

Universidade do Vale do Paraíba
Faculdade de Educação e Artes
Curso de Psicologia

Aleksandra Csoknyai Del Monte
Alexandre Castilho Granado
Marcelo Lin Fernandes Justino

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: A VOZ
SILENCIADA**

São José dos Campos
2025

**Aleksandra Csoknyai Del Monte
Alexandre Castilho Granado
Marcelo Lin Fernandes Justino**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: A VOZ
SILENCIADA**

Relatório Final apresentado como parte
das exigências da disciplina Trabalho de
Graduação à Banca Avaliadora do Curso
de Psicologia da Faculdade de Educação e
Artes da Universidade do Vale do Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Guadagnin

São José dos Campos
2025

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DA OBRA

Ficha catalográfica

Del Monte, Aleksandra Csoknyai

Dependência química em mulheres em situação de rua : a voz silenciada / Aleksandra Csoknyai Del Monte; Alexandre Castilho Granado; Marcelo Lin Fernandes Justino; orientador, Dr. Eduardo Guadagnin. - São José dos Campos, SP, 2025.

70 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos. Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Dependência química. 3. Mulheres em situação de rua. 4. Políticas Públicas em São José dos Campos. 5. Vulnerabilidade social. I. Granado, Alexandre Castilho. II. Justino, Marcelo Lin Fernandes. III. Guadagnin, Dr. Eduardo, orient. IV. Universidade do Vale do Paraíba. Psicologia. V. Título.

Eu, Aleksandra Csoknyai Del Monte, autor(a) da obra acima referenciada:

Autorizo a divulgação total ou parcial da obra impressa, digital ou fixada em outro tipo de mídia, bem como, a sua reprodução total ou parcial, devendo o usuário da reprodução atribuir os créditos ao autor da obra, citando a fonte.

Declaro, para todos os fins e efeitos de direito, que o Trabalho foi elaborado respeitando os princípios da moral e da ética e não violou qualquer direito de propriedade intelectual sob pena de responder civil, criminal, ética e profissionalmente por meus atos.

São José dos Campos, 16 de Dezembro de 2025.



Autor(a) da Obra

Data da defesa: 11 / 12 / 2025

Aleksandra Csoknyai Del Monte
Alexandre Castilho Granado
Marcelo Lin Fernandes Justino

Dependência Química em mulheres em situação de rua: A voz silenciada

Relatório final de pesquisa aprovado como parte das exigências da disciplina Trabalho de Graduação II do curso de Psicologia da Faculdade de Educação e Artes da Universidade do Vale do Paraíba, pela seguinte banca examinadora:

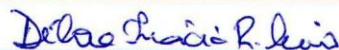
Prof. Dr. Eduardo Guadagnin (UNIVAP)



Profa. Ma. Ana Karina de Castro Brito (UNIVAP)



Prof. Dra. Débora Inácia Ribeiro (UNIVAP)



Nota:

NOVE 9,0

Profa. Dra. Ana Enedi Prince Silva

Diretora da Faculdade de Educação e Artes – FEA/UNIVAP

São José dos Campos, 11 de dezembro de 2025.

Com imenso carinho e profunda gratidão, dedico este trabalho à minha amada família, o meu pilar e a minha maior fonte de inspiração. Vocês estiveram presentes em cada passo desta jornada, em todos os momentos da minha vida.

Em especial, dedico ao meu pai, Dr. Comendador do Ar Eng. Carlos Augusto Nogueira Del Monte, pelo seu exemplo e apoio incondicional. Aos meus avós, que me criaram com tanto amor, carinho e apreço, moldando a pessoa que sou hoje.

E, claro, aos meus amados filhos, Dr. Raphael Del Monte e Gabriel Del Monte Schiavi Noda, e à minha querida nora, Gabrielle Gomes Almeida, por me acompanharem com tanto afeto e paciência durante todo este percurso. Obrigado por serem a luz e a força da minha vida.

In memoriam, meu pequenino e amado Felipe Marcílio Schiavi Noda. Uma saudade que sempre se faz presente.

Dedico este Trabalho de Graduação à minha amada esposa, Mylene Liguori. Você é o pilar fundamental de toda esta conquista. Seu apoio incondicional, amor e compreensão, oferecidos durante os longos anos da graduação, foram a força motriz que me impulsionou. Este Trabalho e a conclusão desta jornada acadêmica são, em grande parte, frutos de sua dedicação e sacrifício.

Com grande orgulho, eu dedico esse trabalho aos meus familiares que me incentivaram e me ensinaram a ser quem eu sou hoje durante meu desenvolvimento da vida tanto pessoal como individual.

AGRADECIMENTOS

Com profunda gratidão, dirijo meus agradecimentos à Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), instituição que considero um verdadeiro lar acadêmico. É uma honra e uma alegria concluir este segundo ciclo de formação em Psicologia.

Minha história com esta casa começou há anos, na época da então Fundação Valeparaibana de Ensino (FVE), quando obtive minha primeira graduação em Direito, e hoje se consolida novamente com este novo bacharelado. A UNIVAP/FVE não apenas me forneceu conhecimento, mas também moldou meu caminho profissional.

Estendo meu reconhecimento especial à Faculdade de Educação e Artes (FEA), ao Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento (IP&D) e aos demais funcionários da UNIVAP, meu profundo reconhecimento pela dedicação e pelo suporte administrativo e operacional que garantiram as condições necessárias para a realização deste curso.

Quero expressar minha gratidão ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III), local onde tive a oportunidade de aplicar e enriquecer meus conhecimentos através do estágio, e a todos os seus profissionais que me receberam com cordialidade.

Obrigado a todos os mestres que compartilharam sua sabedoria e paixão ao longo desta jornada.

Um agradecimento especial e carinhoso ao meu orientador, Dr. Eduardo Guadagnin. Mesmo diante de sua intensa correria diária, sua dedicação, paciência e valiosas contribuições foram fundamentais para a conclusão deste trabalho. Agradeço por sua generosidade e orientação precisa, não apenas neste Trabalho de Graduação, mas também na monitoria de Políticas de Saúde e Saúde Mental e supervisão no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III).

Sua orientação vai além do acadêmico: sua capacidade de nos ouvir e de nos proporcionar trocas sempre enriquecedoras, e seu bom humor em ter sempre uma música para ilustrar qualquer acontecimento da vida, tornam a jornada inspiradora. E o melhor: ele ainda terá que 'me aguentar' na co-orientação do meu futuro projeto de Mestrado!

Expresso minha sincera e profunda gratidão aos ilustres membros da Banca Examinadora, que generosamente dedicaram seu tempo e expertise para a avaliação deste trabalho.

À Professora Dra. Débora Inácia Ribeiro, meu agradecimento sincero. Sou profundamente grata pelo seu carinho, meiguice e respeito com os quais sempre fui tratada. Sua postura acolhedora tornou a jornada deste trabalho e a preparação para esta defesa mais leve, confiante e inspiradora para mim, elevando o significado desta conquista.

À Professora Ma. Ana Karina de Castro Brito, meu sincero agradecimento pela alegria, carinho e dedicação amorosa que demonstrou. Sua participação na banca e suas valiosas contribuições foram muito importantes. É com admiração que destaco também a sua elegância e postura inspiradora, que tornaram este momento ainda mais especial.

Agradeço a ambas por suas ponderações, que são essenciais para o meu aprimoramento profissional e pessoal.

Registro também minha profunda gratidão à Ma. Thamires V. Martins de Melo. Sou grata por sua paciência e carinho em nossos vários momentos de troca, nos quais me transmitiu conhecimentos inestimáveis que foram cruciais para este trabalho. Sua mentoria se transformou em uma amizade valiosa, um presente desta jornada. Estendo o meu reconhecimento à Professora Dra. Lidiane Maria Maciel, que me apoiou e encorajou neste ciclo. Sou imensamente grata por sua orientação e, com grande satisfação, expresso o desejo de tê-la como minha orientadora em um futuro projeto de Mestrado.

Por fim, agradeço aos meus colegas deste Trabalho de Graduação de bacharelado em Psicologia, Alexandre Castilho Granado e Marcelo Lin Fernandes Justino, bem como aos amigos do Curso de Psicologia. O convívio e as trocas durante as aulas e corredores tornaram esta jornada mais leve, rica e memorável.

A todos, a minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Com a conclusão deste Trabalho de Graduação (TG), sinto a necessidade de expressar minha profunda gratidão às pessoas e instituições que tornaram esta jornada e este projeto possíveis.

À Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP, por ser o berço do conhecimento, por nos proporcionar a estrutura e o ambiente acadêmico de excelência necessários para a nossa formação profissional e pessoal ao longo desses 5 anos.

Ao Grupo do Trabalho de Graduação: Agradeço a colaboração e a dedicação dos membros Aleksandra Del Monte e Marcelo Lin. A parceria de vocês foi fundamental para superarmos os desafios e alcançarmos este resultado.

Em especial, à parceira Aleksandra Del Monte, pelo empenho incansável, pela inteligência compartilhada e pela parceria sólida. Seu profissionalismo e dedicação foram inestimáveis para a execução deste trabalho.

Aos Maravilhosos Professores: Por serem verdadeiros mestres, por transmitirem seus conhecimentos com paixão e por nos inspirarem a buscar sempre o melhor. O legado de aprendizado que deixam em nós é o maior agradecimento.

Ao nosso perseverante e competente Orientador, Professor Dr. Eduardo Guadagnin: Por sua inestimável orientação, pela clareza, paciência e competência com que conduziu o desenvolvimento deste trabalho. Seus insights foram cruciais para a formatação final do nosso projeto.

Às ilustres Professoras da Banca Examinadora, Profa. Ma. Ana Karina de Castro Britto e Profa. Dra. Débora Inácia Ribeiro: Pela valiosa disponibilidade em nos avaliar, pela competência em suas observações e, em especial, pelo carinho e pelas contribuições que enriqueceram significativamente este trabalho.

Esta caminhada foi uma construção conjunta, e a gratidão é o sentimento que melhor define este momento.

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de agradecer a todos os meus professores da Faculdade de educação e artes (FEA) por me guiarem ao conhecimento do que significa ser um psicólogo.

Um agradecimento especial e carinhoso ao meu orientador, Dr. Eduardo Guadagnin, seu conhecimento e pontuações ajudaram bastante no desenvolvimento do nosso TG e obrigado por sua paciência conosco.

Um grande agradecimento a banca do nosso TG por apoiarem nosso trabalho. À Professora Dra. Débora Inácia Ribeiro, você ajudou e apoio nosso desenvolvimento durante os anos até hoje e eu peço que continue a apoiar o desenvolvimento dos próximos alunos a se tornarem psicólogos no futuro. À Professora Ma. Ana Karina de Castro Brito, você foi alguém que não apenas ajudou no nosso desenvolvimento como também me tocou com seu carinho e bondade, a única coisa que pediria a você é que não deve nunca mudar a pessoa que me incentivou e cativou durante o meu desenvolver você é simplesmente incrível.

Agradeço também aos meus familiares que acompanharam o meu desenvolvimento, ao meu Pai Marcelo Aparício Fernandes Justino que mostrou as diversas possibilidades de me evoluir, a minha mãe Lin Hung Hua que me ensinou durante toda a minha vida a como ser bondoso e gentil com os outros e a minha irmã Renata Lin Fernandes Justino que durante os momentos difíceis me deu o apoio que precisava para seguir em frente assim como eu apoio você em suas escolhas.

Eu também agradeço a minha avó Eleonore, que me fez ser feliz com sua companhia e bondade, mesmo que você esteja agora nos portões do paraíso saiba que nunca esqueci e nunca esquecerei os tempos que passamos juntos.

“Passei por muitas lutas, não foi fácil, porque é uma luta todos os dias e vai ser para a minha vida inteira. Eu sempre fico me vigiando, porque a vontade vem todos os dias. Por esse motivo vocês, adolescentes, procurem ficar longe das drogas. Ela acaba com sua vida sem vocês perceberem; quando vê, você está como escravo dela. Você não come, não dorme, nem água você toma, nem banho. Você fica num mundo rejeitado porque o dependente químico, ele cria um mundo como se fosse só dele. As outras pessoas como mãe, pai, não têm mais importância.

Na grande escuridão você só pensa em briga. Você acha que pode tudo, é como se fosse mandar nas vidas das pessoas. Você mente, se manipula; quando vê, está um lixo.”

(Maria das Dores Conceição Oliveira e
Lidiane Maciel, Das Dores)

“O paradoxo estranho é quando me aceito
como sou, então mudo”

(Carl Rogers)

“Faça o que for necessário para ser feliz, mas não se esqueça que a felicidade é um sentimento simples, você pode encontrá-la e deixá-la ir embora por não perceber sua simplicidade”. (Martha Medeiros)

Resumo

O uso de álcool e outras drogas têm uma historicidade que remonta desde a antiguidade. Passando a ser considerado como problema de Saúde Pública e de Políticas Públicas, principalmente por este fenômeno ser motivado por fatores socioeconômicos e ambientais. Dentre os grupos mais vulneráveis afetados por essa intersecção de fatores, destacam-se as mulheres em situação de rua, cuja dependência química frequentemente coexiste com o histórico de violência, a perda de vínculos familiares e a extrema exclusão social, exigindo uma abordagem de cuidado específica e humanizada. Assim, o presente trabalho se baseia em uma revisão bibliográfica, qualitativa e exploratória em livros, documentos do Conselho Federal de Psicologia e artigos acessados por meio das bases de dados do SciELO, Portal Periódico do CAPES, PubMed, com o intuito de analisar como o abuso de álcool e outras drogas interfere na permanência de mulheres em situação de rua, caracterizando-se as relações sociais, materiais e afetivas de mulheres dependentes de álcool e outras drogas em situação de rua, analisando o papel do psicólogo frente a problemática da dependência química da mulher em situação de rua e analisando as Políticas Públicas referentes às mulheres em situação de rua. Apesar de robusta bibliografia sobre alguns temas das seções, para população feminina usuária de álcool e outras drogas em situação de rua foram encontrados poucos artigos, sendo nenhum deles referentes a população de São José dos Campos, verificou-se uma lacuna na esfera municipal em relação ao acesso transparente e acessível de documentos públicos sobre políticas voltadas especificamente para mulheres em situação de rua em dependência química e evidencia a escassez de projetos, a descontinuidade dos mesmos e a falta de implantação e implementação dessas políticas no município de São José dos Campos/SP, principalmente no que tange à perspectiva de gênero.

Palavras-chave: Dependência química. Mulheres em situação de rua. Vulnerabilidade social. Políticas públicas em São José dos Campos. Intervenções sociais.

Abstract

The use of alcohol and other drugs has a history dating back to antiquity. It has come to be considered a public health and public policy problem, mainly because this phenomenon is driven by socioeconomic and environmental factors. Among the most vulnerable groups affected by this intersection of factors are women experiencing homelessness, whose chemical dependency frequently coexists with a history of violence, loss of family ties, and extreme social exclusion, requiring a specific and humanized care approach. Thus, the present work is based on a qualitative and exploratory bibliographic review of books, documents from the Federal Council of Psychology, and articles accessed through the SciELO, CAPES Periodical Portal, and PubMed databases, with the aim of analyzing how alcohol and other drug abuse interferes with the permanence of women experiencing homelessness, characterizing the social, material, and affective relationships of women dependent on alcohol and other drugs experiencing homelessness, analyzing the role of the psychologist in addressing the problem of chemical dependency in women experiencing homelessness, and analyzing Public Policies related to women experiencing homelessness. Despite a robust bibliography on some of the section's themes, few articles were found for the female population that uses alcohol or other drugs and is homeless, none of which refer to the population of São José dos Campos. A gap was observed at the municipal level regarding transparent and accessible access to public documents on policies specifically aimed at homeless women with substance abuse problems. This highlights the scarcity of projects, their discontinuation, and the lack of implementation of these policies in the municipality of São José dos Campos/SP, especially concerning the gender perspective.

Keywords: Substance abuse. Homeless women. Social vulnerability. Public policies in São José dos Campos. Social interventions.

Lista de abreviaturas e siglas

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPES ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial – Modalidade III
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID 11	Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição
CR	Consultório de Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CTs	Comunidades Terapêuticas
CVV	Centro de Valorização da Vida
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LA	Liberdade Assistida
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPGPLUR	Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PSR	Pessoas em Situação de Rua
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RS	Representações Sociais
SAMA	Serviço Ambulatorial para Mulheres e Adolescentes
SAMS	Sistema de Atenção à Saúde

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEAS	Serviço Especializado de Abordagem Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TRS	Teoria das Representações Sociais
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	23
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3	JUSTIFICATIVA.....	26
4	METODOLOGIA	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1	HISTÓRICO E MEDIAÇÕES.....	30
5.1.1	Histórico breve	30
5.2	O FEMININO NA CONTEMPORANEIDADE	33
5.2.1	O que é ser mulher na sociedade	33
5.2.2	Conquistas históricas das mulheres e o movimento feminista	36
5.3	MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E SUAS SINGULARIDADES, BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP	39
5.3.1	Mulheres em situação de rua e suas singularidades	39
5.3.2	Breve histórico das Políticas Públicas no Brasil.....	42
5.3.3	Políticas Públicas no Município de São José dos Campos/SP	52
5.4	INTERVENÇÕES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS PSICÓLOGOS	55
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS.....	63

A dor da pessoa em situação de rua

Ariane Graça de Campos

Um dia você tem tudo que a maioria das pessoas tem: parceiros, filhos, amigos, casa, trabalho, plantas, cachorro, às vezes estudo, viagens, festas de aniversários ou formatura. Consegue usar a roupa que deseja (simples ou não), toma banho quente, come o que está com vontade, calça um sapato que cabe exatamente no seu pé. Vai a churrascos, bebe cerveja (luxo), fuma Marlboro, transa com a pessoa que escolhe. Tem um número de documento, vota contrariado, porque é obrigado. Quando dá mancada com alguém, brigam, fazem as pazes ou não, consegue escolher ficar perto ou não dessa desavença. Se sente bonito com o gel no cabelo, às vezes engorda demais para usar um vestido (aquele que você mesmo escolheu e comprou), faz a barba para pagar de gatinho, braveja a mãe por não ter herdado seus olhos azuis. Tem um celular, nem que seja só para receber chamada e postar fotos nas redes sociais usando o wi-fi do shopping. Vida comum, vida que segue. Você deseja o mesmo que “todo mundo”: reconhecimento social, emprego, família, amigos, casa, carro e um pouco de dinheiro para gastar.

E de um dia para o outro, sua vida se transforma: perde o parceiro, se afasta da família, filhos e amigos. Usa roupa e o calçado que tem, quando tem, seja o número que for, o formato que for, se é de homem ou de mulher. Come na boca de rango o que tem, o que vem no marmiteix doado (mesmo não gostando de quiabo). Come no albergue, nas sobras de lixo, mesmo se já cheira azedo, podre (ainda bem que tem!). Toma banho onde e quando dá, na bica d'água ou no esgoto da valeta (eu já vi). “Putz, menstruei”. Não tem absorvente para quem vive na rua, rezar para ganhar mais roupas, pelo menos dá pra trocar quando sujar com o sangue. “Minha barba está tão grande que não me vejo mais, mas também, quase nunca tenho um espelho”.

“Receberam-me bem naquela maloca, nem fizeram perguntas, só me avisaram que para ficar eu tenho que contribuir na caixinha. Quando uma pessoa tentou me bater, os outros me protegeram. Quando uns dormem, outros ficam em vigília para nenhum, “mané”, zuar com o grupo. A noite é viva, na escuridão tudo pode acontecer, por isso, muitas vezes, dormimos na madrugada, no nascer do dia, quando as pessoas começam a caminhar pelas ruas. Aqui eu finjo que sou louco pra ninguém mexer comigo, funciona na maioria das vezes” ...

Sua festa agora é na maloca, em dia de pagamento ou de boas vendas, só não tem cerveja, é barrigudinha mesmo, com cigarro Eight. Vamos comemorar! Vamos nos entorpecer que as dores são grandes. Vamos usar algo mais forte, essa dor vai passar: rola maconha, cocaína, crack, a regra é: vamos ficar loucos. Aí alguém vem e transa com você, ignorando sua vontade, porque ele é mais forte, e se você quer ficar nessa maloca tem que rodar na mão de todo mundo, até achar um homem que te proteja. Não adianta reclamar, chorar, a regra é essa. Ah! As regras mudam na rua. Agora ou você faz como todos fazem, ou você vai subir, seja por espancamento, facada, paulada, não sei, o que tiver na mão da hora da loucura. Às vezes é melhor ficar sozinho na rua.

Achei um cachorro, eu posso não comer, mas ele come todo o dia, esse é amigo de verdade, me ama, me protege, sem pedir nada em troca. Seu corpo muda, ou fica muito magro pelas drogas ou muito gordo pelas comidas que recebe de doação, salgadinho, pão, lanche, esqueci de dizer que não dá pra fazer dieta. Sua família nem sabe que

você tá na rua, e não dá pra contar: “o que vão pensar de mim, eu fracassei”. Não posso vê-los, meus dentes caíram, meu cabelo tá um horror, minhas roupas sujas e não tenho dinheiro para comprar uma lembrancinha. Não durmo mais direito, o chão duro me dói o corpo, a friagem me dói às carnes, os bichos me doem o nojo, quantos bichos! Meu corpo nem sei se é meu ainda, tanta gente toca, pega, bate. Quando não é os parças, é a polícia ou um burguesinho qualquer. Não entendo por que me xingam tanto, só fico aqui parado, esperando um dia e uma noite passarem, e depois outro, depois outro, até perder as contas de que lugar no tempo estou. Se eu tivesse meu celular, eu saberia. Não tenho mais o que “todo mundo quer”, mas continuo querendo, só não sei mais como conseguir.

1 INTRODUÇÃO

O uso de álcool e outras drogas acompanha a humanidade desde a antiguidade, *estando* presente em rituais religiosos, práticas medicinais e contextos culturais. Contudo, ao longo do tempo, essa prática foi gradualmente considerada como vício, uma compulsão passível de punição, motivando diversas legislações e convenções para tratar sobre o tema. Na Europa e Ásia, ocorreram várias proibições e guerras contra as drogas, impulsionando diversas Políticas Públicas, estudos sociais e da área da saúde (Lembke ,2022).

No Brasil, a legislação sobre o tema surgiu somente no início do século XX, quando as drogas começaram a ser utilizadas como forma de status. O Conselho Federal de Psicologia (2019) aponta que estas legislações produziram “condenações legais a algumas substâncias tomaram como foco os chamados “vícios elegantes” (cocaína, heroína, opio, absinto)”, conhecidas como ‘drogas de salão’, sendo motivo de preocupação por ter um caráter ameaçador para a juventude rica e se não houvesse qualquer impedimento legal poderia ameaçá-las, visto que eram consideradas como ‘patrimônio nacional’ (CFP,2019).

Na sociedade contemporânea, os problemas causados pelo uso compulsivo têm sido amplamente discutidos em diversos os países, devido as crises sociais que geram. O uso de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo e multifatorial com implicações biopsicossociais, culturais e ambientais significativas e demanda a implementação de Políticas Públicas já existentes e a implantação de novas.

Observa-se um agravamento crescente do problema, principalmente em relação ao uso de álcool e outras drogas entre mulheres, o que podem levá-las à situação de rua e acaba impactando na saúde pública. Historicamente, porém, a pesquisa e a prática clínica em dependência química focaram-se quase que exclusivamente nos homens, que tradicional e culturalmente apresentavam um uso mais elevado de álcool e outras drogas. Atualmente, reconhece-se que mulheres e homens podem ter motivações diferentes para o uso de drogas e também respondem de maneiras diferentes a elas. As questões de sexo e gênero introduzem problemas específicos no uso de substâncias, podendo também interagir entre si e criar diferenças mais complexas entre os indivíduos. Essa dinâmica é observada em diversos âmbitos da saúde, sendo igualmente crucial na origem e desenvolvimento da dependência química, assim como na determinação de um melhor ou pior

prognóstico. Tais diferenças têm implicações significativas para a forma como são conduzidas a prevenção do uso de substâncias e a promoção da saúde voltada para meninas e mulheres (Diehl *et al*, 2022).

Os autores consideram que o abuso de álcool e outras drogas pode interferir na permanência de mulheres em situação de rua, o que afeta suas relações familiares e rede de apoio. A escolha deste tema levou em consideração a importância de desenvolver um trabalho que analise como o abuso de álcool e outras drogas interfere na manutenção de mulheres em situação de rua. Para tanto, o estudo se embasará em livros de autores conceituados na área de álcool e outras drogas, de autores conceituados da psicologia, do Conselho Federal de Psicologia/CREPOP e artigos científicos provenientes de base de dados da SciELO, Portal Periódico do CAPES, PubMed, artigos, teses e outros documentos que forneçam estes dados, entre outros.

Neste trabalho foi desenvolvido e apresentado um breve histórico do uso de álcool e outras drogas, as abordagens e intervenções comumente utilizadas, juntamente com olhar sobre a perspectiva do feminino e as Políticas Públicas atuais. Para tanto, utilizaremos dados oficiais da Prefeitura de São José dos Campos, artigos, teses e outros documentos que forneçam estes dados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como o abuso de álcool e outras drogas interfere na permanência de mulheres em situação de rua.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar as relações sociais, materiais e afetivas de mulheres dependentes de álcool e outras drogas em situação de rua,
2. Analisar o papel do psicólogo frente a problemática da dependência química da mulher em situação de rua,
3. Analisar as Políticas Públicas referentes às mulheres em situação de rua.

3 JUSTIFICATIVA

Álcool e outras drogas sempre estiveram presentes nas sociedades. Contudo, com o tempo, o seu uso, antes restrito às religiões, a medicina e a cultura, passou a ser difundido primeiramente como forma de status e, posteriormente, consumido com o objetivo de busca de prazer, para resolução dos conflitos internos, para esquecer problemas, frustrações ou insatisfações, necessidade de experimentar emoções novas e diferentes, para enfrentar o luto entre outros.

Diante deste cenário, surge a importância de estudos voltados para os usuários de álcool e outras drogas, contudo o presente trabalho focará especificamente em mulheres em situação de rua, o que se mostra imprescindível por levantar questões sobre vulnerabilidade feminina, interseccionalidade, fragilidade de vínculos, impactos físicos e mentais do uso continuado e frequente (compulsões), dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e a violência, fatores que geram exclusão e estigmas. Assim, a pesquisa e o desenvolvimento de estudos voltados para a área de drogas são essenciais para promover a criação de Políticas Públicas cada vez mais eficazes, garantindo o acesso aos serviços de apoio e tratamento articulados em rede.

A sociedade passou, então, a enfrentar um novo problema sociopolítico, econômico e cultural: as drogas. Observa-se um movimento mundial com discussões, acordos e Políticas Públicas voltadas tanto ao combate às drogas quanto à conscientização na prevenção do seu uso, independentemente de serem ou não ilícitas, e aos cuidados em relação aos usuários (Diehl *et al*, 2011).

Justifica-se também pelo interesse pessoal e pela vivência prática dos autores na área. Um dos autores realizou estágio em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), enquanto o outro colega possui experiência profissional no Serviço Ambulatorial para Mulheres e Adolescentes (SAMA), em Comunidades Terapêuticas (CTs), o que garante uma visão abrangente e diversificada sobre as políticas de cuidado e as vulnerabilidades da população. O que instiga a busca por maior conhecimento sobre o tema.

Demonstra-se relevante do ponto de vista científico e econômico, por se tratar de um assunto de extrema importância tanto para a sociedade quanto para a comunidade científica, pois um melhor entendimento das singularidades do uso de álcool e outras drogas em mulheres, especialmente aquelas em situação de rua, faz-

se necessário o aprofundamento da compreensão sobre os fatores que afetam e interferem nesta relação.

Do ponto de vista econômico, o uso problemático de substâncias e a situação de rua é marcada por extrema vulnerabilidade e exclusão social, que se manifestam nos determinantes sociais de saúde. É crucial reconhecer que, apesar dessa exclusão, muitas dessas mulheres não estão em inatividade econômica. Ao contrário, elas desenvolvem estratégias de sobrevivência e geração de renda, atuando frequentemente no mercado informal, o que evidencia um papel ativo na economia urbana, mesmo que invisibilizado e precário.

4 METODOLOGIA

Este estudo desenvolveu uma abordagem qualitativa, exploratória e de revisão bibliográfica, metodologias que se mostraram adequadas para a investigação da dependência química em mulheres em situação de rua, tema que apresenta elevada complexidade e demanda o exame de múltiplas dimensões, tais como as sociais, psicológicas e biológicas.

A escolha pela pesquisa qualitativa fundamenta-se na necessidade de captar as particularidades, experiências e subjetividades envolvidas não específicas estudadas. Essa abordagem possibilita um olhar aprofundado sobre aspectos que não podem ser quantificados ou facilmente mensurados, permitindo compreender as nuances das relações interpessoais, as expressões afetivas, as dinâmicas de vulnerabilidade social e os impactos psicossociais experimentados por essas mulheres.

A pesquisa exploratória foi utilizada como estratégia para ampliar o conhecimento sobre um campo ainda insuficientemente treinado. Essa etapa inicial buscou identificar elementos relevantes, construir hipóteses e direcionar uma análise crítica que sustenta o trabalho. Por meio desta investigação preliminar, foi possível compreender melhor as interações sociais, as condições materiais de vida, as manifestações psíquicas e o papel dos profissionais da psicologia no enfrentamento da dependência química nesse contexto específico.

A revisão bibliográfica constituiu um procedimento fundamental para fundamentar teoricamente a pesquisa. Para isso, foram selecionados textos científicos de diferentes formatos, incluindo teses, dissertações, artigos científicos e livros especializados que abordam temas como o abuso de substâncias psicoativas, a vulnerabilidade social, as Políticas Públicas destinadas a mulheres em situação de rua e as intervenções sociais aplicadas para esse grupo. A revisão realizada apresentou um caráter narrativo, buscando sintetizar e analisar criticamente o conteúdo das fontes consideradas mais relevantes, sem seguir critérios rigorosos sistemáticos para exaustividade, mas garantindo o rigor na escolha e na avaliação das obras consultadas.

Não houve aplicação direta de instrumentos de coleta de dados empíricos, pois o estudo se fundamentou na análise e síntese das produções bibliográficas existentes, possibilitando uma interpretação aprofundada do tema a partir de conhecimentos já

consolidados na literatura especializada. Tal procedimento permitiu contextualizar a problemática da dependência química em mulheres em situação de rua dentro dos debates contemporâneos, identificando elementos centrais que subsidiaram a formulação de propostas de intervenção social e de reflexão crítica.

Dessa forma, a metodologia empregada apresentou uma base sólida e consistente para a análise crítica das questões, contribuindo para o desenvolvimento de uma compreensão integrada da situação dessas mulheres e orientando a elaboração das discussões e recomendações apresentadas no trabalho.

Inicialmente, foi realizada uma busca nas bases de dados SciElo, Portal Periódico do CAPES, PubMed entre outros, com uso de palavras chaves no período compreendido entre os anos de 2015 a 2025, com o objetivo de fundamentar as seções deste trabalho, o que se mostrou robusto em relação a alguns temas, mas verificou-se a inexistência de dados oficiais públicos em relação aos atendimentos nos equipamentos e quando existentes não tinham recorte de gênero.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 HISTÓRICO E MEDIAÇÕES

Ao longo deste tópico, será apresentado um breve histórico sobre o uso de álcool e outras drogas e serão analisadas as mediações que o psicólogo realiza nesse contexto.

5.1.1 Histórico breve

A dependência de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo e multifatorial, com raízes históricas profundas e implicações biopsicossociais significativas, especialmente na contemporaneidade.

Desde a antiguidade, as drogas que alteram a mente foram usadas pelos indivíduos como categorias sagradas. Essas substâncias eram utilizadas durante cerimônias religiosas, ritos de passagem ou como medicamentos. Nesse contexto, a administração dessas drogas era permitida apenas aos padres, xamãs ou outros iniciados que haviam recebido formação especial ou que estavam investidos de autoridade especial (Lembke, 2022)

Assim, diversas civilizações antigas usavam o álcool ou o cânhamo, ópio e alucinógenos. O uso do álcool era comum no Egito, e de ópio no oriente, vindo ambos a se disseminarem na Europa posteriormente. Desta forma, o consumo de álcool é um costume que se mantém presente desde a antiguidade, sendo o vinho considerado uma dádiva dos deuses. Osiris o teria concedido aos egípcios, Dionísio aos gregos e Noé aos hebreus. Sendo os mosteiros os responsáveis pelo plantio das vinhas para que o vinho fosse utilizado como sacramento, na Idade Média (Inaba; Cohen, 1991).

Na Idade Moderna, o ópio, a morfina e a cocaína passaram a ser aceitos para uso medicinal. Inclusive, Freud (1856-1939) ao relatar em 1884 a Martha Bernays o seu interesse pelas propriedades da cocaína, substância pouco conhecida na época, e mencionou que um médico militar alemão estava utilizando para aumentar a resistência de seus soldados. Ele considerava que, embora a pesquisa pudesse ou não levar a resultados significativos, estava “pensando em experimentar seus possíveis usos para o alívio de problemas cardíacos e casos de esgotamento nervoso, bem como para tratar a “condição miserável” que resultava da suspensão da morfina”

(Gay, 2012, p.59-60). Em junho, do mesmo ano, Freud concluiu um artigo técnico intitulado “Sobre a coca”, um texto que se caracterizava por ser uma fascinante mescla de relatório científico e ardorosa defesa e que teve o artigo publicado em um jornal médico vienense no mês seguinte (Gay, 2012, p.59-60). Recomendando, desta forma, o uso da cocaína com fins terapêuticos para seus pacientes e conhecidos.

Contudo, o uso recreativo e o surgimento de dependências devido uso indiscriminado suscitaram questões médicas, o surgimento do estigma moral e a utilização do termo “tóxico” passou a ser utilizado para designar o tóxicodependente. Bento (1999) aponta uma diferenciação histórica crucial, em relação ao emprego de drogas ao citar que é milenar a “noção de toxocomania” na sua concepção atual, quando vinculada à “ideia de enfermidade, a um problema social grave e à intervenção da medicina”, que surgiu somente no “final do século XIX”. O autor especifica que esse conceito de toxicomania, visto como uma patologia que resulta da dependência e do uso excessivo de drogas, surgiu em 1875 com Édouard Levinstein, ao usar o termo “morfinomania” (Bento *apud* Bento, 2006, p.184).

Somente a partir dos anos 1950, a ciência passou a compreender a dependência química como um transtorno mental e não mais como uma falha moral ou fraqueza de vontade.

Em 1952, surge a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM), que hoje encontra-se em sua quinta edição revisada, DSM-5-TR. Esse manual tinha como objetivo ser um documento para auxiliar diagnósticos de transtornos mentais por profissionais da área da saúde, classificando e incluindo critérios que definem a dependência química como um “transtorno por uso de substâncias” (Ribeiro; Marteleto, 2023).

Nos idos de 1960, estudos sobre psicodélicos ou drogas alucinógenas foram realizados para tratamento de transtornos neuropsiquiátricos, tais como depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e ansiedade. Contudo, esses estudos foram paralisados devido à adoção por muitos países, de uma “guerra” contra as drogas, o que se criminalizou e marginalizou os usuários, acentuando-se o estigma desta população (Santos; Medeiros, 2021).

Atualmente, a dependência química é reconhecida como uma doença que exige abordagem multidisciplinar com acompanhamento de diversos órgãos e entidades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) “define a dependência química como uma doença crônica e progressiva, ou seja, que piora com o passar do tempo,

além de gerar outras doenças e ser fatal. É um transtorno mental caracterizado por um grupo de sinais e sintomas decorrentes do uso de drogas” (Dalmagro, 2025) e a Classificação Internacional de Doença, 11ª revisão (CID 11), utilizada no campo médico e psiquiátrico como parâmetro de diagnóstico e classificação de doenças, transtornos e síndromes. Essa padronização define que a dependência química é um:

Transtorno devido ao uso de substâncias psicoativas é caracterizado por um padrão de uso de substância que leva a um comprometimento clinicamente significativo ou sofrimento. Isso pode incluir sintomas como forte desejo ou compulsão para usar a substância, dificuldades em controlar o uso, uso contínuo apesar de consequências negativas, aumento da tolerância e sintomas de abstinência. (CID 11, 2024, p.66)

A trajetória sobre dependência química no Brasil está ligada a contextos históricos, culturais, sociais e políticos desde o período colonial até os dias atuais.

Nos períodos coloniais e imperiais, o álcool e o tabaco eram amplamente utilizados e comercializados, servindo inclusive de moeda de troca dada a própria agricultura da época (CFP; 2013, CRP, 2009, Duarte; Dalbosco, 2017).

No entanto, no século XX, o Brasil influenciado por Convenções Internacionais como a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, alterada por um Protocolo de 1972; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971; e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, passou a adotar políticas mais rígidas e de controle, propondo inclusive a criação de instituições especializadas no tratamento de dependentes químicos (CFP; 2013, CRP, 2009, Duarte; Dalbosco, 2017).

Com a redemocratização e a promulgação da Constituição de 1988, surgiu um novo olhar em relação a abordagem da dependência química, que passou a ser entendida como uma interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos para o desenvolvimento e manutenção do uso de drogas (CFP; 2013, CRP, 2009, Duarte; Dalbosco, 2017).

Assim, o ponto central não é a discussão da trajetória do uso de álcool e outras drogas em si, mas sim o comprometimento clínico, o sofrimento causado pela dependência e a eficácia das Políticas Públicas implementadas.

5.2 O FEMININO NA CONTEMPORANEIDADE

Ao longo deste tópico, apresentamos uma breve reflexão, sem a pretensão de esgotar o tema, sobre o que é ser mulher na sociedade e suas conquistas históricas.

5.2.1 O que é ser mulher na sociedade

O cenário social atual é marcado por constantes e profundas transformações, sejam elas de ordem ideológica, tecnológica, histórica ou social, que reconfiguram a maneira como os indivíduos percebem e se relacionam com o mundo. Nesse contexto, a evolução do significado de “ser mulher” na contemporaneidade é um fenômeno notável, cuja complexidade se revela através da análise de diferentes períodos históricos.

Historicamente, o papel feminino no século XIX foi estritamente circunscrito ao âmbito doméstico. As mulheres eram mantidas distantes da esfera pública, sendo sua identidade prioritariamente definida como mães devotas e esposas submissas. Essa concepção, disseminada entre as diversas classes sociais, foi fundamental para o estabelecimento de uma assimetria de poder culturalmente enraizada, que confinava a mulher às responsabilidades do lar, da maternidade e à obediência conjugal (Teixeira *et al*, 2024).

Embora o resgate da voz feminina no passado seja um desafio devido ao silêncio imposto pelos arquivos predominantemente masculinos, é inegável a presença marcante das mulheres em espaços de sociabilidade e desenvolvimento cultural, como igrejas, teatros, cinemas, festas e bailes. A partir do início do século XX, as elites brasileiras reforçaram a diferença de gênero, utilizando a idealização de modelos de família conjugal e casamento legítimo como estratégia de controle e disciplina, visando manter a submissão feminina e garantir o foco na maternidade (Teixeira *et al*, 2024).

Essa estrutura social rígida começou a ser progressivamente desmantelada com a ascensão do movimento feminista no Brasil. Inicialmente, a primeira onda (pós-Proclamação da República) concentrou seus esforços na luta pelo direito ao voto e pelo acesso ao trabalho assalariado. Posteriormente, a segunda onda, iniciada globalmente nos anos 1960 e consolidada no Brasil após a redemocratização, expandiu as pautas para incluir violência contra a mulher, direitos reprodutivos e o

mercado de trabalho. A década de 1980 marcou um foco na emancipação e na igualdade de direitos, culminando na terceira onda (anos 1990), que diversificou o debate ao incorporar discussões sobre identidade, sexualidade, racismo, identidade de gênero e a crítica aos estereótipos femininos veiculados pela mídia.

Essa trajetória de luta se consolidou como uma crítica sistemática às prerrogativas patriarcais que historicamente tolheram a ascensão feminina. O movimento desafiou ativamente a imposição da natureza biológica como determinante de escolhas e as obrigações anexadas ao gênero. O objetivo central sempre foi desmistificar preconceitos, estabelecer a distinção clara entre sexo e gênero e desvincular padrões intrínsecos de feminilidade, estética e autocuidado.

Impulsionadas pelo movimento feminista e pela lógica capitalista, as mulheres conquistaram progressivamente o mercado de trabalho em diversas áreas. Contudo, persiste a expectativa social de que elas sejam as principais responsáveis pelas funções domésticas, familiares e maternas. Essa dupla exigência cria o conflito conhecido como dupla/tripla jornada, levando à percepção de que a vida profissional feminina compete com a vida privada. Mulheres são, portanto, colocadas na posição de ter que provar constantemente sua capacidade em esferas tradicionalmente masculinas, evidenciando a permanência dos valores patriarcais de submissão e invisibilidade. Um indicador dessa disparidade é a observação de que a autonomia profissional feminina tende a ser maior em contextos sociais onde a divisão das tarefas domésticas é mais equitativa.

A maternidade, embora vista como o cerne do papel feminino, extrapola a esfera privada, especialmente com o aumento da participação social da mulher. A pauta da maternidade é marcada por uma profunda dualidade: embora a sociedade patriarcal incentive a procriação, ela simultaneamente impõe uma cobrança por uma prática materna impecável, transformando a vivência feminina em um assunto de domínio público. Muitas relatam sentir-se oprimidas por essa pressão, ainda que expressem sentimentos de realização e felicidade no exercício da maternidade. O vínculo entre a mulher e a maternidade como uma obrigação natural e requisito para a plenitude é tão forte que a opção pela não-maternidade frequentemente resulta em forte estigmatização negativa.

A complexidade do feminino e sua imagem na contemporaneidade pode ser analisada através da Teoria das Representações Sociais (TRS), introduzida por Serge Moscovici (1961). As Representações Sociais (RS) são formas de conhecimento

compartilhadas pelo senso comum, que atuam na definição do entendimento dos fenômenos. Por serem complexas e englobarem aspectos ideológicos, cognitivos, normas, valores e atitudes, as Representações Sociais (RS) oferecem um viés crucial para a compreensão dos construtos em torno da imagem, funções e características atribuídas às mulheres (Teixeira *et al*, 2024).

No contexto brasileiro, a pesquisa sobre representações sociais indica a persistência de visões que veiculam a mulher como objeto de satisfação masculina, dona do lar e, em geral, fadada aos estigmas da feminilidade. Contudo, surge uma visão contrastante: estudos sobre letras de hip hop apontam para a emergência da mulher lutadora e provedora, refletindo uma realidade socioeconômica na qual a mãe é, muitas vezes, a responsável pela manutenção familiar.

A imagem feminina também é fortemente influenciada pela objetificação e erotização voltadas à satisfação masculina, amplamente difundidas pelos meios midiáticos. Apesar das conquistas sociais, a pressão para preocupar-se com a estética e para se adequar a um padrão de beleza preestabelecido socialmente ainda é uma realidade.

Finalmente, no ambiente de trabalho, as mulheres continuam a enfrentar barreiras estruturais, como a ausência de equidade salarial, a necessidade de replicar a subordinação e a dificuldade em obter o reconhecimento pleno de suas qualificações, o que reforça a profunda influência das relações de gênero nas dinâmicas organizacionais.

5.2.2 Conquistas históricas das mulheres e o movimento feminista

O objetivo é apresentar um panorama sobre o feminismo, de modo a oferecer uma perspectiva crítica sobre a questão feminina. Essa abordagem visa embasar a experiência do que é ser mulher na atualidade e a busca por transformar a sociedade, a cultura, a política e a economia através dos ideais de igualdade e justiça.

Nessa perspectiva, o feminismo, ou a teoria feminista, pode ser definido como uma tomada de consciência das mulheres que surge a partir do confronto de seus interesses com aqueles dos homens, historicamente acobertados por uma sociedade de estrutura patriarcal (Garcia, 2015, p.08).

O termo feminismo começou a ser empregado nos Estados Unidos por volta de 1911, substituindo expressões comuns do século XIX, como "movimento das mulheres" ou "problemas das mulheres". O novo termo foi adotado por escritores, tanto homens quanto mulheres, para descrever um movimento inovador dentro da longa história de lutas pelos direitos e liberdades femininas. Em sua essência, o feminismo pode ser definido como a tomada de consciência das mulheres enquanto um coletivo humano. Essa consciência emerge da percepção da opressão, dominação e exploração histórica e continuada a que foram e são submetidas pelo coletivo de homens, no contexto do patriarcado e suas diversas fases históricas (Garcia, 2015).

Essa profunda percepção impulsiona as mulheres na busca pela liberdade de seu sexo e por todas as transformações sociais que se fizerem necessárias para alcançar tal objetivo. Partindo desse princípio fundamental, o feminismo se articula tanto como uma filosofia política quanto como um movimento social (Garcia, 2015).

Assim, percebe-se que o feminismo influenciou a compreensão sobre o papel da mulher na sociedade e os contextos históricos. Atua desde as mais básicas instâncias, engloba muitas expectativas e vontades e recai sobre questões, processos e desafios ao ponto de não termos consciência total de quais serão as consequências produzidas.

A autora, entende que os conceitos de androcentrismo, patriarcado, sexismo e gênero estão intimamente relacionados e funcionam como instrumentos de análise essenciais para a compreensão das sociedades contemporâneas (Garcia,2015).

O androcentrismo resumidamente é considerar o homem como o centro do mundo, como medida de todas as coisas, distorcendo todo o conhecimento produzindo lacunas nos resultados. O patriarcado por sua vez é uma forma complexa

de organização política, econômica, religiosa e social que se fundamenta na ideia de autoridade e liderança masculina. Nessa estrutura, estabelece-se o predomínio dos homens sobre as mulheres, manifestado em diversas esferas, como o do marido sobre a esposa, do pai sobre a mãe, dos mais velhos sobre os mais jovens e, ainda, da supremacia da linhagem paterna sobre a materna.

O surgimento histórico do Patriarcado é atribuído à tomada de poder por parte dos homens, que se apropriaram da sexualidade, da capacidade reprodutiva das mulheres e de seus produtos, os filhos. Concomitantemente a essa apropriação, houve a criação de uma ordem simbólica por meio de mitos e da religião, o que garante a perpetuação do Patriarcado como sendo a única estrutura social considerada possível (Reguant *apud* Garcia, 2015).

O sexismo que é todo o mecanismo utilizado pelo patriarcado como forma de manter a discriminação de que os homens são superiores às mulheres que fazem com que as mulheres sejam consideradas inferiores e devem, portanto, serem submissas chegando a serem exploradas por aqueles que se consideram dominadores.

Gênero, como conceito central desta teoria, baseando-se na premissa de que os gêneros femininos e masculinos são construções da sociedade, entende-se assim que gênero e sexo são constructos diferentes, uma vez que sexo se refere a biologia e gênero são normas e posturas determinadas conforme a cultura, a lei e o contexto histórico, político e social. (Garcia, 2015, Pinto, 2010).

As mulheres desde o Renascimento eram consideradas inferiores, não podendo exercer nada ligado ao poder, sendo consideradas para procriação, dar continuidade ao legado da família sem acesso à cultura, contudo sempre existiu mulheres que iam contra esta condição, lutando por liberdade apesar de pagarem muitas vezes com suas próprias vidas, como ocorreu com a inquisição realizada pela igreja católica e conseqüentemente a visibilidade destas somente se iniciou com a primeira onda do movimento feminista por meio da “luta” sufragista, que buscava o direito das mulheres ao voto (Pinto, 2010).

A segunda onda deste movimento feminista por sua vez, teve como base uma estrutura em busca de maior visibilidade política e questões de igualdade, especialmente nos Estados Unidos e na França, que ocorreu entre as décadas de 1960 e 1970, após algumas conquistas femininas e obras literárias importantes e consideradas como marcos fundamentais como as de Simone de Beauvoir (1949), com o seu livro “O segundo sexo”, Hannah Arendt (1958), em sua obra “A condição

humana”, Betty Friedman (1963) em seu livro “A mística feminina”, Michael Foucault (1966) em “Microfísica do poder entre tantos outros estudiosos e pesquisadores, além de outros acontecimentos mundiais marcantes, de leis, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, Convenção da Organização Internacional do Trabalho e Políticas Públicas voltadas aos interesses, prerrogativas, direitos à saúde integral da mulher (Garcia, 2015, Pinto, 2010). Silva, Carmo e Ramos (2021) pontuam que a segunda onda do feminismo foi marcada pela ascensão do feminismo radical e por sua expansão foi por meio de diversos movimentos sociais globais. Essa fase colocou em evidência a mulher como vítima da opressão exercida por seu companheiro, impulsionando uma nova concepção de feminilidade.

Essa nova perspectiva trouxe à luz a figura da mulher reflexiva, engajada na busca pelos direitos e valores que lhe foram historicamente negados por um modelo tradicional de ideias machistas (Silva; Carmo; Ramos, 2021).

A terceira onda teve seu início nas décadas de 1990 e 2000, trazendo reflexões sobre gênero, diversidade e interseccionalidade buscando por maior liberdade e autonomia, combatendo os estigmas sociais e buscando novas formas de expressão com uma diversidade feminina e o engajamento da mulher na política e a sua atuação em áreas profissionais até então exclusivas aos homens (Silva; Carmo; Ramos, 2021)

No século XXI, surge a quarta onda que trouxe como pauta o ciberfeminismo com o objetivo de disseminar informações que promovam reflexões, estratégias e combatendo a misoginia, o racismo e a LGBTfobia (Silva, Carmo; Ramos, 2021).

Concluindo, apesar destas conquistas ainda existe um longo caminhar para se quebrar os estigmas, as violências.

5.3 MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E SUAS SINGULARIDADES, BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP

Ao longo deste tópico, será analisado, sem a pretensão de esgotar o tema, sobre as mulheres em situação de rua e suas singularidades. Realiza-se um breve histórico das Políticas Públicas e a estrutura para o atendimento das mulheres que fazem uso de álcool e outras drogas no Município de São José dos Campo/SP.

5.3.1 Mulheres em situação de rua e suas singularidades

A revista Exame em texto publicado em 9 (nove) de março de 2025, escrito pela jornalista Letícia Ozório, alerta que:

Nos últimos dez anos, o número de mulheres em situação de rua em São Paulo aumentou mais de 10 vezes, passando de 480, em 2012, para 4.934 em 2021, segundo o Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a população em situação de rua. (Ozório, 2025, p.1)

Diante do exposto, observa-se a necessidade de se ter um aumento de Políticas Públicas voltadas para esta população.

Sabe-se que são diversos os fatores que levam as pessoas a viverem em situação de rua, desde a falta de estrutura socioeconômica até por uso de álcool e outras drogas, levando-as a enfrentarem vários problemas e desafios. Inclui-se a incapacidade dos governantes em resolverem problemas relacionados a estrutura urbana, de desigualdade de renda, de trabalho, entre outros. Sendo a própria expressão um retrato desta carência, descrevendo todos os problemas sociais inerentes a elas e consequentemente vivenciarem todos os tipos de violência (Human Rights Council *apud* Nardes; Giongo, 2021)

Várias são as situações vivenciadas por elas. Algumas mulheres em situação de rua ainda mantém uma rede protetiva familiar outras não, o que acaba por gerar mais sofrimento físico e psicológico. Algumas mulheres passam apenas um curto período de permanência em situação de rua, outras acabam por ficarem indefinidamente.

O Decreto n º 7. 0535 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências, define em seu Artigo 1º, Parágrafo único o que perante as Leis será considerada pessoa em situação de rua, sendo como um:

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

As mulheres em situação de rua em muitas cidades, formam grupos pequenos e muitas delas acabam por sofrerem vários tipos de violência, estigmas e preconceitos. Esmeraldo e Ximenes (2022) destacam que, no contexto da situação de rua, as mulheres representam o grupo com a menor expressividade em termos quantitativos. Contudo, essa menor presença numérica não se traduz em menor gravidade; pelo contrário, este grupo está envolto em um grande conjunto de opressões, e suas experiências são marcadas por uma profunda invisibilidade.

Essa invisibilidade acarreta um duplo impacto: se, por um lado, poderia sugerir um espaço de proteção contra os olhares estigmatizantes da maior parte da sociedade, por outro, conduz a uma intangibilidade perigosa diante das Políticas Públicas e das intervenções assistenciais das quais essas mulheres urgentemente necessitam (Esmeraldo; Ximenes, 2022).

Além destas adversidades que são vivenciadas diariamente por estas mulheres, é fundamental falar do sofrimento psíquico por traumas; pela perda dos vínculos afetivos, tanto os familiares como os sociais; pelo estigma; pela violência nas ruas; perda de estabilidade econômica e financeira, a falta de acesso às necessidades básicas inclusive ao atendimento de saúde, entre outros. Essas vivências e experiências podem muitas vezes, levar ao desenvolvimento de transtornos mentais ou ao agravamento destes. Consequentemente, para aliviar estas dores, este sofrimento muitas mulheres acabam por procurarem alívio no álcool e outras drogas. Aliprande e Romanholi (2022) trazem em seu artigo que um estudo conduzido por Ribeiro e Marcolan (2020) com mulheres em situação de rua revelou, por meio dos depoimentos das participantes, a profundidade das condições de vulnerabilidade que

enfrentam. Essas condições incluem extremas situações de exclusão, pobreza e violências, somadas à precariedade das condições básicas de saúde e higiene. Tais fatores, em conjunto, tornam ainda mais evidentes as complexas demandas relacionadas ao sofrimento psíquico. E as participantes relataram intensos sentimentos de medo, miséria, abandono e impotência, que são diretamente causados pela vivência cotidiana nas ruas e que impactam negativamente o processo de reinserção social. (Ribeiro; Marcolan “*apud*” Aliprande; Romanholi, 2022)

O que é corroborado pela Professora Dra. Patrícia Marília Félix da Silva durante uma *live* realizada pelo canal de Seminários do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional (PPGPLUR) da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), ao contextualizar os sofrimentos desta população que mesmo tendo um trabalho informal ainda continua sendo vista com estigmas, constantemente alvo de preconceito, violência e criminalização por parte da sociedade e, muitas vezes, do próprio poder público, com impossibilidade de acessar serviços básicos de saúde, educação e documentação, o que dificulta a reintegração social e a desconstrução dos mitos do senso comum que associam a população de rua meramente à “vadiagem” ou à dependência química, mostrando que o uso de substâncias é, muitas vezes, uma estratégia de sobrevivência ou uma consequência da extrema vulnerabilidade (Seminários PPGPLUR, 2025).

Dessa forma, continuam sendo vistas como um problema pela sociedade, apesar de passarem por problemas tão cotidianos e naturais para a maior parte das pessoas, como alimentação, moradia, higiene, sendo impedidas até mesmo de circular em determinados espaços urbanos e muitas vezes tendo que agir como homem ou estar sempre acompanhada. (Oliveira; Maciel, 2024)

Diante disto, é necessário ter um olhar empático e ético, de uma escuta ativa humanizada, sem preconceitos, acolhendo-as em seu sofrimento pois por trás desta situação vivenciada por essas mulheres em situação de rua existe um ser humano com suas histórias, com seus amores e não um objeto de dominação, de subjugação.

5.3.2 Breve histórico das Políticas Públicas no Brasil

São várias as concepções sobre a definição de Políticas Públicas, mas podem ser resumidamente entendidas como um campo de estudo que, simultaneamente, mobiliza a atuação governamental e se dedica a analisar essa intervenção e, quando necessário, propõe a alteração ou redirecionamento dessas iniciativas (Souza, 2006). No contexto democrático, a fase de formulação é crucial, pois é nela que os governos transformam suas promessas e planos de campanha em programas e medidas concretas destinadas a gerar resultados ou mudanças efetivas na sociedade (Souza, 2006).

Como já apresentado anteriormente, o consumo excessivo de álcool e outras drogas têm sido objeto de estudos e tema de Políticas Públicas, as quais, historicamente, se fundamentavam na criminalização e na medicalização. A responsabilidade recaía sobre o sistema judiciário ou o indivíduo era submetido involuntariamente a internações. Inicialmente, o Brasil, por influência de decisões internacionais, passou a adotar uma postura repressiva no enfrentamento das drogas, principalmente as originárias dos Estados Unidos, o que acabou por culminar nos debates sobre o ópio no Encontro de Xangai, nos anos de 1906 e 1911, e nas Conferências de Haia, de 1912 e 1914 (Alves, 2009, p. 2310).

Desse modo, pode-se afirmar que o Brasil teve como início uma Política Pública de drogas com leis de natureza proibicionista, como o Decreto n.º 14.969, de 1921 (Brasil, 1921), que aprovava o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, as penalidades impostas aos contraventores e o sanatório para toxicômanos, mantendo-se essa natureza até a década de 1980. Naquele período, a atenção às mulheres praticamente não existia, e mulheres em situação de rua eram totalmente invisibilizadas, sendo as ações assistencialistas, pontuais e desconectadas do campo da saúde (Torcato, 2016).

Em 1980, época que marcou profundamente o mundo devido à detecção de centenas de casos de HIV/AIDS, surgiu a chamada Redução de Danos (RD), sendo a cidade de Santos/SP a primeira a adotar esta Política em Saúde. Assim, neste período não existiam Políticas Públicas voltadas para este grupo, sendo a responsabilidade pelo cuidado repassada para instituições que tinham natureza filantrópica, religiosa ou psiquiátrica e em “maioria de caráter asilar, manicomial e voltadas exclusivamente para a abstinência de drogas” (Medeiros et al, 2023, p. 309). No ano de 2004 o

Ministério da Saúde aprova a Portaria nº 2.197, que foi a base para a criação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas. Essa Política está em consonância com a Reforma Psiquiátrica brasileira que teve como objetivo desinstitucionalizar o tratamento de pessoas com transtornos mentais, substituindo o modelo manicomial e hospitalocêntrico por uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mais humanizada e territorializada. O foco é na liberdade, na reintegração social e no respeito à dignidade dos pacientes, com base no fim dos manicômios e em um tratamento humanizado.

É importante lembrar que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi iniciado no movimento de reforma sanitária e ganhou força na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que o definiu como um sistema público, universal e igualitário, baseado nos princípios de integralidade (atendimento em todos os níveis de complexidade), equidade (tratar os desiguais de forma desigual) e universalidade (saúde como direito de todos, sem distinção). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi formalizada na Constituição Federal de 1988, que, pela primeira vez, tornou a saúde um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos. O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado a estrutura macro e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma rede específica dentro dele, busca garantir o atendimento integral as pessoas com sofrimento psíquico, desde situações mais simples até os casos mais complexos (Amarante; Nunes, 2018; CENAT, s.d, Luzio; L'Abbate, 2006, Oliveira, 2012; Pitta, 2011, Yasui, 2010).

Assim, no Brasil, apesar da ditadura militar, alguns grupos sociais já se mobilizavam em prol da democracia. Um dos mais importantes foi o Movimento de Reforma Sanitária, que tinha como foco as mudanças e transformações da área da saúde, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) posteriormente. Em paralelo e com os mesmos princípios, o ano de 1978 se torna um marco para os direitos dos pacientes com transtornos mentais, com a criação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) com o lema "Por uma Sociedade sem Manicômios". Seu objetivo era melhorar o tratamento e denunciar os constantes maus-tratos sofridos pelos pacientes nos hospitais psiquiátricos e foi o norteador da Reforma Psiquiátrica. Esse movimento foi influenciado pela aprovação da Lei Basaglia na Itália e pelo I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições do mesmo ano de 78, que ampliou o debate sobre a desmistificação da doença mental e o aumento

das denúncias contra as práticas manicomiais (Amarante; Nunes, 2018; CENAT, s.d, Luzio; L'Abbate, 2006, Oliveira, 2012; Pitta, 2011, Yasui, 2010).

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, o movimento ganhou força no cenário político. Em 1987, a reforma foi oficialmente lançada no II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), na cidade de Bauru (SP), marco fundamental na reforma psiquiátrica, que uniu profissionais, usuários e familiares, com a elaboração da Carta de Bauru, um documento que oficializou a luta antimanicomial no Brasil, defendendo a desinstitucionalização, o fechamento de manicômios e a criação de uma rede de atenção psicossocial, evidenciando um modelo baseado nos direitos humanos (Amarante; Nunes, 2018; CENAT, s.d, Luzio; L'Abbate, 2006, Oliveira, 2012; Pitta, 2011, Yasui, 2010).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987 no Rio de Janeiro, foi um evento de grande importância com uma peculiaridade: embora organizada pelo Ministério da Saúde, a sociedade civil, trabalhadores e familiares não participaram da sua organização. No entanto, o encontro se tornou um marco de participação social. A Conferência, que deveria seguir um formato formal, foi tomada por uma assembleia popular liderada pela sociedade civil, que escolheu sua própria direção e relatoria (Amarante; Nunes, 2018; CENAT, s.d, Luzio; L'Abbate, 2006, Oliveira, 2012; Pitta, 2011, Yasui, 2010).

Esse evento representou o início da desconstrução das formas tradicionais de lidar com a loucura, propondo a desinstitucionalização como a estratégia para reintegrar as pessoas com transtornos mentais na vida pública. Experiências pioneiras nas cidades de São José do Murialdo, Campinas e São Paulo serviram de modelo para os futuros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que começaram a surgir a partir da transformação de antigos ambulatórios de saúde mental (Amarante; Nunes, 2018; CENAT, s.d, Luzio; L'Abbate, 2006, Oliveira, 2012; Pitta, 2011, Yasui, 2010).

Em 1989, o projeto de lei de Paulo Delgado foi apresentado, visando proibir novos hospitais psiquiátricos e redirecionar recursos para serviços não manicomiais, sendo aprovado em 2001 na Lei nº 10.216/2001 (Amarante; Nunes, 2018; CENAT, s.d, Luzio; L'Abbate, 2006, Oliveira, 2012; Pitta, 2011, Yasui, 2010).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) foi um marco de participação social, e suas diretrizes serviram de base para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. As Políticas Públicas começaram a ser construídas, com a inauguração de novos serviços e o surgimento de iniciativas que seriam embriões da

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Amarante; Nunes, 2018; CENAT, s.d, Luzio; L'Abbate, 2006, Oliveira, 2012; Pitta, 2011, Yasui, 2010).

Assim, a reforma se baseou na desinstitucionalização, com o fim gradual dos manicômios; na substituição do modelo, com a criação de uma rede de serviços de saúde mental substitutivos; e na inclusão social, com a promoção da cidadania e dos direitos das pessoas com transtornos mentais, combatendo o estigma e a exclusão.

Contudo, a atenção integral para as mulheres em situação de rua e com dependência química exige uma abordagem intersetorial, pois o uso de drogas por essa população está ligado à violência, a perda de vínculos e a violação de direitos. E um dos dispositivos implantados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o atendimento dessa população, foi o Consultório de Rua (CR), que tem como objetivo levar equipes multiprofissionais diretamente aos locais de convivência da população em situação de rua. Assim, o Consultório de Rua busca superar as barreiras de acesso e o estigma, oferecendo cuidado humanizado, incluindo atenção primária, saúde mental e a mediação para o acesso aos demais serviços da rede.

Melo; Maciel; Silva (2024) afirmam que enquanto grupo social, a população em situação de rua (PSR) ocupa uma posição de marginalidade no espaço urbano e está sujeita a altos índices de exposição a riscos como violência, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e gravidez. Suas necessidades essenciais de sobrevivência (trabalho, sono e alimentação) são inteiramente determinadas pelas características do espaço disponível. Assim, o cotidiano das pessoas em situação de rua é inevitavelmente composto por um contínuo processo de movimentação e ocupação provisória dos locais. (Melo; Maciel; Silva, 2025)

É fundamental, portanto, que haja uma articulação obrigatória com o Sistema Único de Saúde de Assistência Social (SUAS) e suas unidades que desempenham papel crucial com o Centro de Referência para População em Situação de Rua (Centro POP) que atua como porta de entrada e referência especializada, oferecendo acolhimento e apoio para a construção da autonomia e reinserção social. Enquanto o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), unidade de proteção social básica, foca no fortalecimento dos vínculos familiares, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é vital para as mulheres, pois lida com a proteção de média complexidade, oferecendo suporte em situações de ameaça ou violência, um risco dramaticamente elevado para esse público. Lembrando que a

dependência química frequentemente coexiste com todo este contexto histórico de violação de direitos.

Indispensável analisar, que a consolidação deste modelo de cuidado baseado na liberdade, na Redução de Danos (RD) e na territorialização, como proposto pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enfrentou um retrocesso entre os anos de 2017 e 2020. Nesse período, o governo federal promoveu uma mudança por meio da Lei nº 13.840/2019, que formalizou e intensificou o financiamento público das Comunidades Terapêuticas (CTs), que são instituições, que operam sob a lógica de orientação religiosa abstinência total e do isolamento asilar, que representou uma volta ao modelo de tratamento asilar e hospitalocêntrico, contrariando o espírito de cuidado em liberdade defendido pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e levantando preocupações constantes sobre a violação de direitos humanos e a despriorização da abordagem da Redução de Danos (RD) nas políticas nacionais (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Suscintamente, a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2001, adotou uma visão mais alinhada com a reforma psiquiátrica e com a luta antimanicomial, ou seja, um olhar voltado para a saúde pública e direitos humanos, despatologizando os usuários de substância ilícitas, reconheceu o consumo de drogas como um problema de saúde ao invés da criminalização e busca a inclusão social e não a estigmatização, reconhecendo que os problemas quanto ao uso destas substâncias estariam ligadas a questões sociais, psicológicas e culturais. Assim, os usuários passaram a ser considerados como sujeitos de direitos plenos, principalmente porque esta política adere a uma abordagem essencialmente humanista, tratando cada usuário como indivíduo único, com cuidados individualizado, respeitando o processo de recuperação, sem imposição de abstinência como única meta. Esta política propõe a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com serviços como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mais especificamente Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). A implantação deste sistema buscava construir uma rede intersetorial e territorializada, por meio da integralização das Políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatoriais especializados, além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Porém, este modelo sempre foi afetado por limitações orçamentárias, falta de estrutura para atender uma demanda crescente e decisões de governantes que impactaram diretamente e indiretamente com esta política.

Assim, a Política Nacional sobre Drogas de 2019, tem como princípios norteadores a prevenção, o tratamento e a abstinência total, dá maior ênfase na segurança pública, estabelece como meta principal o fim do uso de substâncias ilícitas, ou seja, prioriza a abstinência. É uma abordagem mais punitiva e reabilitadora porque determina uma vigilância e controle sobre o uso destas substâncias, marginalizando e patologizando os usuários, o que a distância da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Consequentemente, voltada para o controle moral através da criminalização e para uma visão de “produtividade dos usuários” que para serem inseridos na sociedade têm que produzir e para isso, não podem fazer uso de nenhuma substância ilícita, o que aumenta ainda mais a marginalização e a criminalização das populações mais vulneráveis. Apesar de prever recursos financeiros para a implantação de programas de prevenção, a distribuição para as Políticas Públicas com ênfase na saúde mental acaba ficando em segundo plano, tendo os recursos alocados para a área de segurança pública (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Conclui-se que a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2001 foi um grande passo e avanço para a humanização do tratamento e cuidado aos usuários de álcool e drogas. Primeiro por não ter mais uma perspectiva de marginalização, com a meta de fim de uso de substâncias ilícitas pelos usuários, passando a adotar a abstinência como finalidade, ou seja, a superação do vício conforme a vontade e necessidade individual considerando todo contexto de vida do usuário, tendo como fim o abandono total da adição, com a garantia de um atendimento multiprofissional e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada usuário do sistema, voltada desta forma com uma visão mais condizente com a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial quando da criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e com os projetos “De volta para casa” e “Residências terapêuticas” com a finalidade da desinstitucionalização, considerando os usuários como sujeitos de plenos de direitos, buscando a inclusão social e a desestigmatização. Porém, ainda há um longo caminho a ser percorrido para a implantação e implementação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), pois cada município atua conforme seu orçamento e visão política, apesar de teoricamente se ter um financiamento para isso, porém a toda uma gestão e burocracia a ser seguida e a necessidade de medidas de prevenção tanto em relação ao uso de substâncias químicas ilícitas, os tipos destas e das doenças decorrentes da

adição e do uso, como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e hepatites. O que não é previsto na Política Nacional sobre drogas de 2019 que é mais voltada para a marginalização e patologização dos usuários e dependentes químicos e com recursos financeiros alocados para a área de segurança pública em detrimento das Políticas Públicas com ênfase na saúde mental, sendo um retrocesso, visto o seu distanciamento em relação à reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial dando ênfase nas Comunidades Terapêuticas (CTs) que são localizadas normalmente em zonas rurais ou afastadas completamente do centro das cidades e consequentemente um isolamento, tem cunho religioso em via de regra e o trabalho ou laborterapia como terapêutico e a disciplina na vida dentro destas comunidades voltando a ser proibicionista, criminalizante, higienista e manicomial (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Sabendo-se que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é definida como um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção, cuja finalidade é atender indivíduos que estejam em sofrimento psíquico ou com necessidades advindas do uso prejudicial de álcool e outras drogas e inserida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece ações intersetoriais que são essenciais para assegurar a integralidade do cuidado prestado ao usuário. A gestão dessa assistência em saúde mental no Brasil é uma responsabilidade tripartite, ou seja, compartilhada entre as esferas do Governo Federal, os Estados e os Municípios, como pontuado anteriormente (Brasil, s.d).

Sendo formada pelos seguintes equipamentos conforme site do Governo Federal/Ministério da Saúde:

Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticas (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura. (Brasil, s.d)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se constitui como o modelo assistencial prioritário para a Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população”(Prefeitura São Paulo, sd) e dos Núcleos de Apoio à Saúde e Família (NASF), que atuam como apoio às do ESF e “expandem o escopo da atenção e possibilitam

incorporação de novos conhecimentos pelas equipes da Atenção Básica, pertinentes às suas principais estratégias” (Iacabo; Furtado, 2020, p.1), atuando desta forma como mediador, articulador e colaborador, realizando atendimentos individuais e em grupo. (CFP, 2009).

Os Centros de Atenção Psicossocial se configuram como espaços abertos à comunidade, oferecendo atendimento especializado. Neles, atua uma equipe multiprofissional diversificada que trabalha de forma colaborativa para atender às diversas necessidades de saúde mental dos indivíduos. Isso inclui, o cuidado voltado às pessoas que enfrentam desafios decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esses pontos de atenção, situados na região de abrangência, possuem um foco especial no suporte a situações de crise e emergência, bem como no acompanhamento contínuo no processo de reabilitação psicossocial dos usuários (Brasil, s.d). Assim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil estrutura o cuidado em saúde mental através de diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que varia em função do público-alvo, da gravidade do sofrimento e do porte populacional dos municípios ou regiões de saúde. O Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) atendem prioritariamente cidadãos que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes. Ambos se dedicam a acolher usuários cuja condição clínica impede o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida. A principal distinção entre eles reside no porte demográfico: o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) é indicado para populações acima de 15 mil habitantes, enquanto o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) destina-se a municípios ou regiões com mais de 70 mil habitantes (Brasil, s.d).

Existem, ainda, modalidades especializadas: o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS IJ), que é dedicado exclusivamente ao atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico grave e persistente, incluindo questões de substâncias, e é indicado para populações acima de 70 mil habitantes. Já o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) atende pessoas de todas as faixas etárias com sofrimento psíquico intenso cuja causa principal é o uso de álcool e outras drogas, com indicação também em locais com mais de 70 mil habitantes (Brasil, s.d).

Por fim, as modalidades Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) e o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD III) representam o

nível mais intenso e contínuo de cuidado. O Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) atende prioritariamente pessoas com problemas mentais graves e persistentes, oferecendo atenção contínua 24 horas (incluindo fins de semana) e retaguarda clínica, possuindo até cinco leitos para acolhimento noturno; é indicado para populações acima de 150 mil habitantes. O Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III (CAPS AD III), por sua vez, foca no atendimento de adultos, crianças e adolescentes, respeitando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com sofrimento psíquico intenso e que necessitam de cuidados clínicos contínuos devido ao uso de substâncias (Brasil, sd).

Desenvolvendo desta forma estratégias, tanto em atendimento individual como em grupos, voltados para conscientizar os usuários sobre a importância do tratamento, do pós-tratamento e participação nas atividades oferecidas.

Os cuidados com pessoas usuárias de álcool e outras drogas e em situação de rua adquire contornos singulares ao se abordar as vivências das mulheres.

Como já escrito, é importante traçar um panorama entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que atua na garantia dos direitos básicos e na proteção social. Sendo dividido em dois níveis de proteção, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que atua na proteção social básica com foco na prevenção de risco e no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, viabilizando o acesso aos benefícios socioassistenciais e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que opera na proteção social especial, ao atender pessoas que tiveram e tem seus direitos violados ou estão em risco social, com base no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), oferecendo atendimento e proteção imediata em situações de violência, abuso e exploração (Brasil; Jaccoud; Bichir; Mesquita, 2009, 2017). Concluindo, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) inclui em seu próprio serviço o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e os programas do Governo como o Bolsa família e o Benefício de Prestação Continuada e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), que oferece acolhimento, convivência e referência para o acesso a outros serviços e Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida

Socioeducativa, como Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade(PSC) (Jaccoud; Bichir; Mesquita, 2009).

5.3.3 Políticas Públicas no Município de São José dos Campos/SP

Segundo o site da Prefeitura de São José dos Campos, a cidade conta com uma estrutura de acolhimento contínuo para pessoas em situação de rua, através de equipamentos específicos. Tais unidades são planejadas para oferecer escuta qualificada, pernoite, cuidados básicos de higiene, alimentação e acompanhamento especializado. O foco principal é a acolhida humanizada e segura, o que é favorecido pelo número reduzido de indivíduos em cada casa, estimulando maior adesão. Essas unidades provisórias recebem com privacidade tanto indivíduos isolados quanto grupos familiares (Prefeitura de São José dos Campos, 2025, s.d.).

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) funciona como a porta de entrada e a referência especializada do Sistema Único de Saúde de Assistência Social (SUAS). Desse modo, as mulheres em situação de rua e usuárias de álcool e outras drogas são acolhidas no Centro POP e nos abrigos e, a partir daí, integradas à rede intersetorial para garantir o acesso a direitos. Nesse arranjo, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é acionado para lidar com a violação de direitos, e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) atua no fortalecimento de vínculos familiares no território, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde de Assistência Social (SUAS) (Prefeitura de São José dos Campos, 2025, s.d.).

No município, a gestão e execução da rede de saúde mental é responsabilidade direta da Secretaria Municipal de Saúde, atendendo às exigências da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001). O fluxo de atendimento para sofrimento psíquico geralmente se inicia na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde o clínico geral realiza o encaminhamento para atendimento psicológico ou psiquiátrico, seguindo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou ambulatorios especializados ou encaminhados para o Serviço Ambulatorial para Mulheres e Adolescentes (SAMA), contudo atualmente só atende adolescentes. Em casos de crise psiquiátrica, o acolhimento e tratamento são realizados na Unidade de Emergência da Saúde do Hospital Francisca Júlia ou através de serviços como o Centro de Valorização da Vida (CVV).

O Centro de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) é um equipamento crucial e, segundo dados da Prefeitura, é considerado de portas abertas, ou seja, não exige encaminhamento prévio. No entanto, é necessário

que o cidadão seja munícipe de SJC, maior de 18 anos, e possua cadastro no Sistema de Atenção à Saúde (SAMS). O Centro de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III), criado em outubro de 2002, e que hoje leva o nome da Psicóloga Magaly Aparecida do Amaral Patricio Indiani, visa a melhoria da qualidade de vida, a reinserção social e a Redução de Danos (Prefeitura de São José dos Campos, 2022, s.d.).

O Centro de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III), localizado atualmente na R. Pituba, n.º 100, passou por uma reestruturação em 2022 e hoje conta com 10 leitos mistos para internação de curta permanência (até 14 dias), com capacidade para atender 500 usuários por mês (Prefeitura de São José dos Campos, 2022, n.p.). A equipe multidisciplinar elabora o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que inclui avaliação clínica, acompanhamento psiquiátrico, acolhimento familiar, inserção em grupos, oficinas e atividades terapêuticas diversas. (Prefeitura de São José dos Campos, 2022, s.d.).

Além do Centro de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III), o município conta com os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Centro/Norte, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Sul, Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), e a unidade especializada 24 horas do Hospital Francisca Júlia. Importante ressaltar que o município de São José dos Campos desativou o Consultório na Rua (CR), que havia sido implantado na gestão de 2014 (São José dos Campos, 2014, s.d.). Essa desativação representa uma lacuna na garantia da integralidade do cuidado, pois a busca ativa e a aplicação direta dos princípios da Redução de Danos no território ficam, em grande parte, transferidas para as equipes de assistência social e para a demanda espontânea nos equipamentos de saúde e assistência.

O Serviço Ambulatorial para Mulheres e Adolescentes (SAMA), que é um serviço exclusivo municipal de São José dos Campos, que “oferece acompanhamento e apoio aos familiares e codependentes das usuárias que passam pelo tratamento (Município de São José dos Campos, 2012) e o Centro de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) por ser uma das principais vias de acesso e cuidados voltadas à saúde de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, uma vez que:

O Centro de Atenção Psicossocial-AD possui diversas atribuições, dentre elas, deve oferecer um atendimento de qualidade para os usuários, isto é, de acordo com a devida adstrição do território. No entanto, deve ser proporcionados aos usuários estratégias preventivas e também terapêuticas como, por exemplo, oferecimento de cuidados que sejam personalizados e diferenciados, bem como também ofereça um atendimento rotineiro aos indivíduos que necessitam, é de fundamental importância que este centro de atenção tenha um cuidado com os familiares dos usuários, pois a família se torna em mais comprometida com o problema, e está pronta para auxiliar e apoiar o indivíduo que necessita de tratamento. (Aguiar, 2024, p.1)

Concluindo, segundo os sites do Município de São José dos Campos/SP, a cidade tem hoje uma estrutura de saúde e saúde mental composta de 4 (quatro) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 (um) Serviço Ambulatorial para Mulheres e Adolescentes (SAMA), 1 (um) unidade Especializada em Saúde Mental 24 horas (UPA). E em relação a Políticas Sociais tem 4 (quatro) Casas do Idoso, 11 (onze) Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), 3 (três) Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), 1 (um) Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), 6 (seis) abrigos, 4 (quatro) unidades para idosos 1 (um) Hospital para emergências e crises psiquiátricas, 40 (quarenta) Unidades Básicas de Saúde (UBS Resolve). O que para uma população estimada em 727.078 habitantes, de acordo com as estimativas mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ainda contempla número inferior ao necessário para atendimento de todos os habitantes.

5.4 INTERVENÇÕES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS PSICÓLOGOS

Quando se fala em clínica psicológica, as intervenções realizadas pelos profissionais são amplas e diversas, variando conforme a abordagem teórica adotada. No entanto, essa prática passa por uma mudança quando o foco é o atendimento em equipes sociais, especialmente com pessoas em situação de rua.

O psicólogo ao se aproximar de pessoas em situação de rua, precisa ter uma abordagem humanizada principalmente porque está perante um outro indivíduo que está em vulnerabilidade extrema. Assim, entende-se que se faz necessária uma escuta ativa, que é “uma estratégia de comunicação essencial para a compreensão do outro, pois é uma atitude positiva de calor, interesse e respeito, sendo assim terapêutica (Mesquita; Carvalho, 2014, p. 1128) e acolhida humanizada com o fim de criar vínculos para a realização de uma psicoeducação voltada para Redução de Danos (RD) (Brasil, 2004). A inserção e a manutenção da equipe junto à população em situação de rua são reconhecidamente desafiadoras, dada a exclusão social enfrentada pelos usuários de drogas. Para viabilizar a atuação, os profissionais oferecem um acompanhamento centrado na “acolhida, escuta e vínculo”. O trabalho no contexto 'extramuros' permite ações singulares que abordam a subjetividade do usuário em seu próprio meio, conectando o cuidado de saúde integral à sua realidade social (Sousa *et al*, 2017, p.1)

Dentro dos equipamentos a atuação é multiprofissional, para uma clínica ampliada que valoriza a história de vida de cada usuário, tem como apoio o matriciamento que é a execução por meio de um conjunto de estratégias que visam à clínica ampliada e à humanização do cuidado em saúde (CFP, 2019) que se fundamenta com base na Redução de Danos (RD) e a clínica ampliada. Tais estratégias incluem o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a interconsulta (encaminhamento para outros profissionais de saúde), sendo esta última uma prática interdisciplinar fundamental para a construção de um modelo integral de saúde, especialmente na Atenção Básica. Soma-se a isso a visita domiciliar conjunta e a utilização de diversas tecnologias de comunicação. Outros instrumentos essenciais para a concretização do Apoio Matricial são a consulta conjunta de saúde mental na atenção básica, que se configura como uma técnica de aprendizado em serviço, e que visa estabelecer planos terapêuticos resolutivos através da colaboração de diferentes profissionais, pacientes e seus familiares (Chiaverini, 2011). Tudo ancorados nos

pilares centrais de acolhimento, que é fundamental para o estreitamento de vínculos; na escuta, que possibilita a expressão de vivências e a reflexão do usuário sobre seu sofrimento; no suporte, atuando como continente de sentimentos e potencializador da segurança e do apoderamento; e no esclarecimento, que contribui para a ampliação da reflexão, a reestruturação do pensamento e a consequente repercussão positiva nos sintomas emocionais e físicos (CFP, 2019)

Os psicólogos que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem suas atividades centrais planejadas para promover a reinserção social do usuário, o tratamento terapêutico e a consequente melhora das condições de vida e autonomia. É fundamental que os profissionais atuem prioritariamente em equipe, desenvolvendo ações no território e estabelecendo articulações intersetoriais (Fontgalland et al., 2022), salientando-se que o psicólogo irá atuar em conjunto com uma equipe multiprofissional e em conjunto com os demais equipamentos.

Eles devem ter sua atuação em cada equipamento baseada segundo dispõe as leis federais, estaduais e municipais vigentes, as quais regulamentam as Políticas Públicas e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme estabelece o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo “Dr. Sebastião de Moraes” (São Paulo, 2011) em seu documento norteador. Contudo, para além da conformidade legal e técnica, as intervenções devem ser guiadas por princípios éticos e metodológicos essenciais. Isso significa que as práticas devem ser realizadas dentro de um marco de ética profissional, priorizando o acolhimento, o cuidado integral e a escuta ativa, que deve ser sempre livre de julgamento. Adicionalmente, o profissional deve integrar a psicoeducação e as estratégias de Redução de Danos (RD) como bases fundamentais para a assistência a usuários de álcool e outras drogas. O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019) dispõe que:

(...) as(os) profissionais da Psicologia compõem, junto com profissionais de outras áreas, as equipes de saúde nos CAPS-AD, nos Consultórios na/de Rua, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Acolhimento (UA), nos Centros de Convivência, além de atuarem nos equipamentos da Assistência Social, nos Projetos de Inclusão Produtiva e de Geração de Trabalho e Renda, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), entre outros dispositivos da rede. (CFP, 2019, p. 50-51)

Afirma, assim, que seu compromisso com a proposta de Redução de Danos para a conduta direcionada aos usuários de álcool e outras drogas ao pontuar que o trabalho no campo da saúde mental, fundamentado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, deve ser integralmente orientado para a potencialização dos laços sociais dos usuários. É imperativo instituir respostas que atendam às suas diversas situações e necessidades, abrangendo o acolhimento e o cuidado desde os momentos de urgência até o acompanhamento psicossocial contínuo. As ações de cuidado devem incluir a intervenção direta nas cenas de uso, com o objetivo de criar vínculo e assegurar o acesso à rede de atenção. Esse processo deve ser conduzido de forma ética, livre de preconceitos e de qualquer forma de compulsoriedade. Nesse panorama de atenção, a estratégia da Redução de Danos (RD) estabelece-se como uma proposta ética de cuidado que direciona e guia as intervenções realizadas junto aos usuários de álcool e outras drogas (CFP, 2019).

Em relação as intervenções do psicólogo na Assistência Social temos duas referências uma do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) e outra do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP/SP), sendo a primeira voltada especificamente para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a segunda para a assistência social como um todo.

Dessa forma, os psicólogos devem “estar atentos aos processos de sofrimento instalados nas comunidades, nos territórios onde as famílias estabelecem seus laços mais significativos” (CRP/SP, 2016, p. 07), devendo estar sempre articulada em defesa da vida e às necessidades das pessoas. Reconhecer as subjetividades individuais dos sujeitos, contribuindo desta forma com a identidade e o processo de sociabilização com utilização de propostas que transformem o meio social da comunidade (CRP/SP, 2016, p. 08), podendo para isso utilizar diferentes abordagens e metodologias com olhar voltado principalmente para o fortalecimento familiar e da comunidade, mesmo ao trabalhar individualmente como com grupos, considerando todos os aspectos socioeconômicos e culturais que estes indivíduos vivem e acabam afetando o psiquismo e a subjetividade individual, familiar e comunitária.

Segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004, a Proteção Social Básica, que é a porta de entrada, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Assistência Social (SUAS) estabelece o objetivo, o público-alvo, os serviços e o papel do psicólogo para atuar neste contexto. Busca o desenvolvimento de prevenção e

proteção de vulnerabilidades e riscos sociais baseado em ação técnica reforçando a convivência familiar, considerada como rede protetiva e estimula a autonomia e busca as potencialidades dos indivíduos e grupos. Assim, esta proteção é destinada à população em “situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou, fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (CRP/SP, 2016, p. 09), que visa “romper com o assistencialismo e a tutela das populações mais vulneráveis, em um novo paradigma que aponta a inter-relação existente entre as suas vulnerabilidades e a precarização de suas condições de vida” (CREPOP, 2021, p. 87)

A atuação do psicólogo na Proteção Social Básica, principalmente no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), é de atuar de forma interdisciplinar com ações que incluem a acolhida, estudo social, visita domiciliar, acompanhamento familiar, busca ativa, mediação de grupos do Programa de Atendimento Integral à família e articulação de ações, salientando-se que não há atendimento clínico psicoterapêutico e as articulações com outros programas variam de município para município (CREPOP, 2021, p. 90-95).

Contudo, ao se falar em população em situação de rua o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), no ano de 2025 publicou uma referência técnica específica para esta população extremamente vulnerável, apresenta alguns dos principais equipamentos e dispositivos que são: a Assistência Social, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Serviço de acolhimento institucional e Serviço de acolhimento em república e os serviços na saúde: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de acolhimento e o Consultório na rua (CR).

Assim, no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) o psicólogo atuará junto aos usuários promovendo

Acolhimento, Entrevista Inicial e Triagem; Atendimentos Individuais, Plantões; Grupos; Elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar; Visitas Domiciliares, Acompanhamento dos usuários nos diversos serviços do sistema judiciário; Relatórios Técnicos, Laudos e Avaliações; Ações integradas com a rede; Atuação em equipes multidisciplinares; Atividades educativas e de esclarecimentos para a população em geral e Coordenação dos serviços. (CRP, 2022, p. 65)

No Centro Pop o psicólogo atuará com uma abordagem interdisciplinar, priorizando o acolhimento, o cuidado integral e a escuta ativa nas dimensões psicológicas e emocionais dos usuários, fortalecendo a autoestima, auxiliando no enfrentamento de traumas e contribuindo para a construção de novos projetos de vida. Já no Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS), o psicólogo atuará promovendo a saída das ruas, garantindo direitos e fortalecendo vínculos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, o consumo excessivo e prejudicial de álcool e outras drogas têm acompanhado o desenvolvimento da humanidade estando presente em diversos contextos. Ao longo da história, essa prática passou a ser vista como compulsão o que ensejou a criação de Leis de natureza punitivista e somente a partir dos anos 50 que a ciência passou a entendê-la como um transtorno mental, retirando o estigma de falha moral ou fraqueza (Torcato, 2016). Hoje, é reconhecida como uma doença que exige acompanhamento de diversos órgãos e entidades, com necessidade de se ter implantadas e implementadas Políticas Públicas específicas, baseadas na Redução de Danos (RD). Junto a este quadro, a presença de pessoas em situação de rua pode ser considerada como alarmante, tendo em vista um aumento de 211% de 2012 para 2020 (Melo, 2024) o que intensifica a necessidade de estudos, de recursos, de planejamento e de Políticas Públicas. Apesar, de serem em menor número, as mulheres que vivem em situação de rua, transformando este território em lares ainda sofre muita violência, mesmo com todas as conquistas históricas dos movimentos feministas e de leis de proteção, que na maioria das vezes são ineficientes ou inexistentes.

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que teve como base o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde e foi inserido na Constituição de 1988 (Oliveira, 2012) que garante que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e impulsionada pela Luta Antimanicomial, que culminou na Lei nº 10.216/2001, as Políticas Públicas de saúde mental começaram a ser construídas e reestruturadas, implementando desta forma a Rede de Proteção Psicossocial (RAPS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que possibilita a atuação do psicólogo dentro dos equipamentos mediante articulação multidisciplinar dos equipamentos, onde atuará respeitando e promovendo a liberdade, a integridade e a dignidade, promovendo a responsabilidade social, com aprimoramento continuado e sigilo (CFP, 2005) e conforme normas estabelecidas para a sua atuação dentro dos equipamentos.

Concluindo, as análises realizadas ao longo deste trabalho evidenciam o silenciamento e a invisibilidade das mulheres em situação de rua e em dependência química, tanto no âmbito social quanto na formulação e alcance das Políticas Públicas.

O estudo revelou uma lacuna estrutural que permeia o campo de conhecimento, visto a ausência de dados públicos detalhados sobre esta população, especialmente

referentes a gênero, raça, cor e as trajetórias de uso de substâncias. Embora os equipamentos municipais produzam e registrem essas informações, a indisponibilidade dessas bases em domínio público impede a construção de um diagnóstico preciso e, conseqüentemente, de uma resposta pública adequada à realidade vivida por essas mulheres. Levanta-se a hipótese de que esta não seja apenas uma dificuldade metodológica de pesquisa, mas um sintoma da própria invisibilidade social dessas mulheres, reforçando o caráter político do não registro oficial.

Essa invisibilidade é reforçada pela associação de mitos, como o de que o uso de substâncias seria o motivo principal da situação de rua. Melo (2024) aponta que “o principal fator de motivação das mulheres para a ida às ruas é a perda da moradia, em segundo lugar estão os problemas familiares e, em terceiro, o uso de álcool e outras drogas” (Melo, 2024 ,p.17). Contudo, a pesquisa indica que a dependência é um dos múltiplos fatores de exclusão e, muitas vezes, o uso de álcool e drogas configura-se como uma estratégia de sobrevivência frente à violência e ao desamparo do ambiente urbano. Essa complexidade é ainda mais difícil de ser combatida, uma vez que as mulheres, mesmo participando ativamente da economia do mercado informal, permanecem estigmatizadas, dificultando sua reintegração social, como aponta entrevista realizada pelo Seminários Programa de Pós-graduação em Planejamento Urbano e Regional (PPGPLUR, 2025).

Mesmo diante destas limitações documentais, foi possível identificar que os equipamentos de saúde mental e assistência social são insuficientes para atender integralmente a população-alvo. Para as mulheres, essa insuficiência é mais grave, visto que “as mulheres em situação de rua são minoria se comparada aos homens que se encontram nesta condição” (Melo, 2024 ,p.16) tendo muitas das vezes de “se vestirem de forma masculinizadas na tentativa de diminuir estas violências” (Melo, 2024 ,p.16-17) e mesmo estando acompanhadas por parceiros a violência pode ocorrer vinda dele, pela própria estrutura machista e patriarcal da sociedade, podendo inclusive chegarem a perderem a guarda dos filhos e nem mesmo conseguirem ter um acompanhamento gestacional. Assim, pode-se afirmar que “a vida nas ruas para a mulher envolve a exposição a situações extremas” (Melo, 2024 ,p.16) e as Políticas Públicas voltadas para estas mulheres acabam dispersas em políticas generalistas, o que impede a implantação e implementação de Políticas Públicas mais eficientes e segmentadas para este grupo. A atitude de gestores públicos ao diminuir ou

suprimirem serviços e equipamentos acaba por aprofundar o silenciamento desta população, enfraquecendo a atuação dos profissionais, mesmo que estes demonstrem um olhar humanizado e diferenciado.

A pesquisa deixa clara a necessidade de Políticas Públicas direcionadas para as mulheres em situação de rua e usuárias de álcool e outras drogas, que considerem a singularidade dessa vivência e as vulnerabilidades envolvidas.

Sendo assim, constata-se a necessidade de novas pesquisas referentes ao tema, que aprofundem os achados da presente pesquisa e que possam orientar Políticas Públicas para mulheres em situação de rua.

REFERÊNCIAS

ALIPRANDE, C. S.; ROMANHOLI, A. C. Vozes na rua: vivências de mulheres em situação de rua e seus atravessamentos. **Revista Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 1-17, 2022. Disponível em: <https://unisales.br/wp-content/uploads/2023/06/VOZES-NA-RUA-VIVENCIAS-DE-MULHERES-EM-SITUACAO-DE-RUA-E-SEUS-ATRAVESSAMENTOS-final.pdf>. Acesso em: 26 maio 2025.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c5srmqDwSkZCmzCcqrmtwzM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 maio 2025.

AGUIAR, J. S. A atuação do psicólogo no centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS-AD). **Revista Cedigma**. São Luís, v.1.n.1, 2024. Disponível em: <https://revistacedigma.cedigma.com.br/index.php/cedigma/article/view/3/14>. Acesso em: 29 maio 2025.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/>. Acesso em: 13 dez. 2025. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018.

BENTO, V. E. S. Tóxico e adicção comparados a paixão e toxicomania: etimologia e psicanálise. **Psicologia USP**, 17(1), 181-206, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/Df8yKdkm9TY4W4VvdvG5ZXm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 nov. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para atuação de psicólogo(s) em Políticas Públicas de álcool e outras drogas**. Brasília: CFP, 2019 Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas_web-FINAL.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: CFP, 2009 Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/a-prtica-da-psicologia-e-o-ncleo-de-apoio-sade-da-familia/>. Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção**. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps#:~:text=Proporciona%20servi%C3%A7os%2>

0de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20cont%C3%ADnua,cinco)%20leitos%20para%20acolhimento%20noturno . Acesso em: 29 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Assistência Social: Consolidação do SUAS**. Brasília. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Consolidacao_Suas.pdf . Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm . Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Decreto n.º 14.969, de 3 de setembro de 1921. **Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para tóxicomanos**. Rio de Janeiro: Poder Executivo, 1921. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D14969.htm. Acesso em: 14 nov. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, Brasília: CFP, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1. ed. em português, ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, A. G. de; LEÃO, E. R. Qual a dor do morador de rua? 2016. 142 f. **Dissertação** (Mestrado em Ciências em Saúde) – Faculdade de Ciências em Saúde Albert Einstein, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Qual-a-dor-do-morador-de-rua.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2025.

CENAT CURSOS. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: sua história e impactos na saúde brasileira**.: CENAT Cursos, s.d. Ebook. Disponível em: <https://materiais.cenatcursos.com.br/ebook-reforma-psiquiatica>. Acesso em: 13 dez. 2025.

CHIAVERINI, D. H. (org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 108 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos CRAS**. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/12/rt_crepop_cras_2021.pdf. Acesso em: 03 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos CREAS**. Brasília: CFP, 2022. Disponível em: <https://crepop.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/34/2022/10/007-Crepop-Referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-nos-CREAS.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA **Caderno de Orientações do CRP SP para atuação de psicólogas(os) na Assistência Social**. São Paulo: CRP SP, 2016. Disponível em: <https://sites.usp.br/psicologianaassistenciasocial/caderno-de-orientacoes-do-crp-sp-para-atuacao-de-psicologas-na-assistencia-social-2016/>. Acesso em: 03 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) com a População em Situação de Rua**. Brasília: CFP, 2025. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/08/RT_Pop_Rua_web-1.pdf. Acesso em: 3 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília: CFP, 2013. 160 p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2025.

COHEN, W.; INABA D. **Drogas. Estimulantes, depressores, alucinógenos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R.W.; DELGADO, P.G.G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. e00285117, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/>. Acesso em: 15 dez. 2025.

DALMAGRO, R. G. Dependência química: tudo o que você precisa saber. **Hospital Regional Terezinha Gaio Basso** Disponível em: <https://www.hrtgb.org/noticias/716/dependencia-quimica-tudo-o-que-voce-precisa-saber#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%B Ade,decorrentes%20do%20uso%20de%20drogas>. Acesso em: 30 abril 2025.

DIEHL, A.; BOSSO, R.; PILLON, S. **Mulheres e dependência química** [livro eletrônico]. Curitiba: CRV, 2022.

DIEHL, A.; (Org.) M. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas** [livro eletrônico]. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: **Curso EAD supera**. Módulo 1. Brasília, DF: Ministério da Justiça e

Cidadania, 2017. p. 113-126. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/198412/001097849.pdf?sequen>. Acesso em: 13 dez. 2025.

ESMERALDO, A. F. L.; XIMENES, V. M. Mulheres em situação de rua: implicações psicossociais de Estigmas e Preconceitos **Psicol. cienc. prof.** 42, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1360646/mulheres-em-situacao-de-rua-implicacoes-psicossociais-de-estig_4tg77pq.pdf. Acesso em: 26 maio 2025.

FONTGALLAND, R. C. *et al.* A Prática dos Psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial em diferentes estados brasileiros. **Psicol. Conoc. Soc.**, Montevideo, v. 12, n. 2, p. 45-71, 2022 . Disponível em:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262022000200045&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 29 maio 2025.

GARCIA, C. C. **Breve História do feminismo** [livro eletrônico]. São Paulo: Claridade, 2015. (Saber de tudo).

GAY, P. **Freud**: uma vida para o nosso tempo. Tradução de Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** [livro eletrônico]. São Paulo: Atlas, 2008.

IACABO, P.; FURTADO, J. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégicas e lógica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012606>. Acesso em: 29 maio 2025.

JACCOUD, L.; BICHIR, R.; MESQUITA, A. C. O SUAS na proteção social brasileira transformações recentes e perspectivas **Dossiê políticas sociais e redistribuição** Novos estudos, 2017 Disponível em: <https://doi.org/10.25091/S0101-3300201700020003>. Acesso em: 10 nov. 2025.

LEMBKE, A. **Nação dopamina**: Porque o excesso de prazer está nos deixando infelizes e o que podemos fazer para mudar. Tradução de Elisa Nazarian São Paulo: Vestígio, 2022.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8QMxqpCc44fBQxggHmsxDyh/>. Acesso em: 13 dez. 2025. DOI: 10.1590/S1414-32832006000200002.

MEDEIROS, P. F. P. de *et al.* Consultório de Rua: cuidado no território na interface entre HIV/Aids, drogas e Redução de Danos. Relato de experiência, **Saúde debate** 47 (136), 2023. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HrP7mwxYp5mXRKy5chmN5zG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2025.

MELO, Thamires Vieira Martins de. Trajetórias identitárias femininas em situação de rua: um estudo de caso de São José dos Campos - SP. São José dos Campos, SP, 2024. 152 f.; PDF Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional), Universidade do Vale do Paraíba, Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, São José dos Campos, 2024. Disponível em: <https://repositorio.univap.br/server/api/core/bitstreams/febcd589-3544-47ea-a323-5b51b96847cb/content>. Acesso em: 18 nov. 2025

MELO, T. V. M. de; MACIEL, L. M.; SILVA, F. F. do A. **Entre a circulação e a fixação: a ocupação da Praça da Matriz e seus arredores pela população em situação de rua em São José dos Campos/SP**, Brasil. RUA, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 253-277, 2024. DOI: 10.20396/rua.v30i1.8677004. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rua/article/view/8677004/34140>. Acesso em: 16 nov. 2025

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. de. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1127-1136, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5WwTvQ5q7F6qvhBrDMLWBcG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez 2025. DOI: 10.1590/S0080-623420140000700022.

NARDES, S.; GIONGO, C. R. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas Artigos **Rev. Estud. Fem.** 29 (1), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n166011>. Acesso em: 26 maio 2025.

OLIVEIRA, M. D. C.; MACIEL, L. **Das Dores** São José dos Campos: Editora das autoras, 2024

OLIVEIRA, A. L. de O. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS **Encontros Teológicos** nº 61 Ano 27 / número 1 / 2012, p. 31-42. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/download/198/189> Acesso em: 10/11/2025

OLIVEIRA, W. F. de. Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio-histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 52-71, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11**. Genebra, 2024. Disponível em: <https://icdcdn.who.int/static/releasefiles/2024-01/ICD-11-Reference-Guide-2024-01-pt.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2025.

OZÓRIO, L. Em uma década, número de mulheres em situação de rua aumentou mais de 10 vezes, diz estudo. **Exame.com**, São Paulo, 2025. Disponível em: https://exame.com/esg/em-una-decada-numero-de-mulheres-em-situacao-de-rua-aumentou-mais-de-10-vezes-diz-estudo/?utm_source=copiaecola&utm_medium=compartilhamento. Acesso em: 26 maio 2025.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Revista Sociologia e Política** (Dossiê Teoria Política Feminista), Curitiba, v. 18, n. 36, p. [início-fim do artigo], jun. 2010.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782010000200003>. Acesso em: 26 maio 2025.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/>. Acesso em: 13 dez. 2025. DOI: 10.1590/S1413-81232011001300002.

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (Município). Secretaria de Apoio Social ao Cidadão. **Plano Municipal de Assistência Social de São José dos Campos: 2016-2018**. São José dos Campos, 2017. Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/media/clupbg1l/plano-municipal-de-assistencia-social.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2025.

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (Município). **Prefeitura reestrutura rede e inaugura Caps AD na região sul**. Prefeitura de São José dos Campos, São José dos Campos, 23 mar. 2022. Disponível em: https://servicos.sjc.sp.gov.br/arquivonoticias/noticia.aspx?noticia_id=16877. Acesso em: 15 nov. 2025.

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (Município). Câmara Municipal. **Câmara muda gestão do SAMA**. São José dos Campos, 3 dez. 2012. Disponível em: <https://www.camarasjc.sp.gov.br/noticias/3860/camara-muda-gestao-do-sama>. Acesso em: 15 nov. 2025.

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS (Município). **População em situação de rua**. Prefeitura de São José dos Campos, 2025, s.d. Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/servicos/apoio-social-ao-cidadao/populacao-em-situacao-de-rua/>. Acesso em: 27 maio 2025.

SANTOS, H. da C.; MEDEIROS, C. I. S. O renascimento da terapia psicodélica: Uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 9, e48510918122, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18122>. Acesso em: 13 dez. 2025. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.18122.

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. **Informações Saúde Mental**. São José dos Campos, SP, s.d. Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/servicos/saude/saude-mental/informacoes-saude-mental/>. Acesso em: 19 nov. 2025.

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. **CRAS**: Centro de Referência de Assistência Social. São José dos Campos, SP, s.d. Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/carta-de-servicos/cidadaos/apoio-social-ao-cidadao/servicos-de-atendimento-a-populacao/cras-centro-de-referencia-de-assistencia-social/>. Acesso em: 19 nov. 2025.

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. **Programa UBS Resolve**. São José dos Campos, [s.d.]. Disponível em:

<https://www.sjc.sp.gov.br/servicos/saude/unidades-basicas-de-saude-ubs/programa-ubs-resolve/>. Acesso em: 19 nov. 2025.

RIBEIRO, N. C. R.; MARTELETO, R. M. O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais enquanto um dispositivo info-comunicacional. **Encontros Bibli: Revista de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, v. 28, art. e90801, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eb/a/c9V4fxSpWPSgkxsgBmPHn5v/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2025.

SÃO PAULO (Estado). Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. **Redes regionais de atenção psicossocial**: documento norteador do COSEMS/SP. [S.l.]: COSEMS/SP, 2011. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/termo_de_referencia_redes_regionais.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

SEMINÁRIOS PPGPLUR - UNIVAP. **Pessoas em situação de rua: errância e desafios nas contradições do capitalismo**. [Conferência, Vídeo]. São José dos Campos: UNIVAP, 2025. **1 vídeo** (1h 6min 20s). Publicado em 14 nov. 2025. Disponível em: <https://www.youtube.com/live/yskzl8g2dzY?si=4LpxNN3aIY80PBfx>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SILVA, J. P. A. da; CARMO, V. M. do; RAMOS, G. B. J. R. As quatro ondas do feminismo: lutas e conquistas. **Revista de Direitos Humanos em Perspectiva**, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/354044281_AS_QUATRO_ONDAS_DO_FEMINISMO_LUTAS_E_CONQUISTAS. Acesso em: 26 maio 2025.

SOUSA, J. M. de et al. Cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial: desafios para a relação terapêutica na perspectiva de profissionais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** (ou **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**), Rio de Janeiro, v. 27, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0007pt>. Acesso em: 22 maio 2025.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2025.

TEIXEIRA, A. A. *et al.* Representações Sociais sobre Ser Mulher na Sociedade Contemporânea. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 44, e264821, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/FH3b98kP9XpTnWn5YGPYRkn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2025.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**, 2016. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-05102016->

165617/publico/2016_CarlosEduardoMartinsTorcato_VCorr.pdf. Acesso em: 15 nov. 2025

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 190 p. (Coleção Loucura & Civilização). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2025