar sentido em tudo que faço através da busca pela santificação no trabalho profissional e no cotidiano junto às pessoas.

À minha orientadora, professora Suzinara pela prestimosa ajuda demonstrada durante a construção da pesquisa.

Aos integrantes da Banca Examinadora, pela disponibilidade e Gentileza em compor a referida Banca.

A todos os professores, que, de uma ou outra maneira, me auxiliaram na construção do saber e, também, pelos ensinamentos e lições que foram repassadas e certamente ficaram marcadas na minha formação pessoal e acadêmica...

À minha família, meu querido pai Edmundo Kayser e em memória da minha querida mãezinha Maria Adales Kayser

Ao meu querido Marco Aurélio, por toda paciência e disponibilidade.

.

Epígrafe

Além da imaginação

*Tem gente passando fome.
E não é a fome que você imagina
entre uma refeição e outra.
Tem gente sentindo frio.
E não é o frio que você imagina
entre o chuveiro e a toalha.
Tem gente muito doente.
E não é a doença que você imagina
entre a receita e a aspirina.
Tem gente sem esperança.
E não é o desalento que você imagina
entre o pesadelo e o despertar
Tem gente pelos cantos.
E não são os cantos que você imagina
entre o passeio e a casa.
Tem gente sem dinheiro.
E não é a falta que você imagina
entre o presente e a mesada.
Tem gente pedindo ajuda.
E não é aquela que você imagina
entre a escola e a novela.
Tem gente que existe e parece
imaginação.*

(TAVARES, Ulisses. *Viva a poesia viva* - São Paulo: Saraiva, 1997.p.57.)

RESUMO
Monografia de Especialização
Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

**CASA DE TODOS E CASA DE NINGUEM: OBSERVAÇÃO NA PRESTAÇÃO
SOCIOASSISTENCIAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM SANTA MARIA – RS**

Autora: Aristéia Mariane Kayser

Orientadora: Dra. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Data e Local de defesa: Santa Maria, 15 de dezembro de 2012.

A Constituição Federal de 1988 nos propõe um novo modo de olhar e quantificar a realidade, a disparidade, a desigualdade social, no âmbito da Seguridade Social, pautada na inclusão dos “visíveis e invisíveis”. Consoante a isso, a política Nacional de Assistência Social - SUAS 2004, surge com uma nova concepção de entendimento no campo assistencial social, instituindo assim, o bem estar social: Seguridade Social, Previdência e Saúde, ambas voltadas à garantia dos direitos básicos para a sobrevivência do ser humano. Sabemos que a realidade deste sujeito em risco e vulnerabilidade social na maioria das vezes é complexa, e nos remete refletir sob as diferentes e diversas variáveis de exclusão social, da criança, do adolescente, do sujeito adulto, moradores de rua. Enfim, esta complexidade nos permite a reflexão da violação dos direitos humanos. Nesse sentido, foi realizado um estudo a partir do método Cartográfico Observatório junto ao Serviço Assistencial de Alta Complexidade para Adulto de Santa Maria - RS. Todavia, parece-nos fundamental uma análise/reflexão sobre as possibilidades de enfrentamento dos fatores determinantes e os agravantes do desenvolvimento humano e social, ou seja, certas vicissitudes da vida social ou natural do sujeito em situação de risco e vulnerabilidade social exposto em situações degradante socialmente.

Palavras-chave: Cidadania, Inclusão, Vulnerabilidade Social, Serviço Socioassistencial

ABSTRACT
Specialization Monograph
Graduate Program in Health Management
Federal University of Santa Maria- UFSM

**HOUSE OF ALL HOUSE AND NOBODY: NOTE ON THE PROVISION OF HIGH
COMPLEXITY SOCIAL ASSISTANCE IN SANTA MARIA - RS**

Author: Aristéia Mariane kayser

Advisor: Dr^a. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Date and local of defense: Santa Maria, Dezember 15th 2012.

The 1988 Federal Constitution offers us a new way of looking at reality and quantify the disparity, social inequality, under Social Security, based on the inclusion of "visible and invisible". Depending on this, the National Social policy - HIS 2004, comes with a new conception of understanding the social care field, thus instituting the welfare state: Social Security, Health and Welfare, both aimed at ensuring basic rights for survival the human being. We know the reality of this subject at risk and social vulnerability in most cases is complex, and leads us to reflect on the different variables and different social exclusion, child, teenager, the adult subject, homeless. Anyway, this complexity allows us to reflect the violation of human rights. In this sense, a study from the Centre by the method Cartographic Service Assistance for High Complexity Adult Santa Maria - RS. However, it seems fundamental analysis / reflection on the possibilities of coping with the aggravating factors and the human and social development, ie, certain events of natural or social life of the subject at risk and social vulnerability exposed in degrading situations socially.

Keywords: Citizenship, Inclusion, Risk and Social Vulnerability, social assistance service

SUMÁRIO

Introdução e Justificativa do estudo.....	09
Fundamentação Teórica.....	06
Objetivo Geral	14
Revisão Bibliográfica.....	14
Método de Investigação	23
Resultados e Discussões.....	24
Conclusão.....	30
Referências... ..	32

INTRODUÇÃO

A gestão da política socioassistencial surge com a finalidade de redesenhar os direitos de cidadania do sujeito, desta forma enfatizando a responsabilidade das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) visando garantir a proteção social a todos os sujeitos que necessitarem de acesso, a bens e recursos. Nesta perspectiva a política socioassistencial surge com a finalidade de garantir a dinamicidade, a eficácia, a qualidade do atendimento as necessidades básicas de direitos do sujeito para que o mesmo tenha maiores condições em viver no âmbito social.

Dentro desta ótica apontamos a Constituição Federal de 1988¹ a qual nos propõe um novo modo de olhar e quantificar a realidade, a disparidade, a desigualdade social, no âmbito da Seguridade Social, pautada na inclusão dos “visíveis e invisíveis”. Portanto, a proposta do presente trabalho é desencadear uma reflexão crítica do processo ação – reflexão - ação a partir dos riscos e as vulnerabilidades sociais, que se encontra o sujeito em situação de rua, o imigrante, o migrante, entre outros atores sociais que encontram exposto em situações degradante socialmente. Logo, parece-nos fundamental uma análise/reflexão sobre as possibilidades de enfrentamento dos fatores determinantes e os agravantes do desenvolvimento humano e social, ou seja, certas vicissitudes da vida social ou natural.

Dentro desta reflexão citamos como fatores determinantes as questões do processo de adoecimento: as várias facetas da miséria, o analfabetismo, a falta de moradia, a falta de segurança pública, a falta de alimentação adequada, saneamento básico, a falta de um emprego digno, o abandono ou a indigência, a drogadição, a criminalidade, a violência familiar, educação de qualidade entre outros problematizadores ou situações que corroboram para o processo ou ao acirramento da pobreza e exclusão social na sociedade contemporânea².

Devemos ressaltar que o ser humano tem seus direitos básicos garantidos pela Constituição Federal de 1988, todavia a gestão pública não vem cumprindo seu papel em garantir o mínimo necessário para estas populações em situação de vulnerabilidade social.

Entretanto, sabemos que, a efetivação dos direitos e da participação popular é algo decisivo para que o sistema democrático se concretize em todas as esferas. Logo, subtende a

¹ Constituição Federal de 1988 (D. O. U., 05/10/1988) Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]

² CASTEL (2002) denomina de desfiliação o processo “cuja trajetória é a ruptura progressiva em relação a estados de equilíbrios anteriores mais ou menos estáveis, ou instáveis”.

necessidade de condições para a efetivação deste processo para que os cidadãos possam efetivamente e eficazmente participarem das diversas decisões ou benefícios sociais não somente na conjuntura política como também na própria gestão administrativa do sistema público.

Nesta perspectiva, Amartya Sem (2000) vai enfatizar a questão tangente do papel e a relevância dos valores e dos sistemas éticos subjacentes ao capitalismo que percebemos dentro deste contexto histórico contemporâneo:

Os grandes desafios que o capitalismo enfrenta no mundo contemporâneo incluem problemas de desigualdade (especialmente pobreza esmagadora em um mundo de prosperidade sem precedente) e de “bens públicos” (ou seja, os bens que as pessoas compartilham, como o meio ambiente). A solução desses problemas quase certamente requererá instituições que nos levem além da economia de mercado capitalista. Mas o próprio alcance da economia capitalista de mercado pode, de muitos modos, ser ampliado por um desenvolvimento apropriado de uma ética sensível a esses problemas. A compatibilidade do mecanismo de mercado com um vasto conjunto de valores é uma questão importante e precisa ser considerada juntamente com a exploração da extensão de disposições institucionais além dos limites do mecanismo de mercado puro. (AMARTYA SEM, 2000, p. 303).

Percebemos que na teoria de Amartya (2000) uma necessidade de disposições institucionais legais para que todos possam usufruir do bem estar social. Desse modo, a proteção social amplia um olhar a sobrevivência (renda, alimentação, educação, saúde, vestuário, moradia, segurança), o acolhimento/abrigo seja no núcleo familiar ou comunitário restabelecendo as relações sociais (direito ao convívio). Sob esta lógica, remete a pensar a responsabilidade do estado em assegurar aos sujeitos desprovidos das condições básicas, bem como suas famílias o respeito à dignidade do cidadão, a sua subjetividade, sua autonomia, seu protagonismo. Na perspectiva de Campos (2004), é fundamental mecanismos para sanar as lacunas da desigualdade social.

O desemprego e a precarização das formas de inserção do cidadão no mercado de trabalho são as fontes ‘modernas’ de geração de exclusão, tendo como subproduto a explosão da violência urbana e a vulnerabilidade juvenil, acentuadas pela maior flexibilidade ocupacional e dos níveis de renda (CAMPOS, 2004, p.49).

Nessa perspectiva, amplia-se um olhar ao sujeito ou grupos das diferentes camadas sociais expostos à situação de vulnerabilidade e riscos social, ou seja, perda de vínculos afetivos (discriminação étnicas, de gênero, de raça, etc.), decorrente da pobreza, do uso de drogas lícitas e ilícitas, não inserido no mercado de trabalho formal e informal (ausência de renda), ausência ou dificuldade ao acesso aos serviços públicos, dentre outros aos cidadãos

(singular ou coletivo), cliente/usuários da rede socioassistencial que se encontram a margem da sociedade.

São diversos os problematizadores que dificultam o compromisso, a efetivação, a eficaz das políticas públicas visando o bem estar social. Todavia, entendemos que é uma situação complexa que se encontra a sociedade, pois cada vez mais esta se torna vulnerável aos problemas sociais, ou seja, é a partir deste contexto que entendemos ser de extrema importância ampliar um olhar ao serviço assistencial com finalidade de garantir os direitos mínimos necessários aos sujeitos em situação de vulnerabilidade social. Assim, a efetivação e a fiscalização sobre a responsabilidade do governo em efetivar a PNAS/2004 é de extrema importância para o sucesso desta política, desconstruindo desta forma a idéia do assistencialismo, da caridade, do paternalismo que impera dentro dos diversos contextos sociais, uma vez que o público beneficiário destas ações na maioria das vezes são pessoas vitimadas pela a estigmatização social, por estar em vulnerabilidade e situação de risco social.

Nas palavras de Elias e Scotson (2000),

[...] a estigmatização, como um aspecto da relação entre estabelecidos e *outsiders*, associa-se, muitas vezes, a um tipo específico de fantasia coletiva criada pelo grupo estabelecido. Ela reflete e, ao mesmo tempo, justifica a aversão – o preconceito – que seus membros sentem perante os que compõem o grupo *outsider* (ELIAS e SCOTSON, 2000, p.35).

Neste contexto, justifica-se a relevância de realizar esta pesquisa, uma vez que Constituição Federal de 1988 apresenta em síntese nova concepção de Seguridade Social a qual vem ser regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS em 1993³.

Nesta perspectiva, em seu Artigo 26 a LOAS⁴ estabelece que “o incentivo a projetos de enfrentamento da pobreza assentar-se-á em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistema de cooperação entre organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil”.

³ Lei no. 8.742. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1993; 7 dez.

⁴ I– Supremacia do atendimento às necessidades sócias sobre as exigências de rentabilidade econômica; II– Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas; III– Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidades; IV– Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; V– Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão. (LEI Nº. 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993).

A partir de então, nasce uma nova concepção de entendimento no campo assistencial social, instituindo assim, o bem estar social: Seguridade Social, Previdência e Saúde, ambas voltadas à garantia dos direitos básicos para a sobrevivência do ser humano ou em defesa da vida humana. Logo, questões básicas para o bem estar social mínimo do sujeito devem ser garantidas como: alimentação, educação, lazer, cultura, trabalho, moradia, convívio social e familiar, entre outros, essencial á qualidade de vida ou ate mesmo a sobrevivência humana individual ou coletiva.

Parece-nos, que os serviços de assistência social cotidianamente são desafiados a desencadear ações pautadas na articulação com todas as políticas públicas em sua área territorial, buscando assim, promover a sustentabilidade, o protagonismo, autonomia dos sujeitos acolhidos, visando minimizar ou superar o contexto social de vulnerabilidade bem como a prevenção de riscos e exclusão social.

Entretanto, construir novas realidades nos territórios de produção de saúde, bem como nos sujeitos que dele participam, é um desafio para as políticas públicas. Visto que, requer a participação e cooperação dos diferentes atores sociais, todos articulados em busca de potencialização da autonomia e protagonismos dos sujeitos.

Nesse sentido, a humanização da assistência introduzida na saúde pública, a partir da primeira década de criação do SUS, como uma resposta às diversas crises geradas entre outras causas, pela demanda crescente, nas práticas de saúde fragmentadas, desumanização do sistema, hierarquia no âmbito do quadro de colaboradores do SUS, desqualificação dos trabalhadores para o trabalho em equipe, problemas de gestão, financiamento insuficiente e baixa participação do usuário como protagonista, a descontinuidade na assistência e tratamento, estruturas físicas precárias, são apontados como um dos fatores negativos para a concretização de uma maior qualidade assistencial.

Dentro deste contexto a humanização enquanto política pública ao identificar os entraves da efetivação do SUS, apresenta-se como um elemento problematizador, uma variável a mais para o sucesso da rede socioassistencial. Uma vez que os gestores e trabalhadores são responsáveis pelas práticas de saúde, principalmente pela criação de espaços abertos à discussão e ampliação dos saberes, mas que nem sempre estão e são preparados para enfrentar esse novo conceito de saúde pública pela distância entre o que se pretende e o que de fato é necessário e possível fazer. Portanto, a diretriz da política pública de humanização poderá fornecer maiores condições a estes agentes públicos para a eficaz, eficiência do trabalho prestado aos sujeitos em situação de vulnerabilidade social.

Por esta lógica, pensar e realizar a humanização como um processo complexo, integrante e integrado, e não apenas como uma atividade apenas burocrática e institucionalizada, talvez seja o caminho para o fomento a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a inclusão social, enfim a eficácia da qualidade da atenção e gestão assistencial. Já ao se tratar da rede socioassistencial, são inúmeros os desafios para promover ações transversais em rede, e principalmente desencadear ações de reintegração social, logo, à inclusão sujeitos em situação de risco e vulnerabilidade social. Logo, incluir os “invisíveis” (Brasil, 2004, p. 15), ou seja, o acesso a bens e serviços, melhor distribuição de renda, reestruturação das redes reciprocidade social. Visto que a privação destes fatores corrobora diretamente a acirramento da desigualdade e da pobreza.

[...] a rua aparece como o lugar do possível, absorvendo as demandas que nela penetram, retratando sua (in) visibilidade de problemas decorrentes do sistema vigente. A revelação das ruas traz referências marcantes de uma realidade, que de tão próxima, pode permanecer invisível. Fazer da rua a sua casa significa imprimir ao lugar ocupado sua própria identidade, revelando os sentidos próprios do ato de habitar (SILVA, 2005, p.27).

A realidade deste sujeito em risco e vulnerabilidade social na maioria das vezes é complexa, e nos remete refletir sob as diferentes e diversas variáveis de exclusão social, da criança, do adolescente, do sujeito adulto, moradores de rua. Enfim, esta complexidade nos permite a reflexão da violação dos direitos humanos. Ao instante, de forma consciente ou inconsciente reproduzimos as identificações e/ou conceitos diversificados impostos a este sujeito, e muitas vezes o próprio indivíduo auto identifica usando nomeações e/ou conceitos diversificados – mesmo que estes reproduzam os enquadres institucionais que lhes são impostos – como morador de rua, ou termos que se referem às práticas voltadas para grupos específicos.

Nessa perspectiva, surgem algumas inquietações: é possível produzir um novo olhar quantificador da realidade pautado na dimensão do incluir “os invisíveis”, bem como reduzir as diferenças e os diferentes, as disparidades e as desigualdades sociais? Como exigir uma postura humanizada de profissionais que nem sempre tem o respaldo técnico e humano do próprio sistema socioassistencial o exige? Como potencializar a humanização na rede de serviço socioassistencial? Existe possibilidade de efetivar a política pública de proteção promotora do desenvolvimento humano e social, de redistribuição e fácil acesso a bens e recursos, reinserção social?

Frente a estas inquietações apresenta-se como objeto de estudo: investigar, junto à proposta da assistência social de alta complexidade se é possível identificar os riscos e as vulnerabilidades sociais a que estes indivíduos estão expostos, bem como implementar as possibilidades de enfrentá-los a partir da leitura do macro social para o micro social, bem como quantificar as necessidades, as possibilidades ou as capacidades de superação a situação atual. A partir das três vertentes da proteção social: as pessoas, as circunstâncias ou realidades, e seu território geográfico.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar como se estabelece a constituição e articulação em rede intersetorial de serviços socioassistencial e rede e saúde no Município de Santa Maria – RS.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica do presente estudo encontra-se estruturada em cinco itens, abordando: o conceito e base de organização do sistema único – SUAS; a Reforma Sanitária, protagonismo e autonomia do sujeito na construção e efetivação do SUS; a Política Nacional de Humanização e a valorização dos diferentes sujeitos; a Humanização da Assistência e a Atenção Psicossocial. Como referencial teórico e fundamentação do presente trabalho me pautei nos autores.: Brasil, (2004); Brasil, (2006); Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2005), Campos, (2007).

2.1 O Conceito e Base de Organização do Sistema Único de Assistência Social – SUAS

Somente a partir de Constituição Federal de 1988 a população brasileira passa a ser ouvida, nota-se que é recente a participação popular nas tomadas de decisões públicas. Ao se tratar da Assistência Social o contexto amplia um novo olhar para proteção no país, a qual historicamente foi vista numa concepção de caridade, doação, favor, enfim, ato de tutela para com o sujeito ou sua família em potencial risco ou vulnerabilidade social. Todavia, esta concepção tutelar corroborou diretamente a reprodução do usuário dependente, frágeis,

vitimizados, tutelados, logo sujeitos sub-representados ou assistido por organizações e instituições que lhe prestavam assistência (Brasil, 2004, p. 52).

A política proteção social surge com o desafio de modificar essa concepção. Atualmente são inúmeros os avanços possíveis de ser quantificado na realidade brasileira, como ex.: identificação da demanda de usuários dos serviços e social, etc.. Contribuindo assim a mensuração de informações e indicadores geográficos das situações de vulnerabilidade e riscos, bem como o redesenho da rede socioassistencial, redirecionando ações de proteção social a partir de critérios como: descentralização, regionalização, a municipalização, da gestão compartilhada, co-financiamento com responsabilidade nas diferentes esferas de governo, a participação e mobilização popular, etc., enfim uma concepção de rede de serviço socioassistencial alavancada a partir de decisões políticas tomadas pelo poder público em consonância com a sociedade, tendo como foco garantir os direitos do cidadão e inclusão social às famílias e os indivíduos em sua área geográfica.

Ressalta-se que, este sistema de Proteção Social, objetiva em síntese assegurar a sobrevivência através de benefícios classificados como continuado ou eventual, bem como a convivência familiar e comunitária, e a acolhida onde são desencadeadas as ações proteção, recuperação, reabilitação, socialização. Portanto, a finalidade da Defesa Social e Institucional, visa garantir aos usuários acesso a rede socioassistencial, além disso, percebe um trabalho informativo de cunho educativo sob os direitos de cidadania e dignidade, entre outros garantidos pelo estado.

Dentro desta lógica, a rede socioassistencial almeja desencadear suas ações partindo de um matriciamento sócio - familiar levando em conta as fragilidades como exclusão sociocultural, bem como a necessidade do estado cuidar e proteger os sujeitos, e as famílias exposto a vulnerabilidade e riscos sociais. Ao se tratar da instituição família por mais que novos modelos, arranjos ou feições acompanham as transformações contemporâneas ocorridas em sociedade (econômicas, sociais, científicas e tecnológicas), ela historicamente é a mediadora das relações entre o indivíduo e a sociedade.

Nesta ótica, uma das finalidades do estado é justamente em parceria com a sociedade dar condições de sustentabilidade mínima às famílias, e conseqüentemente aos indivíduos em situação de vulnerabilidade social, direito a cidadania, bem como acesso as ações sociais universais, equânimes e integrais em defesa da vida, corroborando assim para uma emancipação da instituição família enquanto sujeito coletivo valorizando a convivência familiar bem como a comunitária. Para tanto, esta emancipação requer a articulação em rede intersetorial, interdisciplinar, transversal com as demais políticas públicas sociais, visando

assegurar as diretrizes estabelecidas na Constituição Federal de 1988 que garante habitação adequada, educação de qualidade e a todos, trabalho e renda, cultura, segurança, direito de ir e vir, direito de comunicação entre outros direitos.

Sob este aspecto, o princípio da descentralização política administrativa bem como o territorialização, possibilitam conhecer, planejar, formular, monitorar, avaliar, enfim pensar, construir e implementar ações a partir da identificação dos problemas concretos diagnosticados ou vivenciados pela população ou comunidade local e regional (territorial/geográfica) diagnosticando os problemas pertinentes desta forma visando enfatizar o processo de emancipação individual ou da coletividade. Portanto, o trabalho em rede nos parece algo fundamental na construção da gestão democrática participativa e representativa, propondo um trabalho de articulação entre os diversos atores ou segmentos sociais, todos co-responsáveis/comprometido ou solidários em defesa da vida.

Ao se tratar gestão democrática e participativa fica evidente a criação de mecanismos que garantam a criação e participação dos usuários nos espaços democráticos e participativos como: os conselhos, fóruns, entre outros, assim incluídos as discussões da política da assistência social fomentando o protagonismo desses atores, ao instante que estimula a troca de experiência, assim, capacitando-os para o exercício do controle social.

Concretizar assim, a descentralização, bem como a participação popular/sociedade em geral, gestores, trabalhadores, conselheiros, usuários, entidades parceiras, logo, diferentes autores com uma profícua contribuição ao exercício da gestão democrática, reafirmando a fundamental relevância de um processo participativo nos moldes que processo democrático requer, ou seja, a co-responsabilidade.

2.2 Reforma Sanitária, protagonismo e autonomia do sujeito na construção e efetivação do SUS.

Em 1988 nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis orgânicas 8080 e 8142 ambas de 1990, objetivando colocar em prática a nova Constituição: Saúde integral para todos, não restrita à ausência de doença, mas promotora de uma vida com qualidade. Neste caso, incluindo novas dimensões às práticas de saúde tais como: prevenção, promoção e recuperação, exigindo nova postura dos trabalhadores, gestores e usuários (Brasil, 1988).

Com a efetivação do SUS como política de saúde, as crises geradas pela demanda da atenção primária crescente; atendimento de baixa qualidade; financiamento insuficiente;

deficiente regionalização e integração entre municípios e serviços; eficácia e eficiência dos hospitais e serviços especializados abaixo do esperado trouxeram inquietações para os entes envolvidos.

Campos (2007) nos remete a pensar que o SUS, como reforma sanitária é uma política que deu certo, porém apresenta problemas estruturais que colocam em risco a possibilidade de cumprir seus objetivos: melhorar a vida das pessoas, tendo como base o conceito de saúde não só como ausência de doença, mas resultante de fatores como: acesso à educação, trabalho, habitação, alimentação, lazer, etc. Ainda para o mesmo autor, desde que a concepção de saúde mudou, a partir de 1988, é preciso todos os elementos que estão presentes no conceito de saúde, para se ter saúde.

Entretanto, por ser uma política em construção o SUS enfrenta vários problemas: adequação dos recursos, serviços desumanizados, excesso de demanda, problemas de gestão e baixa participação do usuário, como protagonista do seu cuidado, entre outros problematizadores.

Na perspectiva de Campos (2007) é necessário enfrentar obstáculos políticos, de gestão e de reorganização, formando um grande movimento que visa à efetivação do bem-estar social, incluindo a luta pela saúde, a distribuição de renda, recuperação do espaço urbano, uma educação democrática e de qualidade, a qualidade da segurança, o trabalho e rejeição ao mau funcionamento das organizações públicas, são questões tangentes na realidade social as quais precisam serem repensadas, reorganizadas para um melhor funcionamento da sociedade.

Segundo Campos (2007) é possível mensurar outros problemas como: desigualdades no campo sócio-econômico e demanda crescente dificultando o acesso aos serviços de saúde com qualidade, pois muitas vezes se verifica um precário vínculo usuário - trabalhador, com um modelo de atenção pautado na queixa-conduta, precarização das relações de trabalho, inexpressiva participação do controle social e modelos de gestão inadequados aos avanços da política de saúde vigente, ainda perduram até hoje. Dentro desta perspectiva a desigualdade é sinônima da violência, da pobreza. Conforme, YASBECK, (1993).

A violência da pobreza constitui parte de nossa experiência diária na sociedade brasileira contemporânea. Os impactos destrutivos do sistema vão deixando marcas exteriores sobre a população empobrecida: o aviltamento do trabalho, o desemprego, a debilidade da saúde, o desconforto, a moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a ignorância, a fadiga, a resignação, são alguns sinais que anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados da

sociedade. Sinais em que muitas vezes se ocultam a resistência e a capacidade dessa população de lutar cotidianamente para sobreviver (Yasbeck, 1993, p.61).

Dentro desta lógica, nos referimos a, Campos (2005), o qual nos possibilita pensar / refletir a eficácia, eficiência e efetividade do SUS, por meio de um trabalho em rede requerendo um trabalho de mobilização social em defesa da melhor distribuição de renda e da efetiva capacidade de melhorar a saúde da população, integrando e articulando o SUS às demais políticas de proteção social, o que ampliaria a produção social da saúde. Assim, visando modificar a lógica de produzir saúde, a Comissão Intergestores Tripartite, conforme a Portaria 399 de 22/02/2006, do Ministério da Saúde – MS insere a humanização da atenção e gestão no Pacto pela Saúde aprovada com finalidade de responsabilizar os gestores do SUS.

A partir de então, a humanização faz parte do processo de contratualização do SUS tendo como propósito fortalecer as iniciativas de humanização existentes e desenvolver junto à rede de serviços estratégias de mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão, tendo por base três dimensões quais são: O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão⁵ (BRASIL, 2006).

Sob este aspecto, a humanização caracteriza-se, portanto, como uma temática que vem redirecionar os princípios e diretrizes do SUS, ou seja, estrutura-se através de uma rede integrada de ações e serviços com co- responsabilidade e caráter inter-complementar; universalidade, equidade e integralidade, regionalização e hierarquização da atenção básica como estratégia fundamental para entrada no sistema; atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde (visando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação); gestão participativa com avaliação dos resultados e do desempenho e a participação social visando um melhor controle social (BRASIL, 2006). Portanto,

[...] necessitamos refletir quais são nossos verdadeiros papéis enquanto atores neste mundo do trabalho. Necessitamos transitar por uma nova ética profissional, que possibilite uma consciência existencial, cultivando o valor das relações humanas mais comprometidas com - o - outro. É o momento de trilhar uma enfermagem que não se dá e nem se faz no isolamento, mas compartilhada com todos os sujeitos envolvidos (OLIVO, 1998, p. 5).

5 O Pacto pela Vida, que visa o compromisso sanitário e a priorização das necessidades de saúde da população, principalmente, dos grupos mais vulneráveis; (BRASIL, 2006). O Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006). Que culminou com a edição da Carta de Defesa dos Usuários do SUS que é um movimento de co-responsabilidade e participação de todos, ou seja, surge como repolitizador e mobilizador da sociedade para a consolidação da política pública de saúde; (BRASIL, 2006). O Pacto de Gestão busca a responsabilização solidária, nas questões do planejamento, da programação pactuada e integrada, da regulamentação, participação e controle social, bem como a gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006).

Entretanto, é possível perceber que o conceito de humanização da assistência à saúde está inserido em um contexto de muitas discussões e, por vezes, divergente, sendo uma,

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; - Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; - Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; - Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; - Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; - Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; - Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006, p.15).

Para Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2005), é possível dar formas efetivas para a humanização das práticas em saúde, com a finalidade de compreender e ampliar a temática para além de seus componentes técnicos e instrumentais e nesse sentido, a humanização deve permear a práxis de todos os trabalhadores de saúde. Lunardi Filho (1998), ao afirmar que:

[...] o trabalhador, desapropriado de sua competência, é cada vez mais mutilado e despojado de seu caráter humano e inteligente. O trabalho do produtor unitário é cada vez mais privado de seu conteúdo humano, tornando-se repetitivo e maquinal (LUNARDI FILHO, 1998, P. 50-51).

Para Backes, Lunardi, Lunardi Filho, (2005), a humanização significa considerar a essência do ser humano, o respeito à individualidade e às diferenças profissionais, bem como a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde, o qual legitime o aspecto humano de todas as pessoas envolvidas sejam estas profissionais da saúde, gestores ou usuários em geral.

O termo humanizar significa tornar humano de acordo com Ferreira (2001.p, 398), portanto humanização é o ato de humanizar⁶.

Logo entendemos que o conceito humanizar o cuidado de enfermagem pressupõe dar espaço tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais⁷.

⁶ Segundo BETS, 2009 a palavra humanizar significa: “Garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, precisam tanto que as palavras com que o sujeito as expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente.” <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>

Neste caso, a aplicabilidade da humanização esta relacionada à valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; ou seja, a humanização pressupõe tornar acessível os serviços e as ações em saúde (BRASIL, 2006).

A humanização nasce como Programa Hospitalar de Humanização em 2003 e 2006 é implementada como a Política Nacional de Humanização - PNH sendo uma proposta do Ministério da Saúde a partir da constatação da necessidade de ações fortalecedoras do SUS, modelo ameaçado por desafios que se impõem frente ao desencantamento dos sujeitos implicados: gestores, trabalhadores e usuários, convocando a todos para mudanças deste cenário cultural e social. Na perspectiva de Passos, (2007) o sujeito não consegue transformar o mundo sozinho, ou seja, o trabalho em rede nos parece ser algo fundamental. Portanto, compreende um trabalho coletivo, participativo fortalecendo cada vez mais os trabalhadores da rede.

Teixeira (2003) ainda complementa que as redes produzem o encontro de potências individuais (zona de singularização) e o encontro do espaço de realização das potências comunitárias (zonas de comunidade). Estas potências se manifestam nos serviços de saúde através da troca de ampliação dos saberes, rodas de conversa, que conforme Campos (2005, p. 401): “[...] é capaz de movimentar a sociedade na organização de novos espaços, [...] de contribuir para a defesa da vida, construindo esperança e futuro”. Para tanto, a humanização constitui a rede psicossocial, dos sujeitos envolvidos, formada por seus elementos, afetos, poderes, saberes e símbolos, cada qual com sua força.

2.3 A Política Nacional de Humanização e a valorização dos diferentes sujeitos

Por humanização do SUS, entende-se a valorização dos diferentes sujeitos: usuários, trabalhadores e gestores, participantes do processo de produção de saúde, visando fortalecer o SUS (BRASIL, 2006). Como uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, para a sua operacionalização e efetivação implica:

- ao gestor, potencializar a co-gestão, gestão participativa, democrática;

⁷ [...] não há como mudar os modelos de produção de saúde, sem que tenhamos novos atores co-responsáveis e protagonistas. (Passos, 2006, p.56)[...] é necessário, portanto, a produção de saúde e de sujeitos, mudando ao mesmo tempo os modos de cuidar e os modos de gerir os processos de trabalho, o processo de construção está em constante avaliação [...] (Passos, 2006, p. 62).

- aos trabalhadores propõem a repensar as práticas de trabalho fragmentado, individualizado, desrespeitando a subjetividade e direito dos usuários;

Já aos usuários, busca conscientizar quanto a sua participação e sua responsabilidade como co-responsável no processo de saúde.

Percebe-se que esse novo modelo de fazer saúde, objetiva: Democratizar o acesso aos serviços com redução de filas; proporcionar atendimento acolhedor, resolutivo e mais rápido, baseado em critérios de risco; implantar modelos de atenção com responsabilização e vínculo; garantir os direitos dos usuários; valorizar os trabalhadores da saúde; fomentar a participação dos trabalhadores e usuários, na gestão dos serviços (BRASIL, 2006).

Acredita-se que a humanização do SUS, pode diminuir as desigualdades entre saberes e práticas, e garantir o aperfeiçoamento do sistema através do acesso universal, igualitário e equânime à saúde com o formato adequado a cada realidade, com a participação e controle social, atendendo à subjetividade dos usuários, através de um atendimento mais digno e qualificado.

É importante enfatizar que para consolidar o SUS, a humanização da atenção e gestão apresenta-se, como política transversal atuando através do princípio da transversalidade, na valorização dos diversos saberes, pelo relacionamento interpessoal, de conexão, ou seja, desenvolvendo uma confecção entre as redes neste sentido o diálogo entre o trinômio gestor, trabalhador e usuário, é algo fundamental para o sucesso da rede. Nesse sentido a essência da humanização, requer repensar o método, a partir da construção de políticas públicas de saúde comprometidas em deseja da vida.

Nessa perspectiva a humanização apresenta conceito-experiência, pautado pelas trocas solidárias, com a criação de redes, comprometidas com a produção de saúde e a busca da qualidade de vida e fortalecimento dos coletivos.

Destaca-se que o principal objeto da humanização é o sujeito, buscando o desenvolvimento integral do ser humano, sejam usuários, trabalhadores ou gestores; o alcance deste é o parâmetro para se avaliar as políticas públicas e não somente a frieza dos indicadores epidemiológicos.

Nesse sentido, entende-se então a humanização do SUS como a oposição da organização social contemporânea, pautado na gestão compartilhada, na valorização das relações interpessoais, com a criação de vínculos, respeito aos direitos dos usuários e do saber popular.

Para isso é preciso mudar a lógica da produtividade economicista, contrapondo às práticas fragmentadas, o especialismo, e investir em ações concretas dos serviços de saúde em defesa da qualidade de vida e o respeito à subjetividade das pessoas.

2.5 A Humanização da Assistência e a Atenção Psicossocial

A temática da humanização na atenção psicossocial, mesmo que amplamente ou não discutida e divulgada, carece de reflexões e investigações mais diretamente relacionadas à atenção psicossocial uma vez que, requer modificações nas condutas e ações de gestores e trabalhadores para com os usuários da Atenção Psicossocial.

Sob este aspecto entre outros, na dinâmica do cuidado humanizado na atenção psicossocial é preciso ir além da doença, é preciso analisar o contexto em que o indivíduo e sua família estão inseridos, ou seja, o contexto social.

Nesse sentido, a humanização no âmbito da PNH dispõe mecanismos para construir e efetivar relações pautadas pela ética de valores humanizantes, capaz de aproximar e estabelecer vínculos de confiança, os quais contribuem para que o usuário se sinta à vontade para expor seus sentimentos, suas angústias, suas dúvidas e seus temores.

Neste caso, é a partir da comunicação estabelecida com o usuário é que podemos enquanto gestor ou trabalhador compreendê-lo como um ser integral, isto é, apreender a sua visão de mundo, seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim, poderemos identificar suas reais necessidades com base no significado que ele atribui aos fatos e eventos que lhe são singulares.

Todavia, a humanização na atenção psicossocial requer sensibilidade para saber compreender e acolher o que existe por trás de cada sujeito em sofrimento ou transtorno mental ou com necessidade em saúde em decorrência do uso de drogas lícitas ou ilícitas. Sob este aspecto, reconhecer que o sujeito usuário da atenção psicossocial não é um homem 'perdido' simples objeto manipulável, logo, ele é singular portador de um saber diferente e que deve ser respeitado e tratado como sujeito que necessita de um olhar humanizado no que se refere a sua condição social. Nesta perspectiva, o que se percebe são políticas públicas de humanização por meio do viés interdisciplinar e transversal enfatizadas no cuidado integral do sujeito em situação de risco e vulnerabilidade social. Logo, a assistência à atenção psicossocial precisa ser criada e recriada pelo envolvimento e comprometimento de todos os autores e atores sociais.

Entretanto, desencadear ações de inclusão e humanização a assistência à saúde, do sujeito usuário da atenção psicossocial pode ser caracterizada como um desafio instigante, visto que, humanizar o cuidado da assistência psicossocial não é promover atitudes humanitárias, voluntárias ou de favores, etc. e, sim, ampliar um olhar à singularidade deste sujeito, sua história de vida. Logo, os riscos sociais e vulnerabilidades sociais os quais estão expostos, bem como a re-inserção social.

Nesta perspectiva, a humanização, deve constituir-se num processo dinâmico e gradual de transformação da cultura institucional pelo reconhecimento e valorização dos aspectos subjetivos, isto é, pela valorização do indivíduo como um ser singular e multidimensional. Assim, um processo que envolve conscientização contínua, mediante uma leitura crítica da realidade, mudança de atitudes e comportamentos e uma real percepção do valor da pessoa humana como sujeito da sua história.

Sob este aspecto, compreende, essencialmente, a qualificação das relações humanas, seja no contato profissional, seja na relação com os usuários ou na relação da pessoa consigo mesma. Desse modo, pressupondo um permanente sentir-se com o outro também humano, para manifestar a sua sensibilidade, solidariedade e estabelecer uma relação de sujeitos.

Na contemporaneidade a temática Atenção Psicossocial humanizada é um novo modelo de assistência à saúde mental, que objetiva, por meio de rede de serviço a promoção de serviços comunitários, logo, desencadeando ações pró - ativas com finalidade de promover ações de saúde, de redução de riscos e vulnerabilidade sociais, visando à socialização, a reabilitação, a reinserção social, enfim um dos seus objetivos é justamente a atenção humanizada para o exercício da cidadania do sujeito portador de problemas mentais severos e persistentes.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Para atender o objetivo busca-se, efetuar uma pesquisa método cartográfico: entende-se, que a metodologia escolhida seja a mais adequada, pois, consiste no acompanhamento de processos de produção de subjetividade, procurando apontar a dimensão coletiva desta construção.

[...] estudar processos acompanhando movimentos, mais do que apreendendo estruturas e estados de coisas? Investigando processos, como lançar mão de um mé-

todo igualmente processual? Como assegurar, no plano dos processos, a sintonia entre objeto e método? Desde o início estávamos cientes de que a elaboração do método da cartografia não poderia levar à formulação de regras ou protocolos (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p. 8).

O presente estudo foi desencadeado junto ao Serviço Proteção especial de Alta Complexidade denominado Casa de Passagem para Adulto de Santa Maria – Rio Grande do Sul, localizado na Rua Sete de Setembro, 806, bairro Perpétuo Socorro, nesta cidade. A responsável pela administração e gerenciamento desta Instituição Pública é da Ação e Cidadania- RS CNPJ 00797930/0001-18, Razão Social Comitê Gaúcho de Ação da Cidadania é uma organização sem fins lucrativos.

O Município de Santa Maria – RS, conforme a classificação dos Municípios Segundo Total de Habitante pertence ao grupo dos grandes municípios: com população entre 100.001 a 900.000 habitantes (PNAS/2004, p. 18 apud IBGE, 2000).

O presente estudo em campo prático de observação foi desencadeado no período de março a novembro de 2012, das 08h às 12 horas de segunda a sexta-feira, com uma carga horária semanal de vinte horas, no período da manhã. A observação ocorreu paralelo às atividades de responsabilidade do profissional enfermeiro, na qual a autora deste estudo é integrante desta equipe. A investigação junto ao referido projeto socioassistencial, buscou observar as ações socioassistenciais de responsabilidade técnica desta Instituição de Alta Complexidade, localizada em Santa Maria-RS, para tanto foi observado a realidade cotidiana deste projeto, a partir de acolhimento em vulnerabilidade social, à equipe técnica desenvolvia diariamente conversas individuais e coletivas com acolhidos, encaminhamento ao Pronto Atendimento 24 horas (PA) de Santa Maria-RS, Encaminhamento ao Centro de Referência Social (CRAS), acompanhamento em oficinas, bem como manuseio de documentos comprobatórios das ações realizadas pela equipe técnica, como: ficha de acolhimento, cadastro do usuário, mapeamento dos pontos estratégicos de acolhimento, entre outros.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como jamais visto na sociedade, hoje deparamos com um aumento acelerado de pedintes nas ruas, seja nas sinaleiras das grandes metrópoles ou perambulando pelas ruas mendigando nas pequenas cidades, batendo nas portas das residências, estabelecimentos comerciais em busca de alimentos ou de apenas algumas moedas. Parece-nos, se tratar de

uma questão social e de saúde sanitária! Mas nos perguntamos quem são estas pessoas consideradas em situação de risco e vulnerabilidade social?

É aquele segmento da população que vive em uma situação de extrema pobreza e que, por contingência temporária ou de forma permanente, está habitando logradouros públicos [...] como praças, jardins, casas abandonadas, embaixo de pontes ou viadutos, “mocós”, entre outros locais (BARBOSA, 1998:48).

O projeto: denominado Serviço Proteção especial de Alta Complexidade denominado Casa de Passagem para Adulto de SM/RS, desde 1993 vêm desencadando ações no combate à pobreza, à miséria e à fome, bem como fomentar a valorização à vida, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos exposto a risco e vulnerabilidade social. Vieira, Bezerra e Rosa (1994) identificam três situações em relação à permanência na rua:

As pessoas que ficam na rua configuram uma situação circunstancial que reflete a precariedade da vida, pelo desemprego ou por estarem chegando à cidade em busca de emprego, de tratamento de saúde ou de parentes. Nesses casos, em razão do medo da violência e da própria condição vulnerável em que se encontram, costumam passar à noite em albergues, rodoviárias e outros locais públicos. b) As pessoas que estão na rua são aquelas que já não consideram a rua tão ameaçadora e, em razão disso, passam a estabelecer relações com as pessoas que vivem na ou da rua, assumindo como estratégia de sobrevivência a realização de pequenas tarefas com algum rendimento. É o caso dos guardadores de carro, descarregadores de carga, catadores de papéis ou latinhas. c) As pessoas que são da rua são aquelas que já estão há um bom tempo na rua e, em função disso, foram sofrendo um processo de debilitação física e mental, especialmente pelo uso do álcool e das drogas, pela alimentação deficitária, pela exposição e pela vulnerabilidade à violência (VIEIRA, BEZERRA E ROSA, 1994, p. 93-95).

Devemos sinalar existir variações de nomenclatura no que se refere o conceito de população de rua, ou seja, não havendo consenso entre os pesquisadores. Dentro das ações de política social deve desenvolver mecanismos para a real efetivação dessas práticas. Nesta perspectiva De Lucca (2007), nos chama a atenção para a importância da ação de uma política social.

[...] que parece ter abandonado progressivamente a meta de reformar ou “reinsere” a população de rua e, em lugar disso, passou a se preocupar, mais e mais, em supervisionar suas vidas para que não atrapalhem ou transmitam insegurança à paisagem do Centro. Trata-se de gerir a população de rua de modo que sua aleatoriedade não atrapalhe o andamento das práticas na cidade. A reinserção parece ter se tornado uma questão no mínimo secundária, sendo que aquilo que salta em primeiro plano é justamente a produção de uma paisagem urbana supostamente protegida. Com isso, tentam assegurar o espaço da rua contra possíveis transgressões numa luta minúscula e diária contra todas as pequenas incivildades, infrações, distúrbios e infortúnios que possam ser vistos como “incubadores” do perigo, do risco social e da decadência moral” (DE LUCCA, 2007, p. 227).

A observação ao decorrer do presente estudo: é possível observar no cotidiano das ações de responsabilidade técnica desta instituição um clima acolhedor e descontraído logo, elo-territorial, permitindo conhecer seus espaços e suas histórias, a partir de seus olhares, as escutas ativas, pela sensibilidade, odores, gostos e ritmos, ou seja, conhecer com a cognição ampliada, isto é, aberta ao plano dos afetos, etc., um estar com outro participando daquilo que acontece nesta comunidade.

Os colaboradores: para desencadear o desenvolvimento e execução do projeto, a instituição atua em equipe interdisciplinar composta por 27 colaboradores composta por: Diretoria Serviço, Social, Psicologia, Enfermagem, Administração, Serviços Gerais, entre outros.

A Rede: para atender a demanda acolhida, articula-se com a Rede Municipal de Atenção à Saúde representada pelo:

- Centro de Testagem e Aconselhamento Testagem e Aconselhamento – CTA,
- Ambulatório Municipal DST/HIV/Aids e Hepatites Virais,
- Serviço Municipal de Controle da Tuberculose,
- Ambulatório do Rosário,
- CEDAS-Centro de Diagnóstico Especializado,
- Os Caps: Caminho do Sol – Álcool e Drogas Adulto; Prado Veppo – Adulto com portador de Doenças Mentais; Cia do Recomeço – Álcool e Drogas Infantil e Adolescente;
- Ambulatório de Saúde Mental,
- Casa Treze de Maio, sede da Política Municipal de DST/HIV/Aids,
- Ambulatorio de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário de santa Maria-HUSM e demais setores desta instituição,

Entre instituições que compoem a rede socioassistencial:

- Secretaria Municipal de Assistencia Social,
- CREAS,
- CRAS
- Alcoólicos Anônimos - AA,

Além da rede citada anteriormente mantem parceria o Programa Mesa Brasil.

Tempo Estimado de Permanencia: Nesta perspectiva, o objetivo do serviço a ser prestado se destina a gestão e manutenção de acolhimento institucional imediato e provisória, sendo responsável pelo alojamento, bem como o fornecimento de roupas de

cama e banho, alimentação, higiene, administração de cuidados de saúde imediatos (curativos, nebulizações, aplicações de medicamentos) e mediatos como encaminhamento aos serviços de saúde, para consultas clínicas e especializadas, acesso a exames, medicamentos, assim como a reabilitação e (re)inserção dos sujeitos adultos de ambos os sexos expostos a risco social e vulnerabilidades e, com perda de vínculos familiares, sociais e de direitos como cidadãos.

As oficinas de geração de renda. Ressalta-se que a presente Instituição desenvolve projetos a partir de oficinas e arte e geração de renda como: Horta Comunitaria, Produção de Detergentes e Sabão caseiros, artesanato com material reciclável, tapetes etc.

Estrutura física e proteção integral: suporte físico para o acolhimento diário de até 50 pessoas.

Público acolhido na instituição: público adulto, homens e mulheres, de dezoito anos completos a sessenta e cinco anos, em de risco e vulnerabilidade social, moradores de rua, andarilhos, provenientes de outros municípios ou estados, sendo a grande maioria usuários de drogas lícitas e ilícitas, bem como portadores de diferentes patologias incluídos os transtornos mentais, HIV/Aids, Tuberculose, Hepatite C, Diabéticos, Hipertensos, entre outras.

Um fator fundamental observado é o agrupamento entre as pessoas moradoras de rua visando uma maior sobrevivência e apoio entre os membros desenvolvendo desta forma um código de ética entre os mesmos isto faz com que esse grupo se torna referência de convívio.

O agrupamento torna-se, nesses casos, estratégias de sobrevivência, entendida enquanto proteção e segurança, não sendo fundamental com quem se agrupar e sim o ato de agrupar-se. Além disso, nos grupos a pessoa recupera, até certo ponto, sua identidade pessoal e social; ela é aceita na condição de igual, enquanto que, por outros segmentos sociais, é discriminada e inferiorizada (VIEIRA, 2004, p. 58).

O acolhimento: abrodagens: na rua, sujeito ou familiar solicita acolhimento provisório, maus tratos e abandonos, etc.

Escolaridade: a partir de análise da ficha de acolhimento institucional identifica-se que a maioria dos sujeitos ali acolhidos possui o ensino fundamental incompleto, raras vezes ensino médio completo ou graduação.

Histórico de vida: observou-se o relato individual ou coletivo e que praticamente todos são oriundos de famílias em situação de risco e vulnerabilidade, que passam por

muitas dificuldades emocionais e financeiras e que conseqüentemente transmitem tais vivências e experiências de geração a geração. Estes, automaticamente reproduzem tal comportamento que os levam a marginalidade. Na perspectiva de Vieira,

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

Logo, histórico de pais quase sempre usuários de drogas lícitas e ilícitas (de um ou ambos), família numerosa, quase sempre desconhecem a ausência da figura paterna.

Outro fator comum, relato de violência familiar e urbana, que viveram ou vivem em situação de vulnerabilidade social, tendo grandes dificuldades para acessar os equipamentos públicos de saúde, educação, assistência social. *“De forma geral, o indivíduo vai sofrendo um processo de depauperamento físico e mental em função da má alimentação, precárias condições de higiene e pelo uso constante de álcool”* (VIEIRA, 2004, p.94).

Nesse sentido, alguns dos acolhidos do ponto de vista do observador, são capazes de apresentar resiliência em acesso à cidadania como: moradia, alimentação, trabalho, renda, transporte, cultura, lazer, vestuário, conhecimento, educação/capacitação/profissionalização, saúde, pertencimento a familiar, a vida comunitária (amigos, vizinhos), entre outros fatores.

Ao se tratar de reinserção social, não existe um receituário de como assisti-lo de forma integral, visto que o sujeito em risco e vulnerabilidade social, na maioria das vezes pelo histórico progresso de criminalidade, dependência química, etc. vivência um constante recomeço, recaídas, reabilitação, enfim, enquanto trabalhador cabe a nós zelar pela integridade deste usuário, bem como mobilizar a sociedade em defesa desta causa, buscando assim, ampliar uma política de valores e fácil acessibilidade enquanto sujeito de direitos.

Neste caso, o termo reinserir pode ser comparado a “argila em mãos de oleiro”, uma vez que, requer o acolhimento, o cuidar singular, sob este aspecto entre outros, nos trabalhadores da área socioassistencial somos ao mesmo instante: observadores e protagonistas. Neste sentido, destaca-se a importância de inserir o profissional de enfermagem no SUAS, já que, entre as responsabilidades técnicas deste profissional destaca-se a educação em saúde.

O portador de transtorno mental: A maior parte do usuário acolhido na Casa de Passagem para Adulto possui diagnóstico e em tratamento psiquiátrico, nesse caso, cabe lembrar que:

A reforma psiquiátrica em seus 30 anos, objetiva modificar ou transformar a percepção da sociedade em relação ao significado dos termos: louco e a loucura, ampliando um olhar sob a o doente mental, isto corrobora a discussão social em todos os aspectos, logo, técnicos científicos, ético, político, espiritual, cultural e social.

Ao se tratar da reforma psiquiátrica alguns aspectos históricos devem ser levados em consideração: como o paradigma de tratamento a ser utilizado ou já utilizado, e do cuidado para com o usuário, como: paternalismo e a maternagem institucional; são fatores negativos que corroboram diretamente para que o usuário se tornar dependente do serviço assistencial, muitas vezes tais fatores vem acompanhados da infantilização deste sujeito usuário. Todavia, verifica que aspectos referentes à estabilidade, empoderamento, recaída, a própria autonomia seja esta do sujeito usuário ou do curador são questões complexas que permeia o paradigma histórico assistencial.

Sob este aspecto, a desinstitucionalização maioria das vezes encontra-se refletida no serviço de Alta Complexidade para adultos, a qual pode ser caracterizada, como uma nova modalidade de institucionalização do portador de transtornos mentais de melhor aceitação da sociedade.

Ao contrário do modelo psiquiátrico de caráter hospitalocêntrico regime fechado, excludente do sujeito portador de sofrimento mental do convívio social, a nova modalidade serviço socioassistencial gentilmente acolhe provisoriamente o sujeito em situação vulnerável por meio de uma metodologia de convívio aberto ou de livre circulação no âmbito da denominada Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Nesta perspectiva citamos como exemplo: a Casa de Passagem, o Albergue, são instituições que prestam o referido serviço⁸.

Todavia uma nova forma de pensar a liberdade para o portador de transtornos mentais, a qual deixa evidente a percepção da sociedade sob o doente mental, conferindo

⁸ Vigilância Social : produção, sistematização de informações, indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social que incidem sobre famílias/pessoas nos diferentes ciclos da vida como: crianças, adolescentes, jovens, pessoas com redução da capacidade pessoal com deficiência, em abandono, adultos, idosos, vítimas de diferentes formas de exploração, de violência, de ameaças; de preconceitos; vítimas de apatidão social que lhes impossibilite sua autonomia e integridade; vigilância sobre os padrões de serviços de assistência social em especial albergues, abrigos, residências, semi-residências, moradias provisórias. **Proteção Social:** os serviços de proteção básica e especial devem garantir a segurança de sobrevivência (por meio de benefícios continuados e eventuais que assegurem proteção social básica e especial), Segurança e convívio (pelo cuidados e serviços que restabeleçam vínculos pessoais, familiares, de vizinhança, de segmento social, mediante a oferta de experiências sócio-educativas, lúdicas, sócio-culturais, desenvolvidas em rede de núcleos sócio-educativos e de convivência), Segurança de Acolhida (através de ações, cuidados serviços e projetos operados em rede, destinada à proteger e recuperar às situações de abandono e isolamento). **Defesa Social e Institucional:** os serviços de proteção básica e especial devem ser organizados de forma a garantir aos seus usuários o acesso ao conhecimento dos direitos sócio-assistenciais e sua defesa. (BRASIL, 2004)

uma identidade estigmatizante, de não ser mais considerados como pessoas dignas de respeito e de amor, sim da exclusão.

Rosa nos ajuda a concluir refletindo que,

Às instituições sociais cabe o papel importante, qual seja, o de propiciar a superação do sentimento de inutilidade social e resgate da auto-estima, criando oportunidades de identificarem vivências comuns e possíveis formas coletivas de reflexão e organização.(ROSA, 2005, p.193).

Nesta perspectiva, a desinstitucionalização do doente mental, e, a inclusão provisória no serviço sócioassistencial de alta complexidade, neste caso, a Casa de Passagem para Adulto, pode ser caracterizado como descarrego social do sujeito doente mental do regime fechado para a liberdade assistida.

Isto no remete alguns questionamento de como desencadear ações integrais a sujeito doente mental, em uma instituição que não se-encontra devidamente preparada assumir, intervir, bem como possibilitar a construção de vínculos e favoreça as trocas sociais. Onde o sujeito em sofrimento mental seja considerado em sua totalidade, subjetiva e existencial, com direitos humanos, individuais e civis respeitados.

5. CONCLUSÃO

A Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 se apresenta como uma proposta de promover novas formas bases para a relação entre Estado e sociedade a partir das diferentes formas de proteção social como: básica, especial, média e alta complexidade, a matricialidade sociofamiliar, a partir da descentralização e regionalização. Para tanto, evidencia-se na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, (LEI Nº. 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993), no capítulo II, artigo 4º, mecanismos para garantir a política pública de seguridade social (saúde e previdência social), aos sujeitos que dela necessitar.

Sabemos que, articular ações em rede socioassistencial às demais políticas sociais no combate e superação das desigualdades e disparidades sociais, econômicas, regionais ou locais, em defesa do direito a cidadania inda é problematizador

Já, o Serviço de Socioassistencial de Alta Complexidade pode ser considerado como um desafio uma vez que, impõem a necessidade de ação-reflexão sobre complexidade da saúde pública, sensibilizar e mobilizar os sujeitos implicados repensar/refletir sua trajetória de co-responsáveis/co-participantes, na transformação do serviço social, em um modelo de atenção mais resolutivo e solidário, promovendo a defesa da vida e contagiados pelas novas

relações pautadas na escuta do outro, no respeito às subjetividades de trabalhadores e usuários.

Contudo é possível observar que esta instituição de alta complexidade apresenta uma excelente qualidade no acolhimento assistencial. Uma vez que, as ações de atenção e cuidados à saúde são voltadas a promover a inclusão do sujeito acolhido junto à rede socioassistencial, respeitando sua singularidade, logo, trajetória pessoal, potencialidades e fragilidades, perspectivas futuras.

Sendo assim, a garantia de acolhimento humanizado/solidário/singular, conforme os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH por todos os profissionais que compõem a equipe de trabalho, além disso, a promoção da Ambiência tanto para a equipe profissional bem como ao acolhido e a comunidade de área geográfica.

Enfatiza-se ainda, a criação de espaços abertos em rodas de discussão em dois momentos: o primeiro aberto a equipe profissional dialogar suas ações. Já o segundo momento é realizado pela equipe técnica e acolhidos, objetivando a promoção de saúde, ou seja, orientando o acolhido quanto a seu compromisso com o respeito mútuo, conviver com o coletivo, suas responsabilidades, seus direitos e deveres conforme expressa o regulamento da Casa, almejando assim que o sujeito exerça o direito de aprender a exercer sua liberdade de forma responsável e cidadã.

Sob este aspecto, as ações assistenciais e educativas de responsabilidade técnica da Casa de Passagem objetivam em síntese ao acolhido o aprimoramento de capacidades pessoais e sociais, ou seja, a capacitação a construção de seu projeto de vida, corroborando a novas escolhas, novas relações com ele próprio, com o outro e com a comunidade, logo, atuar pro - ativamente para a consecução dos próprios objetivos. Bem como a co-responsabilidade pela sua saúde, a adesão na rede de saúde e socioassistencial.

Outro fator importante são as ações direcionadas à convivência familiar e amigos, visam sensibilizar a família sob a importância de sua participação no processo terapêutico, visando à adesão ao tratamento, criando um vínculo de compartilhamento de experiências e ajuda mútua, participação e co-responsabilidade, em conjunto com a equipe multiprofissional, usuário, família, e sociedade.

Sob este aspecto entre outros, sensibilização a família para ampliar um olhar sobre a situação deste sujeito e os motivos que o levaram ao processo de exclusão social, promovendo assim, a reaproximação à convivência na instituição família e comunidade, buscando a adesão ao processo de reinserção social.

Assim, tais ações estimulam a promoção de mecanismo que promovam a auto-estima do grupo familiar, os quais na maioria das vezes são vítimas de estigmatização, preconceitos, etc. pela sociedade e principalmente pela comunidade de sua inserção, além disso, permite identificar, as condições socioeconômicas da família, e possibilitando assim encaminhar e acompanhar quando necessário e inclusão em programas governamentais.

Todavia, no desencadear do processo ação-reflexão, nos colocou em momentos: o sujeito sensível, em situação de vulnerabilidade e risco social, parte de um contexto de desigualdades, com histórico muitas vezes de exclusão e sofrimento e que se apresenta também necessitando de reinserção e oportunidades de vida dignas.

E, o trabalhador responsável por intervir, neste caso, diante da necessidade desencadeamento de práticas pro-ativas em emergências ou situações problemáticas como o caso do sujeito em sofrimento psiquiátrico, a identificação do sujeito abandonado, doença e óbito, entre outras complexidades ou desafios do cotidiano de uma política ainda em construção que a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004.

Sob este aspecto, percebe-se que os trabalhadores para produzir as ações, buscam construir uma relação de cumplicidade e solidariedade, um exemplo disso é implementação das rodas de conversar para a identificação e análise e monitoramento dos indicadores, a partir do fomento a grupalidade ou co-responsabilização e compromisso com as práticas e a indissociabilidade entre o saber e o intervir.

6 REFERÊNCIAS

BARBOSA, E.M. **Pobreza Urbana**. Porto Alegre, FEE, 1998.

BRASIL. **Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome**, Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social–PNAS**. Brasília, 2004

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**, Brasília, Novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

_____. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Texto da Resolução N° 109, de Novembro de 2009.

_____.Lei no. 8.742. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 1993; 7 dez.

BACKES, D. S.; LUNARDI, W. D. F.; LUNARDI, V. L. **A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire.** Revista Texto Contexto Enfermagem 2005 Jul. - Set; 14(3): 427-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a15.pdf> acesso em agosto / 2012.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar.** Sala de Leitura. Instituto A Casa, 2009. Disponível em: <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37> acesso em agosto / 2012.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão: In CASTEL,R; WANDERLEY, L.E.W.; BELFIOREWANDERLEY, M. **As metamorfoses da questão social**, 2a ed., São Paulo, Ed Vozes, 2002.

CAMPOS, André [et. al.] (orgs). **Atlas da exclusão social no Brasil, vol. 2: dinâmica e manifestação territorial.** São Paulo: Cortez, 2004.

CAMPOS, G. W. de S. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface- Comunicação, Saúde, Educação.** v. 9, n. 17. 2005.

DE LUCCA, Daniel. **A rua em movimento - experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua.** 241 f. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.2007.

ELIAS, Nobert e SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder** 599 RBSE, v. 7, n. 21, João Pessoa, GREM, dez 2008 – ISSN 1676-8965 a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2000.

IBGE, 2000, Atlas do Desenvolvimento Humano, 2002.

ONOCKO, R. C. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate.** v. 27, n. 64. Rio de Janeiro, mai./ago. 2003.

PASSOS, E. (org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PASSOS Eduardo, KASTRUP Virgínia e ESCÓSSIA Liliana da. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / orgs.** - Porto Alegre: Sulina, 2009.

RESOLUÇÃO Nº 045/07 - CIB/RS. Dispõem sobre Comissão Intergestores Bipartite/RS. Disponível em: http://saúde.rs.gov.br/dados/1190922244121cibr045_07.pdf acesso em agosto / 2012.

ROSA, C. M. M. **Vidas de Rua.** Co-edição. São Paulo: HUCITEC, 2005.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

TAVARES, Ulisses. **Viva a poesia viva** - São Paulo: Saraiva, 1997.p.57.

VIEIRA, M. A.C. Et al. População de rua quem é, como vive, **como é vista**.3.ed. São Paulo: Hucitec,2004.

YASBECK, M. C. **Classes Subalternas e Assistência Social**: Cortez, 1993.