



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS DE
DESENVOLVIMENTO HUMANO E SAÚDE/PG-PDS

**Consultório na Rua em Goiânia: atenção a pessoas
em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas**

Helizett Santos de Lima

Brasília, DF Março de 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS DE
DESENVOLVIMENTO HUMANO E SAÚDE/PG-PDS

**Consultório na Rua em Goiânia: atenção a pessoas
em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas**

Helizett Santos de Lima

**Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília, como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre
em Processos de Desenvolvimento Humano e
Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.**

ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl.

Brasília, DF Março de 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente
Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado - Membro
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria

Prof. Dra. Maria Fátima Olivier Sudbrack - Membro
Universidade de Brasília- Instituto de Psicologia

Prof. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição - Suplente
Universidade de Brasília- Instituto de Psicologia

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por minha vida, pelas inúmeras oportunidades a mim destinadas, e principalmente por todas as superações de obstáculos que tive durante o percurso do meu mestrado. Sou grata à professora Eliane Maria Fleury Seidl, minha orientadora, a quem tive o prazer de conhecer durante o processo seletivo, uma verdadeira redutora de danos, que muito me auxiliou nessa longa caminhada, por vezes árdua, angustiante, mas muitas vezes prazerosa. Quero agradecer a professora Fátima Sudbrack pelo seu carinho, amizade e principalmente pelo apoio e incentivo para ingressar no mestrado. E também a todas as professoras do PGPDS, com quem tive o prazer de conviver, cursar algumas disciplinas e que sempre me apoiaram e auxiliaram. Em especial, às professoras Ângela Branco, Denise Fleith, Elizabeth Queiroz, Lúcia Pulino, Maria Cláudia Oliveira e Regina Pedroza.

Sou grata aos professores Maria Fatima Olivier Sudbrack, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Maria Inês Gandolfo por aceitarem fazer parte da minha banca examinadora, pois com sua larga experiência na área muito contribuirão para a minha pesquisa.

De forma muito especial agradeço a todos os funcionários da secretaria do PGPDS, do CAEP e do Instituto de Psicologia, pois sempre que solicitei algo fui atendida em tempo hábil. Agradeço em especial ao Senhor Luis, a Cláudia e a Fernanda que muito contribuíram no meu processo de adaptação ao IP e a UnB. Agradeço a todas as alunas do PGPDS, pela nossa amizade, carinho e apoio mútuo durante essa longa jornada, e ainda a aluna Rebeca da Faculdade de Educação, com quem tive o prazer de conviver durante o primeiro semestre.

Agradeço a atual gestão do CRP-09, pelo apoio e incentivo, além dos convites para palestras sobre o meu tema de pesquisa, especialmente a conselheira Kátia e a vice-presidente Sandra. Quero ainda agradecer a pessoas muito queridas, que contribuíram muito no apoio para minhas viagens e estadias em Brasília, como o senhor Juventino, pelo meu transporte responsável e carinhoso de Goiânia a Brasília, e também Inácia e Ana Maria, do pensionato Irmãs Canisianas, pela estadia agradável e tranquila, além da amizade e carinho.

Sou muito grata aos meus amigos e colegas da Secretaria pelo incentivo, apoio e paciência comigo em todos os momentos. Em especial agradeço a Olívia Vieira, minha chefe, a Cristina Laval, pelo parecer favorável ao projeto de pesquisa; ao Calixto, pela agilidade no processo de aprovação do projeto de pesquisa; a mesa diretora e secretaria executiva do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia, bem como todos os conselheiros.

Agradeço a todos os profissionais que compõem a equipe do Consultório na Rua de Goiânia e também aos servidores do CAPS ad i Girassol, pelo incentivo, apoio e mais, por termos construído essa história juntos, pois desde o início do projeto houve a formação de um laço afetivo e também um grande elo profissional. E ainda dizer o quanto fui bem acolhida

durante todo esse processo, e que carinhosamente me diziam que eu era parte da equipe. Aos usuários, o meu agradecimento de forma muito especial, não apenas aos quatro que participaram do estudo, mas a todos os que tive o privilégio de conhecer, de ouvir um pouco sobre suas histórias de vida, trajetória e vivência nas ruas. Foi uma experiência gratificante, única, que me fez crescer muito, como profissional e principalmente como ser humano. De forma muito especial, apesar de dolorosa, quero agradecer a usuária Geovana, como gostava de ser chamada, pelas horas agradáveis que passamos juntas, pela disponibilidade em participar da pesquisa e pela forma carinhosa como me acolheu e me recebeu. Infelizmente essa usuária foi vítima de violência cruel e brutal, pois foi assassinada, executada a tiros.

Quero agradecer de forma muito carinhosa a todos os meus amigos, pela paciência comigo durante as minhas ausências e pela disponibilidade de carinho e afeto, sempre que necessário, além de acreditar sempre em mim, como pessoa e profissional. A minha família, também faço um agradecimento especial, pelo apoio, dedicação, paciência, e carinho durante todo esse período, especialmente aos meus pais, irmãos e meus sobrinhos queridos, André, Josué, Analissa e Kalebe. Finalmente agradeço a todos os meus pares, que fizeram parte da minha rede de apoio e os que ainda não eram, mas permitiram que nos tornássemos amigos ao longo desses dois anos de jornada.

Resumo

O aumento do uso de substâncias psicoativas (SPA) por pessoas em situação de rua repercutiu na criação do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD 2009-2010), no Sistema Único de Saúde (SUS). Este plano tem como objetivo a expansão de estratégias de prevenção e tratamento relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, com base em ações de redução de danos e integrado a outras políticas públicas. Dentre suas prioridades estão os dispositivos Consultórios na Rua (CR) do SUS, que seguem os princípios da universalidade, integralidade da atenção à saúde, equidade, respeito ao *modus vivendi* da população assistida, promoção de direitos humanos, inclusão e reinserção social, enfrentamento ao preconceito e resgate da cidadania. Os CR dispõem de uma equipe volante multiprofissional, que se desloca em um veículo tipo *kombi* com identificação/logotipo, abastecido com insumos para tratamento de situações clínicas comuns (material para curativos e medicamentos) e de prevenção (preservativos, folhetos informativos), realizando trabalho extramuros, nos locais onde se encontra essa população. O presente estudo teve por objetivo geral investigar os modos de atuação e as características do trabalho de intervenção com adultos jovens em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, segundo percepções de profissionais do Consultório na Rua do município de Goiânia e de pessoas atendidas pelo CR. O estudo utilizou metodologia qualitativa com dois roteiros semiestruturados de entrevistas individuais, um para profissionais e outro para usuários. Os dados das entrevistas foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. Os participantes foram nove profissionais, de ambos os sexos, com níveis diversificados de formação, do nível médio ao superior completo, com faixa etária de 24 a 64 anos. Participaram também quatro usuários, de ambos os sexos, com ensino fundamental incompleto, faixa etária entre 23 e 37 anos, a maioria em união consensual, em uso de álcool e crack. Os relatos dos profissionais configuraram sete eixos temáticos: *objetivos da nova estratégia de atendimento; as parcerias do CR; aspectos facilitadores do trabalho; dificuldades do trabalho; a atuação profissional no CR; apoio necessário para o trabalho; atuação com base em redução de danos*. Os oito eixos temáticos dos usuários foram *o primeiro contato com a equipe; a atuação dos profissionais do CR; o que é mais interessante nesse trabalho; atendimentos recebidos com apoio do CR; apreciação sobre os atendimentos recebidos; os motivos para aceitar os atendimentos; mudança da prática de uso de SPA após o atendimento no CR; e os atendimentos mudaram a vida na rua*. Categorias diversas ilustraram cada eixo, com exemplos de falas dos participantes. Observou-se uma coerência entre os relatos dos profissionais e dos usuários em aspectos que caracterizam a atuação do CR, o que fala a favor de uma sintonia entre o que está sendo realizado pela equipe e o que está sendo recebido pelos usuários atendidos nesse dispositivo do SUS. O estudo indicou ainda que os princípios que regem a atuação do CR vão ao encontro daqueles preconizados nas políticas públicas da área de álcool e outras drogas, incluindo a redução de danos.

Palavras-chave: consultório na rua, redução de danos, álcool e outras drogas, pessoas em situação de rua.

Abstract

The increased use of psychoactive substances (PSA) by people on the streets reverberated in creating the Emergency Plan for Expansion of Access to Treatment and Prevention in Alcohol and Other Drugs (PEAD 2009-2010), in the Unified Health System (SUS). This plan aims to expand the strategies of prevention and treatment related to the consumption of alcohol and other drugs, based on harm reduction and integrated with other public policies. Among its priorities are the Street Offices (SO) service provided by SUS, which follows the principles of universality, comprehensiveness of care, fairness, respect the *modus vivendi* of the assisted population, promotion of human rights, inclusion and social reintegration, confronting prejudice and recovery of citizenship. The SOs have an itinerant team formed by different professionals, which moves in a van type vehicle with identification / logo, stocked with supplies for treating common clinical situations (bandage materials and medication) and prevention (condoms, brochures), performing an outdoor work in places where this population is found. The present study aimed at investigating the modes of operation and the characteristics of intervention work with young adults on the streets who make use of psychoactive substances, according to the perceptions of professionals Street Offices in the city of Goiânia and people served by the SO. The study has used qualitative methodology with two tours of semi-structured individual interviews, one for professionals and another one for PSA users. The interview data was analyzed using the content analysis technique. The participants of the study were nine professionals of both sexes, with school degree varying from high school to college degree, aged between 24 and 64 years old and four were PSA users of both sexes, who had not completed primary school, aged between 23 and 37. Most of them were users of alcohol and crack and living in consensual union. Reports from professional resulted in seven themes: *objectives of the new strategy of care; partnerships of SO; facilitating aspects of work; labor difficulties; professional performance in SO; support needed for the job; performance based on harm reduction*. The eight users' themes were: *first contact with the team, the performance of the SO professionals, what is most interesting about this work; services received, with support from the SO; assessment of services received, the reasons for accepting the calls, change the practice of usage of SPA in SO after treatment, and the calls have changed life on the streets*. Different categories illustrated each theme with examples from the participants' speech. There was a consistency between reports from professionals and SPA users in ways that characterize the performance of the SO, which shows a favorable line between what is being done by the team and being received by SPA users attended in this SUS service. The study also indicated that the principles governing the actions of SO are in accordance with those recommended by the public policy in the area of alcohol and other drugs, including harm reduction.

Key words: street office, harm reduction, alcohol and other drugs, people in street situation.

Sumário

	Página
Agradecimentos	iii
Resumo	v
<i>Abstract</i>	vi
Lista de Figuras	ix
Lista de Siglas	x
Apresentação	1
Capítulo I - Revisão da Literatura	3
1.1 Contextualização	3
1.2 A população em situação de rua	5
1.3 Políticas públicas brasileiras na área de álcool e outras drogas	9
1.4 Redução de danos: conceituação e políticas	11
1.5 Uso de substâncias psicoativas: dados epidemiológicos	17
1.6 O Consultório na Rua	19
1.6.1 A situação no município de Goiânia	21
Capítulo II - Justificativa e objetivos	25
Capítulo III - Método	26
3.1 Participantes	26
3.1.1 Caracterização dos participantes	26
3.2 Aspectos éticos	27
3.3 Instrumentos	28
3.4 Contextualização do estudo e procedimentos na coleta de dados	28
3.5 Análise de dados	30
Capítulo IV - Resultados	32
4.1 Estudo com profissionais da equipe do CR	32
4.1.1 Objetivos da nova estratégia de atendimento	32
4.1.2 As parcerias do CR	34
4.1.3 Aspectos facilitadores do trabalho do CR	37
4.1.4 Dificuldades do trabalho	39
4.1.5 Atuação profissional no CR	42
4.1.6 Apoio necessário para o trabalho	45
4.1.7 Atuação com base em redução de danos	48
4.2 Estudo com usuários atendidos pelo CR	50

4.2.1 O primeiro contato com a equipe	50
4.2.2 A atuação dos profissionais do CR	51
4.2.3 O que é mais interessante nesse trabalho	52
4.2.4 Atendimentos recebidos com apoio do CR	53
4.2.5 Apreciação sobre os atendimentos recebidos	55
4.2.6 Os motivos para aceitar os atendimentos	55
4.2.7 Mudança no uso de SPA após o atendimento no CR	56
4.2.8 Os atendimentos mudaram a sua vida na rua	57
Capítulo 5 - Discussão	59
5.1 Estudo com os profissionais	59
5.2 Estudo com os usuários	62
5.3 Aspectos relevantes e possibilidades de aprimoramento no funcionamento do CR	65
Capítulo 6 – Considerações Finais	68
Referências	70
Anexos	78
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	79
Anexo 2 - Roteiro de entrevista semiestruturado para profissionais	80
Anexo 3 - Roteiro de entrevista semiestruturado para usuários	81
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais	82
Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários	83
Anexo 6 – Perfil profissional	84

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Serviços da rede de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2013	32

Lista de Siglas

ABORDA – Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde

CIAMS – Centro Integral de Assistência Médica Sanitária

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

CAPS AD i - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Infanto-juvenil

CAPS AD – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CAPS III - Centros de Atenção Psicossocial 24 horas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CMS-GYN – Conselho Municipal de Saúde de Goiânia

CR – Consultório na Rua

DN DST/aids – Departamento Nacional de DST/aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DAS – Diretoria de Atenção à Saúde

DERGO – Departamento de Estradas e Rodagem do Estado de Goiás

DGTES – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

GM – Gabinete do Ministro

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não governamental

OVG – Organização das Voluntárias de Goiás

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas

PET-Saúde Mental – Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde Mental

PN DST/aids – Programa Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde

PRD – Programas de Redução de Danos

PTS – Programa de Troca de Seringas

RD – Redução de Danos

REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos

REGORD – Rede Goiana de Redução de Danos e Direitos Humanos

RELARD – Rede Latino-Americana de Redução de Danos

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPA – Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAT – Unidades de Acolhimento Transitório

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFG – Universidade Federal de Goiás

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime*

Apresentação

O uso de substâncias psicoativas (SPA) ocorre desde os primórdios da história da humanidade, mas tem se tornado tema recorrente em contextos diversos, motivo de novas políticas públicas e de mobilização social, nas últimas décadas, em especial após o advento do crack. Pessoas que vivem em situação de rua e fazem uso e abuso de SPA, entre as quais o crack, estão cotidianamente vivenciando situações de vulnerabilidade e risco, devido à falta de acesso a serviços de saúde e a equipamentos sociais, além de serem vítimas de exclusão social e preconceito.

Para atender a essa população foram criados os Consultórios na Rua (CR), com equipes multiprofissionais volantes para atendimento *in loco*, que atuam de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Redução de Danos. A primeira experiência brasileira relacionada ao CR foi o “Banco de Rua”, no município de Salvador, estado da Bahia, vinculado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na década de 1990. E a partir dessa experiência, o Ministério da Saúde (MS) resolveu ampliar esse dispositivo para todo o território brasileiro (Brasil, 2011; Correia, 2010; Filho, 2010; Gonçalves & Braitenbach, 2010).

Diante desse quadro, o MS, mediante ações da Coordenação Nacional de Saúde Mental, no ano de 2009, publicou um edital de chamamento para projetos de implantação dos dispositivos Consultórios na Rua, para inserção dessa nova modalidade de serviço em municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes. Profissionais da área de saúde mental do município de Goiânia, após discussão com a Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, resolveram elaborar um projeto de CR, que posteriormente foi aprovado e implantado.

O interesse da pesquisadora por esse tema ocorreu devido à sua formação acadêmica – psicóloga especialista em saúde mental e em saúde da família – bem como em função da experiência profissional acumulada. A pesquisadora integrou a equipe técnica da Divisão de Saúde Mental e coordenou a equipe multiprofissional durante a elaboração do projeto do CR de Goiânia. É importante ressaltar também o interesse pelo tema álcool e outras drogas e redução de danos, ao lado do desejo de realizar pesquisa qualitativa em um serviço/dispositivo de saúde mental da rede pública de saúde de Goiânia.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa teve por objetivo geral investigar os modos de atuação e as características do trabalho de intervenção com adultos jovens em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, segundo percepções de profissionais do Consultório na Rua

do município de Goiânia, bem como analisar as percepções de pessoas usuárias de substâncias psicoativas sobre a intervenção desenvolvida pela equipe do CR e demais serviços acessados.

A dissertação está organizada em seis capítulos, além desta apresentação. O Capítulo I aborda a revisão da literatura acerca do tema álcool e outras drogas incluindo as políticas públicas no Brasil e dados epidemiológicos acerca do uso de SPA, a população em situação de rua, conceito e políticas de redução de danos, o CR e a sua situação no município de Goiânia.

O Capítulo II apresenta a justificativa e os objetivos que nortearam este estudo. O terceiro capítulo descreve o método, bem como suas especificidades e procedimentos. O Capítulo IV contém os resultados da pesquisa, divididos em duas etapas: na primeira estão os resultados relacionados às entrevistas com os profissionais; na segunda parte encontra-se a análise dos dados obtidos com os usuários do CR.

O quinto capítulo apresenta a discussão e, para finalizar, o Capítulo VI trata das considerações finais da dissertação.

Capítulo I - Revisão da Literatura

1.1 Contextualização

Drogas psicotrópicas são substâncias não produzidas pelo organismo, utilizadas com o objetivo de modificar o funcionamento do cérebro, podendo causar alterações nos estados mentais e provocar ou não dependência. As drogas psicotrópicas incluem substâncias como o álcool, os opiáceos, os canabíoides, os sedativos, os hipnóticos, a cocaína e seus derivados, os alucinógenos, o tabaco e os solventes. Assim, são substâncias lícitas ou ilícitas, naturais ou sintéticas, que compõem o conjunto de drogas psicotrópicas no mundo atual (Nicastri, 2008).

O consumo de substâncias psicoativas (SPA), visando à obtenção de alterações mentais, é uma prática do ser humano desde os primórdios da humanidade, e a decisão acerca do tipo de droga a ser consumida está baseada em suas necessidades e motivações subjetivas e sociais. Por isso é importante compreender como o indivíduo – enquanto pessoa ativa, com direitos, desejos e interesses – percebe e interpreta a sua experiência com drogas, bem como a realização de suas satisfações pessoais e sociais, os motivos, a importância e a necessidade desse uso (Filho, 2010; Simões, 2008).

É importante considerar também os aspectos biopsicossociais, pois esse fenômeno é de natureza sistêmica e multideterminada, visto que pessoas inseridas em diferentes contextos históricos e socioculturais, vão fazer uso de SPA com o objetivo de satisfazer necessidades diversas: sociais, culturais, afetivas e/ou cognitivas, o que pode suscitar reações e comportamentos distintos. Então, é imprescindível que o olhar para esse indivíduo seja livre de preconceitos, voltado para formas de abordagem novas e abrangentes, valorizando os diferentes modos de consumo, as razões, as crenças e os estilos de vida (Espinheira, 2004; MacRae, 2001; MacRae & Martins, 2010).

É necessário salientar, também, que o uso indevido de SPA preocupa a sociedade, na medida em que tem sido observado nos mais diversos segmentos e espaços sociais. Por isso, conhecer e avaliar a situação do consumo e/ou do uso abusivo de forma abrangente, buscando contribuições das ciências sociais, humanas e da saúde, além do compromisso dos diversos setores da sociedade com este tema, pode favorecer mudanças positivas nesse cenário. Enfim, é preciso considerar a complexidade desse fenômeno e a diversidade dos aspectos relativos à vida de pessoas usuárias, para que se possa oferecer uma abordagem integral e humanizada, baseada no conhecimento científico, mas calcada na realidade dos sujeitos (Brasil, 2009; Rodriguez & Luis, 2004).

Para que o conhecimento científico ocorra de forma integrada com a realidade, ou seja, a teoria e a prática em sintonia, se faz necessário priorizar o enfoque historicista, que privilegia

os aspectos sociológicos e históricos para a fundamentação e evolução da ciência. Diante desse cenário, e com esse novo olhar, as teorias passam a estar sujeitas, além dos interesses das comunidades científicas que as formulam, também a questões e debates presentes na sociedade em geral. Portanto, aqui as contribuições da ciência se fazem a partir da ampliação desse conhecimento para a população, ou seja, com a democratização do saber (Kuhn, 1987).

Diante da valorização no contexto histórico, cultural e social, bem como contribuições em diversas áreas do conhecimento há necessidade de que as ações e intervenções desenvolvidas sejam baseadas prioritariamente na promoção da saúde e na prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas. Para tanto, é fundamental a realização de modificações no processo voltado à formação de profissionais que atuam nessa área, para que possam compreender o indivíduo em uso abusivo de SPA como ser humano de direitos, cidadão e autônomo (Brasil, 2011; Pratta & Santos, 2009; Totugui, 2009).

Nessa perspectiva, é preciso inserir mudanças na formação dos profissionais que atuarão no cotidiano do uso e abuso de SPA. Para essa efetivação é necessário aliar os construtos e teorias científicas à realidade em que o profissional será inserido, o que pode se tornar algo desafiador e complexo, mas ao mesmo tempo muito rico e gratificante. A partir dessa formação diferenciada surgirão novas possibilidades de atuação com destaque para a integração da pesquisa e da ciência aos diversos e diferentes cotidianos de trabalho, o que poderá contribuir para um novo olhar acerca do tema, bem como a inserção de novas formas de atenção e assistência relacionadas ao uso de SPA (Brasil, 2010; Vassilaqui & Masías, 2009).

Os pesquisadores e profissionais que atuam com a temática de SPA devem investir no processo de sensibilização e aproximação com essa clientela, estando despidos de preconceitos. Esse processo deve ocorrer de forma lenta, gradual e dinâmica, a partir da escuta qualificada dessas pessoas, garantindo o respeito, o sigilo, a ética, bem como priorizando os preceitos dos direitos humanos e da cidadania. Enfim, todo o processo de aproximação deve priorizar essa população enquanto sujeitos de direitos e de possibilidades (Andrade, Lurie, Medina, Anderson & Dourado, 2001; Neiva-Silva & Koller, 2002; Rosemberg, 1996).

Diante de fenômeno tão complexo é preciso considerar que se trata de um processo que deve ser analisado sob a perspectiva da integralidade. Ou seja, é mister vislumbrar os aspectos individuais, sociais, culturais, psicológicos, biológicos desse indivíduo. Por isso, as estratégias e ações nessa área devem ser realizadas por equipe multiprofissional, privilegiando a integração dos vários saberes e as diferentes áreas de atuação, como saúde, educação, lazer, cultura, justiça e assistência social, e ainda respeitando as especificidades locais (Vassilaqui & Masías, 2009).

Frequentemente em nosso país, a sociedade civil é informada acerca do uso de SPA através da mídia e, muitas vezes, de forma contraditória. Em outras palavras, são difundidas

informações sobre a violência, o tráfico e os riscos relacionados ao uso de drogas ilícitas, mas ao mesmo tempo ocorre o incentivo ao consumo de substâncias lícitas e aceitas socialmente, como por exemplo, as bebidas alcoólicas. Destaca-se que as SPA, sejam lícitas ou ilícitas, têm especificidades e similitudes em aspectos farmacológicos, e que seu uso pode provocar reações e alterações de comportamentos semelhantes ou muito distintas. Por isso é imprescindível que as informações veiculadas pela mídia sejam claras e verdadeiras, incluindo resultados de pesquisas científicas, para que a população fique bem informada e esclarecida sobre o tema, o que pode contribuir para a redução de riscos nessa área (Noto et al., 2003).

Diante desse cenário complexo e desafiador, é necessário fazer alguns questionamentos, tais como: qual a perspectiva de reconstruir as diversas formas de pensamento científico e atuação nessa área? Quais as necessidades e demandas relacionadas ao uso e abuso de SPA na atualidade? O que pode corroborar a construção de novos paradigmas e novas diretrizes de atuação relacionadas a esse tema? Portanto, a partir dessas indagações, é importante apontar que além desse novo olhar para o sujeito que faz uso de SPA, é primordial que ocorra também a valorização das várias especificidades relacionadas a esse uso, dentre elas, a inclusão dos novos espaços de convivência desse indivíduo, com destaque para a rua.

1.2 A população em situação de rua

No contexto da rua, os indivíduos procuram se fixar predominantemente em áreas centrais das cidades, onde há o predomínio do comércio e de serviços em geral, além de maior fluxo de pessoas. Nesses espaços torna-se possível a obtenção de alimentos e de recursos financeiros e, no período noturno (quando esses locais ficam praticamente despovoados), esses lugares podem se transformar em abrigos (Andrade, 2010; Júnior, Nogueira, Lanferini, Ali & Mart, 1998).

A população que vive nesse cenário apresenta questões culturais e características singulares, como alta rotatividade e mobilidade social, além de estar inserido em um ambiente complexo dentro da realidade urbana. Diante desse contexto, surgem algumas situações muito peculiares, como a aquisição e uso de muitas e diferentes expressões verbais, o que contribui para a criação de uma linguagem específica e própria, aspecto relevante das pessoas que integram esse grupo. Dentre essas expressões verbais, uma das mais conhecidas e utilizadas é o termo *cair na rua*, que simboliza a ruptura dessas pessoas com algumas normas sociais e, muitas vezes, as tornam invisíveis dentro do contexto dos grandes centros urbanos (Andrade, 2010; Ghirardi, Lopes, Barros & Galvani, 2005; Santana, 2010).

Existem várias terminologias para designar esse grupo social, tais como população na rua, população de rua e população em situação de rua. O termo população em situação de rua é o mais utilizado na atualidade, pois busca garantir a complexidade e a diversidade do espaço da

rua, além de ressaltar o caráter muitas vezes transitório desse modo de vida, além de produzir uma história singular para as pessoas que nele se encontram (Neiva-Silva & Koller, 2002; Santana, 2010). Outra especificidade para as pessoas em situação de rua é relacionada às suas prioridades, com destaque para a garantia da sobrevivência, e aqui não importa se as ações e estratégias adotadas para a viabilidade da mesma são legais ou ilegais. Nesse contexto ocorre ainda a geração de demandas no âmbito das políticas públicas, para as áreas da assistência social, habitação, saúde, educação e segurança pública, direcionadas a esse grupo social e que devem respeitar as suas peculiaridades (Andrade, 2010; Júnior et al., 1998).

É importante ressaltar que o processo da ida para rua e o provável afastamento da família ocorrem, na maioria das vezes, de forma dinâmica, contínua e paulatina, ou seja, aos poucos surge um novo cenário de convivência fora da esfera familiar. Assim, é possível ficar parte do dia e/ou da noite na rua, sendo preservados momentos de convívio na residência familiar. Nesses casos, de forma lenta e gradual a pessoa vai deixando a sua casa e a sua família para viver em situação de rua, e muitas vezes essa pessoa não rompe totalmente os laços familiares e afetivos. Mas é comum encontrar também relatos sobre rupturas bruscas nos vínculos afetivos com as famílias (Diniz & Koller, 2010; Neiva-Silva & Koller, 2002; Santana, 2010).

Outro aspecto importante relacionado ao vínculo familiar diz respeito à presença de fatores de risco na família, tais como violência, pobreza, bem como os problemas afetivos, sociais e econômicos. Esses fatores parecem ter um papel relevante na dinâmica e na configuração das famílias de jovens em situação de rua e podem contribuir para a saída dos mesmos de casa e sua inserção no cenário da rua (Paludo & Koller, 2008a; Paludo & Koller, 2008b; Santana, 2010).

Para viver nesse novo espaço social, muitas pessoas desenvolvem atividades laborais voltadas para a sobrevivência pessoal e/ou a inserção no grupo de pessoas que vivem na rua, que podem ser lícitas ou ilícitas. Dentre as atividades lícitas existem alguns trabalhos informais, como vigiar e lavar carros, carregar compras para adultos, engraxar sapatos, realizar vendas de balas, chicletes e chocolates nas ruas, nos semáforos, e ainda executar algumas apresentações artísticas circenses como o malabarismo. As atividades ilícitas caracterizam-se pela predominância de pequenos furtos e roubos, e as atividades ligadas ao tráfico de drogas, o exercício do “trabalho” como pequenos traficantes, muitas vezes para a garantia do próprio consumo. Existem ainda outras situações relativas ao contexto da rua, como a prostituição (sexo de sobrevivência) e a mendicância (Andrade, 2010; Neiva-Silva & Koller, 2002).

Outro aspecto importante dessa população é a aparência pessoal, com base em aspectos exteriores como a vestimenta e as condições de higiene. Essa é uma das características mais frequentemente utilizadas para identificar essa população, tanto por pesquisadores e

profissionais que atuam nessa área, como pela sociedade em geral. A maioria dessa população apresenta alguns estereótipos relacionados à sua aparência pessoal, como uso de roupas sujas e de tamanhos inadequados, ausência de calçados, e ainda partes do corpo como mãos, pés, rosto e cabelos sujos. Isso muitas vezes pode acarretar o afastamento de pessoas da sociedade em geral, visto que além de terem um aspecto muito diferente da maioria da população, passam a exalar odor desagradável (Neiva-Silva & Koller, 2002; Santana, 2010).

Destaca-se ainda que estudos com jovens em situação de rua apontam fatores ou situações de risco e vulnerabilidade que tendem a ocorrer com essa população, dentre os quais: a violência, o uso e abuso de drogas, o sexo de sobrevivência, a perda de apoio e abrigo seguro, além da falta de cuidados em relação às necessidades básicas de alimentação e higiene. Esses fatores podem acarretar várias consequências negativas para essa população, como a gravidez indesejada e a morte prematura resultante de suicídio e/ou homicídio, dificuldades psicológicas e emocionais, bem como a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), má nutrição ou desnutrição, déficits de crescimento e lesões por acidentes (Canônico et al., 2007; Moraes, Aquino Moraes, Reis & Koller, 2010; Paludo & Koller, 2008a).

Diante da realidade de populações em situação de rua, que vivem frequentemente em situação de risco pessoal e social, faz-se necessário o enfrentamento de inúmeras adversidades, a partir da disponibilização e utilização de estratégias para lidar com situações difíceis, bem como contribuir para que possa vir a ocorrer a construção do processo de resiliência. A resiliência é a capacidade humana de enfrentar e superar as adversidades da vida, o que pode gerar o fortalecimento ou até mesmo a transformação do sujeito, contribuindo para uma adaptação bem sucedida diante de situações de risco e vulnerabilidades, bem como para o fortalecimento de sua autoestima. É um processo dinâmico diretamente relacionado a características pessoais, sociais e ambientais (Alvarez, 1999; Alvarez, Alvarenga & Della-Rina, 2009; Grotberg, 1996).

A população em situação de rua está inserida em um ambiente complexo e com muita imprevisibilidade, por isso, busca constantemente, além de sua sobrevivência, o processo de adaptação e resiliência nesse espaço/grupo social. E o mais importante é que esses jovens e adultos jovens se encontram em processo de desenvolvimento, em contexto sociocultural singular e adverso, o que exige reflexões e abordagens teóricas capazes de analisar estes processos desenvolvimentais. Por isso é preciso fazer uma análise acerca dos diversos conceitos de desenvolvimento humano. Na perspectiva sociocultural, desenvolvimento humano pode ser caracterizado como um fenômeno complexo e dinâmico, compreendido a partir de aspectos sócio-histórico-culturais e dos ambientes e cenários em que vivem, ou seja, a partir da

experiência de vivência/sobrevivência dessa população em espaços/locais, momentos e tempos definidos (Araújo & Oliveira, 2010).

O desenvolvimento é um processo no qual as práticas e circunstâncias socioculturais das comunidades – que mudam ao longo do tempo e contribuem para a aquisição e uso da linguagem e de outras ferramentas da cultura – possibilitam a aprendizagem dos seres humanos mediante a interação entre si. Por sua vez, o desenvolvimento humano também é um processo no qual as pessoas se transformam por meio da participação em atividades socioculturais, que podem ter “diferentes variáveis, intra e extra-orgânicas, relativas ao tempo e espaço, as quais se influenciam diretamente em relações de bidirecionalidade” (Sifuentes, Dessen & Oliveira, 2007, p. 384).

Diante da temática do desenvolvimento humano e sua relação com a população em situação de rua, é importante fazer algumas indagações. Como a população em situação de rua se desenvolve nesse contexto específico, com diferentes situações de risco e vulnerabilidade, mas também com a formação de vínculos, definição de espaços de “moradia” e a integração entre indivíduos pertencentes a determinado grupo, local e em um momento específico?

É necessário ressaltar que o ser humano, independente de estar ou não em situação de rua, está em processo de desenvolvimento constante, inserido em grupos sociais, com território definido, organização, valores, histórias e práticas comuns. E para que seja aceito, e se torne membro desse grupo, geralmente é exigido o cumprimento de algumas regras previamente estabelecidas pela própria comunidade (Rogoff, 2005). Portanto, os fatores culturais presentes na vida do ser humano tem papel fundamental na interrelação entre os fatores biológicos, psicológicos, ambientais, históricos e sociais nos mais diferentes sistemas que envolvem o indivíduo.

No contexto da rua há uma cultura específica que é desconhecida para a maioria da sociedade, muitas vezes vista de forma pejorativa e preconceituosa. Cada segmento do espaço urbano é uma cultura, como tantas outras, com seus valores, especificidades e complexidades. A heterogeneidade de cenários urbanos brasileiros leva à possibilidade de existir muitas ruas (e muitas culturas de rua) no Brasil afora.

A partir dessa realidade é importante ressaltar a necessidade de que os órgãos públicos, bem como os profissionais que atuam com essa população, propiciem atenção, cuidado e garantia de atenção a prioridades no atendimento a essas pessoas, além de um olhar singular e respeitoso para as mesmas. Ainda é preciso o investimento na promoção dos direitos humanos, na redução do estigma e preconceito, no resgate da cidadania e na reinserção social dessas pessoas. Enfim, faz-se necessário garantir a construção, implantação e implementação de políticas públicas de forma efetiva e voltadas para essa população, de acordo com suas

demandas específicas, a partir de escuta diferenciada. É importante também que todas as esferas de governo (municipal, estadual e federal), bem como a sociedade civil, sejam responsáveis por essas ações específicas (Morais et al., 2010; Santana, 2010).

1.3 Políticas públicas brasileiras na área de álcool e outras drogas

A abordagem voltada ao uso e abuso de SPA, bem como aos usuários dessas substâncias, deve ser baseada na construção, implantação e implementação de políticas públicas, programas, ações e estratégias de intervenção intersetoriais que priorizem o respeito aos direitos humanos, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, em substituição à abordagem religiosa, moralista e criminalizadora. A partir dessa mudança de paradigma, há necessidade de conhecer e avaliar os modelos, políticas, ações e intervenções na área de redução de danos e o uso de substâncias psicoativas no cenário brasileiro (Bastos & Mesquita, 2001; Chaibub, 2009; Noto et al., 2003).

A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas tem como suporte a Lei 10.216/01 da Política Nacional de Saúde Mental e a Portaria Ministerial GM 336/02 que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), inclusive os específicos para atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Esta política se destaca por identificar o uso abusivo de álcool e outras drogas como problema de saúde pública e estabelecer a redução de danos como prioridade para a atuação na área (Brasil, 2011; Correia, 2010; Duarte 2010).

O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) no SUS tem como objetivo a expansão de estratégias de tratamento e prevenção ao consumo de álcool e outras drogas, mediante o desenvolvimento de ações intersetoriais, ou seja, ações conjuntas de vários setores, nas esferas governamentais e não-governamentais. Esse plano foi estabelecido como prioridade para os 100 maiores municípios brasileiros, abrangendo todas as capitais do país. Visa à ampliação do acesso, qualificação dos profissionais, prevenção de agravos, promoção da saúde e redução dos danos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, e ainda, o resgate dos direitos humanos e da cidadania da população usuária (Brasil, 2011; Duarte 2010).

Outra medida recente se refere ao Plano de Enfrentamento ao Crack, que tem como objetivos a prevenção do uso e abuso dessa substância, o tratamento das pessoas em situação de dependência, a reinserção social dos usuários e o enfrentamento ao tráfico, com ações intersetoriais e interdisciplinares, atuando de forma integrada e descentralizada, nas três esferas de governo, além da participação da sociedade civil, visando o controle social (Brasil, 2011).

Para coordenar, supervisionar e acompanhar essas políticas destaca-se a atuação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, vinculada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS). Nos níveis estaduais e municipais, as Secretarias de Saúde contam com equipe multiprofissional responsável por gerenciar em seu nível de abrangência essa política, bem como atuar junto aos vários setores da sociedade (Brasil, 2011; Correia, 2010).

Para realizar pesquisas e conhecer dados epidemiológicos nessa área, temos como referência o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, vinculado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O CEBRID tem como atribuições a realização de pesquisas e levantamentos sobre consumo de drogas, manutenção de um banco de dados nacional sobre uso e abuso de substâncias psicotrópicas, publicações científicas de autores brasileiros e publicação de boletim trimestral relacionado a este tema (CEBRID, 2003).

Outro órgão de relevância nesta área é a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que é vinculada ao Ministério da Justiça, sendo responsável por coordenar e integrar as ações relacionadas à prevenção, tratamento e reinserção social da população em uso e abuso de álcool e outras drogas. As ações da SENAD seguem as diretrizes da redução de danos sociais e da saúde decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (Correia, 2010; Filho & Valério, 2010).

No Brasil, as políticas relacionadas ao uso e abuso de substâncias psicoativas são bem abrangentes, incluindo legislação pertinente que segue orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Na esfera federal há instituições responsáveis para coordenar, supervisionar e acompanhar estas políticas com diretrizes baseadas na redução de danos. A abrangência dessas políticas é nacional, ou seja, todos os municípios e estados devem investir em suas estruturas institucionais para implantar e implementar ações, estratégias e serviços baseados nessas políticas, com incentivo financeiro do Ministério da Saúde e da SENAD, de forma intersetorial e integrada à sociedade civil. Portanto, é necessário que essas políticas implantadas em âmbito municipal e regional aconteçam com a participação dos diferentes setores e serviços públicos, como: saúde, educação, assistência social, segurança e cultura. Também é importante a participação de órgãos da justiça, organizações não governamentais e do controle social.

Assim, constata-se que as políticas públicas brasileiras vêm se consolidando, com respaldo da legislação e destaque no cenário internacional, principalmente a partir da promulgação da Lei nº 11.343/06, em substituição às Leis nº 6368/76 e 10.409/02, que institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. A referida Lei, que não legaliza qualquer tipo de SPA, faz a distinção entre usuários de drogas e traficantes; prevê aumento do tempo de prisão

para traficantes; e preconiza medidas sócio-educativas para usuários de SPA, ao invés de privação de liberdade e tratamento obrigatório nessa área (Brasil, 2010a).

1.4 Redução de danos: conceituação e políticas

A redução de danos (RD) não é uma estratégia recente, mas ainda há muita controvérsia quanto à prática de suas diretrizes e ações, bem como quanto à sua definição. Muitas vezes suas ações e intervenções são vistas de forma preconceituosa, tanto por profissionais da saúde e da justiça, como pela sociedade civil. As ações de RD ainda são confundidas e rotuladas como práticas de incentivo ao uso de drogas (Andrade & Friedman, 2006; Bastos & Mesquita, 2001; Buning, 2006; Cruz, 2006).

A partir dessas considerações, são apresentadas algumas definições de RD. Uma delas destaca que a redução de danos abarca um conjunto de medidas e ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicológica, social e econômica provocados pelo uso e abuso de drogas, sem necessariamente requerer a redução do consumo ou abstinência dessas substâncias, sendo pautada no respeito ao indivíduo, nos direitos humanos e no seu direito de consumir drogas (Andrade et al., 2001; Inciard & Harrison, 1999; Nardi & Rigoni, 2005; Pollo-Araújo & Moreira, 2008).

Outra definição para redução de danos assinala que são ações que procuram minimizar os possíveis danos que o consumo pode causar, inclusive aqueles relacionados à estigmatização do usuário de álcool e outras drogas, priorizando a promoção da saúde, os direitos humanos e a cidadania (Peterson, Mitchell, Hong, Agar & Latkin, 2006; Riley & O'Hare, 1999; Santos & Malheiro, 2010). Pode também ser considerada um modelo diferenciado de atenção, baseado nas diferentes formas do ser humano lidar com o uso de substâncias psicoativas, ou seja, a prioridade da RD é reduzir os danos à saúde da pessoa usuária (Chaibub, 2009; Trigueiros & Haiek, 2006; Santos, Soares & Campos, 2010).

Os princípios da redução de danos estão voltados para o respeito ao usuário de SPA, a valorização de sua participação na mudança de comportamentos individuais e grupais, no contexto em que está inserido, a partir do uso de diferentes estratégias e ações, além da viabilização de medidas de proteção e promoção da saúde. Enfim, preconiza a minimização de riscos e danos sociais e à saúde que o uso de drogas pode trazer, a partir das mudanças de atitude dessa pessoa, com o consumo ocorrendo de forma menos arriscada e danosa, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo (Andrade & Friedman, 2006; Chaibub, 2009; Delbon, 2006; Monteiro & Monteiro, 2010).

Segundo Domanico (2006), a redução de danos iniciou na Inglaterra em 1926, com o relatório de Rolleston, quando médicos prescreveram metadona para usuários de heroína em

síndrome de abstinência, sendo consideradas as queixas de dificuldades para realizar as atividades de rotina sem o uso dessas substâncias. Em 1984, a Holanda implementou a troca de seringas entre usuários de drogas injetáveis, uma medida calcada na concepção de redução de danos, visando à prevenção da infecção de hepatites virais B e C. Na década de 1980, esta medida foi expandida em nível mundial para controlar a disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis (Pollo-Araújo & Moreira, 2008; Santos & Malheiro, 2010).

Apesar dos avanços relacionados à implantação e implementação das estratégias de redução de danos, principalmente nos países europeus, nações das Américas do Sul e do Norte ainda seguem a ideologia moralista quanto ao consumo de SPA e adotam uma abordagem militarizada em relação ao tráfico de drogas e à violência. E ainda priorizam as diretrizes da Convenção Única de Nova York de 1961, dentre elas a militarização, a proibição e criminalização do porte e consumo de drogas, a erradicação das áreas de cultivo de drogas naturais e a adoção de penas privativas de liberdade severas (Andrade, 2011; Cook & Kanaef, 2008; Chaibub, 2009).

No Brasil, as estratégias e o discurso oficial sobre o consumo e abuso de substâncias psicoativas, nas décadas anteriores, foram baseados na repressão ao tráfico de drogas, no controle policial, na restrição à venda de solventes e de medicamentos psicotrópicos e na criminalização do usuário. Essas ações estavam pautadas em dois modelos predominantes no cenário brasileiro: o modelo médico-sanitarista e o modelo jurídico-repressivo. O primeiro modelo está baseado na criminalização e medicalização, sendo o usuário considerado uma pessoa doente. O segundo, baseado em leis intolerantes e rigorosas, dava ênfase à repressão da produção e do tráfico de drogas ilícitas e o usuário era visto como delinquente. Os dois modelos eram voltados para a interrupção do consumo ou abstinência (Andrade & Friedman, 2006; Chaibub, 2009; Noto & Moreira, 2006). Ambos possuem caráter proibicionista, com enfoque em diretrizes como a natureza farmacológica e a ilegalidade das drogas, a repressão ao consumo e a abstinência do uso das mesmas. Esses modelos se embasaram no modelo norte-americano, o primeiro país a implantá-los e o seu maior defensor (MacRae, 2001; MacRae & Martins, 2010; Rodrigues & Luis, 2004).

Após questionamentos desses modelos vigentes – ao lado da busca de um novo paradigma – ocorreram marcos importantes nesse cenário e no contexto político no Brasil. Novas alternativas foram apresentadas a partir da inserção de ações voltadas para a implantação da redução de danos, que promove uma mudança no modelo, com uma visão mais humanizada do usuário de substâncias psicoativas, principalmente o usuário de drogas injetáveis, e buscando ainda formas inovadoras de aproximação e atendimento desses usuários (Andrade, 2011; Buning, 2006).

Diante desse contexto, ocorreu em 1989, a primeira experiência em redução de danos, na cidade litorânea de Santos, estado de São Paulo, que apresentava altos índices de infecção por HIV, cujas ações incluíram a troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. Essas ações foram interrompidas por determinação do Ministério Público, por serem entendidas como incentivo ao uso de drogas. No ano de 1994, a cidade de Salvador, capital do estado da Bahia, com apoio e financiamento do Ministério da Saúde, iniciou o primeiro projeto de intervenção com usuários de drogas injetáveis na perspectiva da redução de danos, que se tornou referência para todo o país (Andrade et al, 2001; Santos & Malheiro, 2010; Siqueira, 2006).

No ano de 1994, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/Aids, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e com o Banco Mundial, retomou a estratégia de redução de danos, iniciando uma série de debates e reflexões com profissionais da saúde e da justiça. Nesse mesmo ano aconteceu a criação de um programa específico, dentro Programa Nacional de DST/Aids denominado “Projeto Drogas e Aids” (Brasil, 2001a; Chaibub, 2009; Domanico & MacRae, 2006).

O referido projeto elegeu 10 estados brasileiros como prioritários e a cidade de Salvador recebeu incentivo e financiamento do Ministério da Saúde desde 1995, iniciando o primeiro projeto de intervenção com usuários de drogas injetáveis, na perspectiva da redução de danos, incluindo a troca de seringas. Portanto, esse foi o primeiro programa de RD oficialmente financiado pelo governo federal e desenvolvido pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia – UFBA (Andrade & Friedman, 2006; Brasil, 2001a; Brasil, 2001b; Domanico, 2006). No ano de 1995, ocorreu a segunda tentativa de implantação do Programa de Troca de Seringas (PTS) em Santos, dessa vez com apoio e incentivo financeiro do Programa de DST/Aids do estado de São Paulo. No entanto, como as ações nessa área continuavam suspensas pela justiça, não foi possível dar continuidade ao projeto. Em 1995, uma ONG criada em 1991 com a participação de muitos profissionais de saúde ligados ao primeiro projeto, iniciou a orientação de lavagem das seringas utilizadas e a distribuição de hipoclorito, orientações baseadas em experiência no exterior, visando minimizar os efeitos deletérios da proibição da troca de seringas como estratégia preventiva (Elias & Bastos, 2011; Domanico, 2006).

Entre 1994 a 1996 foi realizado o Projeto Brasil, um estudo de soroprevalência do HIV entre UDIs em quatro regiões do país. Essa pesquisa contribuiu para evidenciar que a epidemia entre esses usuários mostrava tendência de crescimento. Os resultados permitiram que estratégias diferenciadas de saúde pública fossem sugeridas para que pudessem alcançar essa clientela em suas especificidades e demandas (Brasil, 2001a; Chaibub, 2009).

Em 1996, na cidade de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, a Coordenação Municipal de DST/Aids implantou um programa de redução de danos com a inserção de usuários de drogas em seus quadros de redutores, para atuação na rua, que implementou ações diversas de cunho educativo e preventivo junto a usuários de drogas. Esse trabalho teve a distribuição de um número elevado de seringas, atingindo cerca de duas mil unidades/mês, ao lado da disponibilização de outros insumos, como preservativos masculinos para a prevenção de infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV (Domanico, 2006; Siqueira, 2006).

O desenvolvimento das ações de redução de danos no Brasil, e as primeiras parcerias entre governo e sociedade civil, estão diretamente relacionados à epidemia do HIV/Aids. Em 1997, o governo brasileiro implantou o acesso universal ao tratamento da aids, ampliando os locais, serviços públicos da saúde de diagnóstico e tratamento, priorizando a ética profissional, o sigilo e a confidencialidade. No biênio de 1997 a 1998 ocorreu a criação de três organizações não-governamentais (ONG), de alcance nacional e internacional, voltadas para as estratégias de redução de danos: a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (RELARD) e a Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos (ABORDA) (Brasil, 2001a; Chaibub, 2009).

Dentre as três ONGs, merece destaque a ABORDA que tem como objetivo o resgate da cidadania e da rede de interação social dos usuário(a)s de drogas, e também a implantação, valorização e respeito ao trabalho realizado pelo(a)s redutore(a)s de danos, preconizando a atuação por pares. Portanto, dentre as ações da ABORDA, a garantia dos direitos dos usuários de drogas e o reconhecimento dos redutores e redutoras de danos como profissionais da saúde são consideradas prioridade (Chaibub, 2009; Domanico, 2006; Siqueira, 2006).

O ano de 1998 foi destaque com o acontecimento de muitos fatos relevantes para a área de RD, tais como a realização do "Projeto Ajude-Brasil: avaliação epidemiológica dos participantes de cinco projetos de RD", apoiado pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (CN-DST/AIDS), também conhecido como Projeto Drogas e Aids. Aconteceu também, nesse ano, a VIII Conferência Internacional de Redução de Danos em São Paulo e, durante a sua sessão de abertura, houve a assinatura e promulgação da Lei Estadual nº 9.758/1997, lei paulista que regulamentou e legitimou a prática da RD em âmbito estadual (Brasil, 2001b; Domanico, 2006).

Entre os anos de 1995 e 2003 foram implantados mais de 200 Programas de Redução de Danos (PRD), a maioria com financiamento da CN-DST/AIDS, que priorizavam a troca de seringas entre os UDIs, entre outras ações de redução de danos. As ações dos PRD foram ampliadas para outras populações, tais como presidiários, meninos e meninas em situação de

rua, profissionais do sexo, usuário(a)s de crack e de anabolizantes (Andrade, 2010, Brasil, 2001b, Domanico, 2006). Nesse período ocorreu um grande avanço, tanto quantitativo como qualitativo, relacionado às ações e intervenções de RD em todo o território nacional.

Em 2003, a partir da diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à descentralização, o Ministério da Saúde transferiu recursos para o financiamento dos PRD para os estados e os municípios. Essa ação acarretou um retrocesso para o país nessa área: em 2003 o Brasil contava com 279 PRD, a partir de 2004 houve redução do número desses programas, sendo que em 2005 existiam apenas 136 PRD. Esse fato deveu-se a não priorização dos PRD por algumas secretarias estaduais e municipais de saúde. Diante desse cenário, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde e a SENAD/Ministério da Justiça, embora com algumas divergências sobre a sua condução, assumiram papel relevante para a continuidade das políticas de atenção ao uso de álcool e outras drogas (Andrade, 2011; Brasil, 2011).

Nesse contexto, ocorreram alguns marcos importantes como a implantação da Política Nacional Anti-drogas, bem como o Programa Nacional de Atenção Comunitária a Usuários de Álcool e outras Drogas em 2002 e, no ano de 2003, a Política para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Todas essas ações ocorreram sob a responsabilidade da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e SENAD, em parceria com o Ministério da Justiça, outras instituições governamentais e não-governamentais e a sociedade civil (Brasil, 2011; Chaibub, 2009; Domanico & MacRae, 2006).

Atualmente, em âmbito nacional, a Política Nacional de Redução de Danos (Portaria MS nº 1028/2005) está em vigência. Ela visa a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, não preconizando a abstinência e a cura como metas rígidas a serem alcançadas. Aponta para uma nova perspectiva no atendimento a essa população, com prioridade para a escuta, a formação de vínculo e o respeito aos direitos humanos. Outro aspecto dessa política é a busca da melhoria das condições de saúde, tratamento e reabilitação, qualidade de vida, resgate da cidadania, reinserção social e dignidade, enfim a inclusão social a que esta pessoa tem direito (Brasil, 2010b; Domanico, 2006; Oliveira, 2009; Totugui, 2009).

Outra questão importante refere-se ao critério de sucesso do atendimento, conceito que na lógica da RD é totalmente diverso. Portanto, trata-se de construir com essa pessoa algumas possibilidades, e avaliar de forma conjunta e de acordo com o seu momento e disponibilidade interna o que avançou. Muitas vezes esses avanços para os profissionais da saúde são imperceptíveis, pouco importantes, e podem passar despercebidos, não ser identificados ou até mesmo ser menosprezados, desvalorizados. É importante ressaltar que as equipes de saúde que atuam nessa área devem contar com os redutores de danos, que são agentes de saúde

capacitados no acolhimento e atendimento aos usuários de SPA, geralmente vinculados a uma associação, como por exemplo a ABORDA. Os redutores de danos muitas vezes são ou foram usuários de drogas, aspecto que pode ser vantajoso em sua atuação no campo, pois tendem a ter conhecimento dos locais de uso, dos rituais, da linguagem utilizada pelos usuários, além de serem conhecidos e frequentarem esses locais. Quanto ao trabalho desenvolvido, este é baseado em ações como: visitas em campo/local onde há o consumo de SPA; apresentação do redutor e da proposta de trabalho; disponibilização do kit de RD; troca e distribuição de seringas; ações de educação continuada com informações, diálogo e distribuição de materiais informativos, como folders e folhetos; acolhimento; aconselhamento; e encaminhamento para rede de saúde pública, a partir da demanda dos usuários (Haiek, 2008; Siqueira, 2006).

Por isso, é importante ressaltar que na redução de danos todas essas ações devem ser realizadas por redutores e/ou por profissionais de saúde capacitados, comprometidos com esse novo olhar, novo paradigma e principalmente sensibilizados para o trabalho. É preciso salientar que essas ações devem ocorrer de forma multidisciplinar, com a atuação de diferentes profissionais como psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros. Há necessidade ainda da articulação intersetorial, visto que o uso abusivo de SPA requer atenção de vários setores, como a saúde, a assistência social, a justiça, a educação, a cultura, e ainda a sociedade civil (Domanico, 2006; Oliveira, 2009).

Portanto, é possível afirmar que atualmente o cenário brasileiro favorece a implantação da redução de danos que promove uma mudança no modelo, com prioridade para uma visão humanizada dessa população e ainda busca formas inovadoras de aproximação e “atendimento”, através de diversas ações. A redução de danos precisa ser consolidada como política pública, de forma intersetorial, e ainda com o apoio da sociedade civil.

Entretanto, segundo Andrade (2011), é necessário realizar reflexões e discussões diante desse cenário, ou seja, fazer uma análise crítica buscando apontar algumas ações necessárias para a implantação e implementação efetiva da Política Nacional de Redução de Danos. Segundo a PNRD, devem fazer parte da rede de atenção nessa área os seguintes dispositivos e serviços: CRs; Unidades de Acolhimento Transitório (UAT); CAPS ad III; Escolas de Redutores e Redutoras de Danos do SUS; e projetos de geração de renda. Em diversos municípios brasileiros essa rede não está efetivamente implantada, inclusive no de Goiânia. Enfim, urge a melhoria e aperfeiçoamento das políticas públicas voltadas para a atenção ao uso e abuso de SPA, em sintonia com os princípios da PNRD e da Reforma Psiquiátrica, e de acordo com as diretrizes e princípios da Política Nacional de Saúde Mental.

1.5 Uso de substâncias psicoativas: dados epidemiológicos

O uso indevido de SPA representa um grave problema para a população mundial, constituindo-se em problema de saúde pública, podendo acarretar prejuízos individuais, familiares, sociais, culturais e econômicos. Outro aspecto a ser considerado é a violência, pois o uso abusivo de substâncias psicoativas pode gerar maiores índices de agressões, principalmente a doméstica, realizada contra as mulheres, crianças e adolescentes (Pratta & Santos 2007a; Sanceverino & Abreu, 2003).

O consumo de substâncias psicoativas tem sido cada vez mais precoce, apresentando altas taxas de prevalência e, ainda, ocasionando graves problemas associados ao uso e abuso em pessoas jovens (Sanceverino & Abreu, 2003). Por isso, é necessário o conhecimento da realidade de consumo de SPA como: tipos de drogas usadas, indicadores estatísticos e dados epidemiológicos (Chiapetti & Serbena, 2007; Pratta & Santos, 2007b).

Em 2001 e 2005, foram realizados, respectivamente, o I e II Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, pela SENAD em convênio com o CEBRID/UNIFESP (Brasil, 2009; Carlini, Galduróz, Noto & Napo, 2002; Carlini et al., 2007).

As pesquisas de 2001 e 2005 foram realizadas com brasileiros de ambos os sexos, residentes nas capitais e em municípios com população de mais de 200.000 habitantes, totalizando 108 municípios. A amostra de 2001 foi de 8.589 pessoas, sendo 3.696 do sexo masculino e 4.893 do sexo feminino, enquanto que a população pesquisada em 2005 apresentou o total de 7.939 pessoas, sendo 3.301 homens e 4.638 mulheres (Carlini et al., 2007; Brasil, 2009).

No Brasil, de acordo com o estudo de 2001, as drogas de maior uso na vida, foram álcool (68,7%), tabaco (41,1%), maconha (6,9%), solventes (5,8%), orexígenos (4,3%), benzodiazepínicos (3,3%), cocaína (2,3%) e *crack* (0,4%); e em 2005, foram: álcool (74,6%), tabaco (44%), maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%), estimulantes (3,2%), cocaína (2,9%) e *crack* (0,7%). Portanto de 2001 para 2005 houve aumento nas estimativas de uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteroides, alucinógenos e *crack* e redução no consumo de orexígenos, xaropes, opiáceos e anticolinérgicos (Brasil, 2009; Carlini et al., 2007).

A distribuição quanto ao sexo apresentou resultados interessantes, com os homens apresentando maior uso na vida do que as mulheres: 77,3% e 88,3% para homens e 60,6% e 68,3% para mulheres, em 2001 e em 2005, respectivamente. É possível observar um aumento do uso na vida, quando comparados aos dados pesquisados em 2001 e 2005, sendo de 11% para o sexo masculino e 7,7% para o sexo feminino. Tanto para o ano de 2001 como para o ano de

2005, o gênero masculino apresentou maior prevalência de uso na vida, exceto álcool e tabaco, de maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, *crack*, merla e esteroides, enquanto o gênero feminino apresenta maior uso de estimulantes, benzodiazepínicos, orexígenos e opiáceos (Brasil, 2009).

Em 2005, a análise dos dados com recorte de faixa etária apontou que a maior prevalência de uso na vida, exceto o álcool e o tabaco, ocorreu com a maconha e os solventes na faixa etária de 18 a 24 anos, seguida da faixa de 25 a 34 anos. As drogas com prevalências maiores nas faixas de idade mais elevadas foram: benzodiazepínicos e xaropes, cujas maiores prevalências ocorreram na faixa etária de 35 anos ou mais; estimulantes e *crack*, com maiores prevalências na faixa etária de 25 a 34 anos; e barbitúricos com prevalências iguais nessas duas faixas etárias (Brasil, 2009).

No Brasil, o uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 22,8%, próximo aos dados do Chile (23,4%) e quase a metade dos EUA (45,8%). O estudo apontou que o uso na vida de álcool foi de 74,6%, porcentagem inferior a de outros países como Chile com 86,5% e EUA com 82,4%. Quanto ao uso na vida de tabaco, os dados apontaram 44% no total, porcentagem que também é inferior à do Chile (72,0%) e EUA (67,3%) (Brasil, 2009; Carlini et al., 2002; Carlini et al., 2007).

Com relação aos dados referentes ao uso na vida para as substâncias psicoativas ilícitas, o uso da maconha é de 8,8%, o que está próximo à Grécia (8,9%) e Polônia (7,7%), e abaixo dos EUA (40,2%) e Reino Unido (30,8%). A prevalência de uso na vida de cocaína foi de 2,9%, sendo próxima à da Alemanha (3,2%), inferior à dos EUA, com 14,2%, e Chile, com 5,3%. O uso na vida de *crack* foi de 0,7%, cerca da metade do percentual apresentado no estudo norte-americano. Em relação ao uso na vida de solventes, este alcançou 6,1%, prevalência superior aos dados da Colômbia (1,4%) e da Espanha (cerca de 4,0%), mas inferior aos EUA (9,5%) (Brasil, 2009).

Portanto, o uso de substâncias psicoativas é um problema grave, sendo que as pesquisas epidemiológicas têm como objetivos verificar e acompanhar os índices do consumo de drogas psicoativas na população e disponibilizar os resultados para profissionais de saúde e da educação, bem como para estudantes e sociedade em geral visando o conhecimento e possíveis intervenções na área. Esses estudos podem subsidiar a construção e reformulação de políticas públicas relacionadas a esta temática, voltadas para esta clientela e contribuir para disponibilização de oferta e acesso aos diferentes serviços públicos para esta população (Monteiro & Monteiro, 2010; Noto et al., 2003; Oliveira, 2009).

As pesquisas sobre uso e abuso de SPAs, além de apresentar dados relevantes, podem contribuir para a inserção de mudanças, bem como estratégias, ações e intervenções nessa área

específica, e também alertar o Governo e a sociedade, uma vez que apontam para o consumo indevido e o tráfico de drogas enquanto possíveis situações que provocam graves danos ao país. Visto que milhares de pessoas são direta e indiretamente afetadas, gerando custos sociais e econômicos, há urgência da implementação de políticas públicas que sejam abrangentes, descentralizadas e voltadas para a integralidade do ser humano, bem como a intersetorialidade nessa área (Brasil, 2009).

1.6 O Consultório na Rua

A primeira experiência brasileira denominada “Banco de Rua”, e posteriormente Consultório de Rua, ocorreu na cidade de Salvador, estado da Bahia. Este trabalho foi desenvolvido por equipe multiprofissional, vinculada ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na década de 1990. Essa primeira experiência funcionou até meados de 2004, sendo modelo para ampliação dessa modalidade de atuação e serviço no referido município. Em 2009, a SENAD, em parceria com o Ministério da Justiça e o CETAD, reinstalou o Consultório de Rua em Salvador e em duas regiões metropolitanas desta capital. No final de 2009, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental, estabeleceu diretrizes, baseadas nessa experiência, para ampliação deste trabalho mediante sua implantação em outros municípios brasileiros, com o lançamento de edital para projetos de implantação de CR (Brasil, 2011; Correia, 2010; Filho, 2010; Gonçalves & Braitenbach, 2010).

Segundo relatório do Ministério da Saúde (Brasil, 2010):

Os Consultórios de Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (p. 10).

O Consultório de Rua teve uma mudança em sua nomenclatura, passando a ser denominado Consultório na Rua, a partir da junção dos programas Consultório de Rua (equipe itinerante com foco na saúde mental) e do programa Estratégia da Saúde da Família Sem Domicílio (ESF com equipes específicas para atenção integral à saúde da população em situação

de rua), mas manteve o objetivo de equipe itinerante para atenção integral à saúde dessa clientela (Brasil, 2012; Vargas, 2012).

Os dispositivos consultórios na rua (CR) seguem os princípios do SUS: universalidade, integralidade da atenção à saúde e equidade. Também norteiam suas ações o respeito ao *modus vivendi* da população assistida, os princípios da promoção de direitos humanos, inclusão e reinserção social, enfrentamento do preconceito, combate ao estigma e resgate da cidadania, integrados com as políticas da área da saúde pública, e especialmente a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. Os CR dispõem de uma equipe volante, multiprofissional, que se desloca em um veículo tipo kombi com identificação/logotipo, abastecidos com insumos para tratamento de situações clínicas comuns (como material para curativos e medicamentos) e de prevenção (como preservativos, cartilhas e *folders* informativos) (Brasil, 2010 c; Oliveira, 2009).

Os profissionais que atuam neste dispositivo devem ser técnicos com experiência nas áreas de saúde mental, atenção básica e assistência social, incluindo educadores sociais, oficinairos e redutores de danos que desenvolvem trabalho extramuros, nos locais em que se encontram as pessoas que vivem em situação de rua e fazem uso de substâncias psicoativas, prioritariamente a população jovem. O CR deve integrar a rede de saúde mental local, trabalhar com ações voltadas para a intra e intersetorialidade, possibilitar aos usuários o acesso a diversos serviços públicos existentes, articulados em rede, e de acordo com as demandas específicas da clientela atendida (Brasil, 2011; Oliveira, 2009; Valério & Menezes, 2010).

Essa nova estratégia de atendimento traz inúmeros desafios, como a busca do contato com o usuário *in loco*, na rua, bem como a identificação das necessidades e, demandas da clientela a partir de escuta da mesma. Esse conjunto de práticas tende a favorecer a formação de vínculo com essa população, bem como a comunidade daquele território, podendo possibilitar até mesmo o contato com os traficantes da região. Seus principais objetivos são: minimizar a vulnerabilidade social, o sofrimento físico e mental, reduzir os riscos e danos à saúde, desenvolver ações de promoção da saúde e cuidados básicos no “espaço da rua” e garantir o resgate da cidadania e respeito a essa população altamente estigmatizada (Brasil, 2011; Oliveira, 2009; Valério & Menezes, 2010).

No plano internacional, há relatos de atendimentos com equipe multiprofissional voltados para população de rua, mas com prioridades na área da saúde em geral, ou focados especificamente em redução de danos. Portanto, não foram encontradas referências bibliográficas sobre relatos de atuação com equipe volante, multiprofissional, com trabalho intersetorial que realiza atenção integral a usuários de SPA em situação de rua, a partir das diretrizes da saúde pública e da redução de danos, como os CR.

Ainda há poucas experiências brasileiras sobre essa modalidade de atendimento. Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2010 existiam 35 CR em 31 municípios, abrangendo todas as regiões brasileiras. Há destaque para a experiência de João Pessoa, que seguiu as recomendações e objetivos preconizados pelo MS, principalmente no que reporta a intra e intersectorialidade e, ainda, a abordagem diferenciada aos usuários (Brasil, 2010c; Silva, 2010).

1.6.1 A situação no município de Goiânia

O município de Goiânia possui rede de saúde mental, com 18 unidades especializadas, dentre elas sete CAPS, um pronto socorro de psiquiatria e um ambulatório, além de 14 Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e Centros Integral de Assistência Médica Sanitária (CIAMS) que realizam atendimento psicológico na atenção básica. Esses serviços funcionam como rede municipal de saúde mental, de forma integrada com a rede de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia e ainda, com outras instituições do município, de acordo com as diretrizes do SUS. A Figura 1 apresenta as unidades de saúde mental existentes no município de Goiânia, que apoia o Consultório na Rua, dispositivo de interesse do presente estudo, que também faz parte dessa rede.

É importante ressaltar que o projeto para implantação do Consultório na Rua foi construído de forma intra e intersectorial, com incentivo político, técnico e financeiro da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Contou ainda com o apoio do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia (CMS-GYN), da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás, da Rede Goiana de Redução de Danos e Direitos Humanos – REGORD, bem como da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) de Goiânia.

Inicialmente, a equipe foi composta por uma assistente social, uma médica, quatro psicólogas, incluindo esta pesquisadora, um profissional de educação física, uma enfermeira e um redutor de danos, que representavam a SEMAS, a Coordenação de Estratégia de Saúde da Família, a Divisão de Saúde Mental, o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES), o CAPS ad i, a Coordenação de DST/Aids, e a ONG ABORDA, respectivamente. O projeto foi construído pela equipe, respaldado pela DAS e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, aprovado pelo CMS-GYN e pelo Ministério da Saúde. A partir dessa aprovação, a equipe pode contar com o apoio de outras instâncias da SMS de Goiânia e, assim, ampliaram-se as parcerias intra e intersectoriais. Com a transferência desta pesquisadora

para o Departamento de Epidemiologia, foi nomeada outra psicóloga para a coordenação do projeto que permaneceu até o primeiro semestre de 2012.

Tipos de Serviço	Clientela atendida	Observações
CAPS II	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes	Quatro unidades, nas regiões Leste, Oeste, Sudoeste e Sul, sendo uma em cada região.
CAPS III	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes	Dois projetos aprovados, em fase de implantação, um na região Leste e outro na Noroeste.
CAPS i	Crianças e adolescentes com transtornos mentais e vítimas de violência.	Apenas uma unidade na região Sul.
CAPS ad e ad i	População com uso abusivo de álcool e outras drogas	O primeiro para adultos e o segundo para crianças e adolescentes, na região Sul.
Pronto Soc. de Psiquiatria	Urgência e emergência em saúde mental	Unidade que funciona 24 horas, na região Sul.
Ambulatório de Psiquiatria	Adultos com transtornos mentais leves a moderados	
Centro de Convivência	Adultos atendidos na Rede de Saúde Mental de Goiânia	
Unidades de Referência regionalizadas (CAIS e CIAMS)	Crianças, adolescentes e adultos, com transtornos mentais.	Duas Unidades por região, com psicólogos, para acompanhar e supervisionar as mesmas.
Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	Acompanhar as demandas de saúde mental e apoiar as equipes da Estratégia de Saúde da Família.	O NASF tem equipes multiprofissionais na região Noroeste.
Unidade de Acolhimento Transitório/UAT	Unidade de apoio e abrigo para crianças e adolescentes em uso e abuso de drogas.	
Consultório na Rua	Crianças, adolescentes e adultos jovens, em situação de rua, com uso abusivo de substâncias psicoativas.	

Fonte: dados da SMS de Goiânia

Figura 1. Serviços da rede de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2013

O Consultório na Rua tem como área de abrangência a região Campinas-Centro abarcando; a Praça do Trabalhador, localizada próxima ao Terminal Rodoviário de Goiânia; as imediações do Terminal de Ônibus na região do antigo Departamento de Estradas e Rodagem do Estado de Goiás (Dergo); e em áreas adjacentes a uma igreja, no bairro de Campinas, locais nos quais se encontra parcela considerável de pessoas vivendo em situação de rua no município.

O CR de Goiânia abordou cerca de 450 pessoas que vivem em situação de rua no município, desde o início de sua implantação, sendo que a maioria dos contatos aconteceu uma ou duas vezes. Em 2013 há 150 pessoas em atendimento, sendo 70% do sexo masculino e 30% do feminino. A faixa etária predominante situa-se entre 20 a 40 anos de idade, 85% fazem uso de alguma substância psicoativa, em especial álcool e crack. Quanto ao local de nascimento há pessoas de Goiânia e da região metropolitana, de outras cidades do estado de Goiás, e também de outras regiões do país, sendo que a maioria residiu em Goiânia e em cidades do entorno antes de ir para as ruas. A motivação para migrar para o espaço de rua e estar em situação de rua decorre de problemas familiares (causados ou não pelo uso de drogas), desemprego, e desejo por liberdade. Alguns usuários apresentavam pendências com o sistema judiciário e a maioria possui nível de escolaridade igual ao ensino fundamental incompleto e completo (Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2013).

Quanto aos recursos materiais, um veículo tipo *kombi*, caracterizado com a logomarca do Consultório na Rua e dois aparelhos celulares, foram disponibilizados pela SMS de Goiânia. Em relação à estrutura física e da logística, definiu-se o CAPS ad i para reuniões de equipe, supervisões clínico-institucionais, encontro e preparação da atuação antes do trabalho *in loco*, utilização de telefone fixo, computadores e outros equipamentos, bem como a realização de reuniões para ações de sensibilização, educação continuada e oficinas com outros profissionais da rede de saúde mental de Goiânia.

À época da coleta de dados, a equipe contava com 16 profissionais, nove do sexo feminino e seis do sexo masculino, sendo uma assistente social, uma enfermeira, um médico clínico geral com formação em psiquiatria, um oficinairo, quatro psicólogas, três redutores de danos e cinco estagiários do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Mental (PET-Saúde Mental) dos cursos de psicologia, medicina, musicoterapia e enfermagem da UFG. É importante ressaltar que quanto à escolaridade, quatro possuíam nível médio, cinco tinham superior incompleto e sete possuíam nível superior completo ou pós-graduação (especialização).

O CR é um dispositivo com implantação recente e que, por isso, ainda se encontra em processo de implementação e com possibilidade de inserção de profissionais na equipe atual, bem como de implantação de outros dispositivos no município. Cabe ressaltar que é uma

experiência única, com funcionamento em outros municípios brasileiros, fruto de incentivos do MS.

Capítulo II - Justificativa e objetivos

O Consultório na Rua de Goiânia foi inaugurado oficialmente em abril de 2011, apesar de funcionar desde agosto de 2010, sendo uma estratégia de atendimento à clientela em uso de substâncias psicoativas, em situação de rua, que atua com equipes multidisciplinares, em processo de formação continuada e com responsabilização pela população de sua área de abrangência. O trabalho cotidiano dos profissionais é voltado para as ações de RD e tem tido reconhecimento junto às instituições parceiras. Considerando essas especificidades da prática exercida no CR, é preciso ter profissionais com perfil diferenciado, desejo de inovação em sua experiência profissional e, ainda, com capacidade de aceitar desafios e acreditar em mudanças (Brasil, 2011; Oliveira, 2009).

É relevante pesquisar esse novo dispositivo de atenção à saúde integral a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas, tendo em vista o caráter inovador desse modelo de atendimento, como a busca do contato com o usuário *in loco*, e a identificação das demandas da clientela.

O estudo poderá contribuir para a inserção da temática da saúde mental, do uso de álcool e outras drogas e da população em situação de rua nos espaços ampliados de formação, fortalecendo a construção de modelos inovadores de assistência à saúde, bem como garantindo acesso a dados e indicadores epidemiológicos relacionados à clientela atendida.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa teve por objetivo geral investigar os modos de atuação e as características do trabalho de intervenção com adultos jovens em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, segundo percepções de profissionais do Consultório na Rua do município de Goiânia e de pessoas usuárias atendidas pelo CR.

Os objetivos específicos foram: (1) analisar as percepções de profissionais acerca dessa modalidade de atuação com pessoas usuárias de substâncias psicoativas em situação de rua; (2) identificar as facilidades e desafios presentes na rotina do trabalho como equipe volante; (3) descrever as ações de redução de danos implementadas e possíveis mudanças na relação entre equipe e população atendida, segundo relato dos profissionais; e (4) analisar percepções de pessoas usuárias de substâncias psicoativas em situação de rua acerca da atuação da equipe, bem como de mudanças no contexto de vida a partir dos atendimentos recebidos.

Capítulo III - Método

Trata-se de estudo descritivo, de cunho exploratório, com a utilização de instrumentos qualitativos de coleta de dados. É importante ressaltar que para realizar uma investigação científica deve-se iniciar um levantamento de dados na área de estudo, mediante pesquisa bibliográfica, que na maioria das vezes está presente durante todo o período de realização da pesquisa. Posteriormente ocorre a observação do fenômeno bem como a realização de contatos com as pessoas-chave para a obtenção de dados e informações de interesse (Boni & Quaresma, 2005; Jovchelovitch & Bauer, 2002). Para atingir os objetivos propostos nesta pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas na coleta de dados.

3.1 Participantes

Em relação aos critérios de seleção, foi utilizada escolha por conveniência, em que o pesquisador convida os indivíduos com base nas características do que se pretende estudar, sem critério de randomização (Moura & Ferreira, 2005). Neste estudo foram entrevistados nove profissionais e quatro usuários, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Profissional: compor a equipe multiprofissional do CR, ser integrante de uma categoria profissional (escolaridade de nível médio ou superior), tempo de trabalho na área de no mínimo seis meses, consentir a participação livre e voluntária de acordo com o TCLE.
- Usuário: Adultos jovens com escolaridade mínima equivalente à 3ª série do ensino fundamental, que receberam atendimento da equipe do CR, ter funcionamento cognitivo que permitia participar da atividade, não estar sob efeito de substâncias psicoativas no dia e horário da realização da entrevista, consentir a participação livre e voluntária de acordo com o TCLE. Os usuários foram selecionados após indicação da equipe do CR e análise dos prontuários pela pesquisadora, considerando ainda o processo de aproximação e apresentação da pesquisadora ao usuário na rua pela equipe do CR.

3.1.1 Caracterização dos participantes

Foram entrevistados nove profissionais, sendo três do sexo masculino e seis do feminino. A média de idade foi igual a 39 anos, variando de 24 a 64 anos; quanto à escolaridade, três possuíam nível médio completo, três tinham nível superior e três cursaram ainda uma especialização *lato sensu*.

Com relação ao tempo de atuação na área da saúde mental, este variou de um ano e oito meses a 13 anos, e o tempo de atuação no CR variou de um ano e seis meses a um ano e 10 meses. No que se refere ao vínculo empregatício dos entrevistados, quatro profissionais eram concursados da SMS, quatro contratados e um era estudante/estagiário da UFG. No que tange à experiência profissional anterior ao trabalho no CR, os participantes tiveram inserções diversas tais como: atuação em saúde mental; na rede pública especializada em saúde mental; na rede conveniada especializada em saúde mental; na assistência social, com população em situação de rua, bem como atuação em redução de danos.

Com relação aos usuários, participaram duas pessoas do sexo masculino e duas do sexo feminino. No que tange à idade, esta variou de 23 a 37 anos. Três deles viviam em união consensual, com companheiros que também estavam em situação de rua, e um era solteiro. Quanto à escolaridade, todos referiram ter ensino fundamental incompleto. No que se refere ao local em que “vivem”, a maioria era da região de Campinas, sendo que apenas uma usuária era da região do Bairro São Francisco. Quanto à substância de uso, referiram o crack e o álcool, sendo que uma delas também era tabagista.

Algumas outras características importantes foram observadas nesses participantes: dois usuários (uma mulher e um homem) apresentavam diagnóstico de transtorno mental grave (conforme dados obtidos nos prontuários), mas não a ponto de prejudicar a sua participação no estudo; duas usuárias tinham filhos e uma delas estava grávida do quarto filho; todos utilizavam os serviços do SUS, dentre os quais, odontologia, saúde mental, ginecologia e obstetrícia, DST/aids, clínica médica, urgência e emergência, em situações diferenciadas, de acordo com a demanda dos mesmos e sempre com apoio da equipe do CR.

3.2 Aspectos éticos

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Anexo 1), com a declaração de que o mesmo estava adequado aos preceitos éticos e de acordo com a legislação vigente.

Os nomes dos participantes – profissionais e usuários – foram substituídos por nomes de personalidades brasileiras ligadas a movimentos separatistas e à abolição, a fim de buscar semelhança entre as várias situações vivenciadas na rotina dos participantes, como a violência e seu enfrentamento cotidianos, além de preservar o anonimato dos sujeitos, bem como a privacidade dos entrevistados. Assim, os nove profissionais receberam os seguintes nomes: Ana, Anita, Bárbara, Bento, Quitéria, Joana, Francisco, Garibaldi e Luisa. Os quatro usuários entrevistados foram nomeados Dandara, Cruz e Souza, Palmares e Veridiana.

3.3 Instrumentos

O presente estudo utilizou como instrumento de coleta de dados roteiros de entrevistas semiestruturados, um para os profissionais e outro para os usuários, elaborados para a pesquisa (Anexos 2 e 3, respectivamente). Um aspecto relevante para a escolha dessa modalidade de instrumento é que na “entrevista ocorre uma interação, uma troca de ideias e significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas, e ainda que o entrevistado e o entrevistador estão envolvidos na produção do conhecimento” (Gaskel, 2002, p. 72).

O roteiro de entrevista para profissionais (Anexo 2) foi testado em estudo piloto com uma profissional da equipe para analisar a relevância das perguntas norteadoras, bem como sua adequação enquanto instrumento de coleta de dados. O estudo piloto permitiu verificar que o instrumento estava adequado aos objetivos da pesquisa, bem como à realidade vivenciada pela equipe do CR, mas que necessitava de alguns ajustes na redação de questões visando sua maior clareza. O roteiro de entrevista para profissionais com nove questões abarcou os seguintes temas: objetivos da nova estratégia de atendimento; as parcerias do CR; aspectos facilitadores do trabalho; dificuldades do trabalho; a atuação profissional no CR; apoio necessário para o trabalho; e atuação com base em redução de danos. As questões da entrevista, além de propiciar a identificação de eixos temáticos, também foram norteadoras para o processo de análise dos dados.

Para a realização das entrevistas com os usuários foi utilizado outro instrumento (Anexo 3), contendo nove questões que abarcavam o atendimento do CR, o trabalho da equipe e as possíveis mudanças na vida e na rotina da rua a partir desse atendimento. Essas questões nortearam oito eixos temáticos: o primeiro contato com a equipe; a atuação dos profissionais do CR; o que é mais interessante nesse trabalho; o atendimento recebido no CR; apreciação sobre os atendimentos recebidos; motivos para aceitar os atendimentos; mudança da prática de uso de SPA após o atendimento no CR; e os atendimentos mudaram a vida na rua.

3.4 Contextualização do estudo e procedimentos de coleta de dados

A pesquisa teve início a partir do contato da pesquisadora com a coordenadora do CR1 para a solicitação de pauta na reunião de equipe com o objetivo de apresentar o projeto do estudo e sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, bem como a liberação do DGTES da SMS de Goiânia, no qual havia o consentimento e parecer favorável para a realização da pesquisa. A pesquisadora pôde, nessa reunião, esclarecer várias dúvidas de membros da equipe acerca da pesquisa, além de definir os procedimentos iniciais de aproximação com os usuários, anterior à coleta de dados. Ficou

definido que a aproximação seria realizada às sextas-feiras no período matutino, junto com uma redutora de danos, uma psicóloga e uma enfermeira.

A inserção da pesquisadora no campo, fazendo observação sem registro sistemático, ocorreu de forma gradativa, a partir da apresentação e aproximação dos usuários, mediante a observação do trabalho realizado pela equipe, etapa que durou cerca de 30 dias. Durante as visitas no campo, buscou-se ainda observar as intervenções da equipe, o vínculo com os usuários, os possíveis fluxos de encaminhamentos, o novo “ambiente/local” de trabalho, bem como as dificuldades e necessidades da equipe.

Após as visitas no campo, a pesquisadora solicitou o agendamento das entrevistas com os profissionais, quando ficou acordado que estas seriam agendadas no dia e período da reunião de equipe, ou seja, às segundas-feiras no período matutino, sendo duas por dia, para que não prejudicasse a participação dos mesmos na reunião. Foi solicitado também pela equipe que a pesquisadora participasse das reuniões para que pudesse se apropriar um pouco mais do trabalho realizado e, ainda, conhecer os possíveis usuários que seriam entrevistados. Foi pactuado que as reuniões não seriam gravadas e que o conteúdo era sigiloso.

Durante as reuniões da equipe houve a apresentação pela equipe do CR dos nomes de usuários a serem entrevistados, bem como estudos de caso relacionado a eles, o que permitiu posteriormente confirmar os nomes desses participantes. Essa etapa se deu após o encerramento de todas as entrevistas com os profissionais. As entrevistas com os profissionais foram feitas no ambiente físico do CAPS ad i Girassol, que cedeu parte de sua estrutura física para o CR, sendo uma sala no pavimento superior para guardar materiais e insumos, bem como realizar pequenas reuniões e repasses da equipe. Esse espaço funciona também como parte administrativa, com arquivos, mesas, cadeiras, armário, quadro de avisos, computador, dentre outros materiais.

Oito entrevistas ocorreram em dois consultórios do CAPS ad i, e uma entrevista aconteceu fora do CAPS, por dificuldade de agendamento com o participante, mas em local que garantiu a privacidade e sigilo, todas em dia e horário previamente agendados, respeitando-se sua disponibilidade, sigilo e confidencialidade de acordo com os critérios do TCLE. As entrevistas foram gravadas em áudio.

Quanto aos usuários, foram realizadas as entrevistas individuais com quatro jovens adultos em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas, atendidos pelo CR, sendo que os critérios de voluntariedade e sigilo foram garantidos. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, e gravadas em áudio, após leitura e assinatura do TCLE. Sua realização ocorreu *in loco*, na rua, local onde ficavam e viviam os participantes, mas em espaço mais reservado e separado, no dia e horário em que a equipe fazia os atendimentos, sendo que as entrevistas ocorreram no período matutino. Durante a sua realização, os profissionais da equipe que

estavam presentes deram apoio e suporte necessários, mediante a realização de grupos com outros usuários para deixar o entrevistado sozinho com a pesquisadora. A equipe contribuiu na avaliação das condições físicas e mentais adequadas dos usuários convidados, indicando suas possibilidades para a realização das entrevistas. Cabe destacar que a realização dessas entrevistas exigiu flexibilidade da pesquisadora já que houve necessidade de remarcar algumas delas, por motivos diversos: usuário sob efeito de SPA, violência policial sofrida pelo participante e desentendimentos entre usuários em dias agendados.

As entrevistas realizadas com os profissionais tiveram duração média de 40 minutos. Quanto ao tempo das entrevistas realizadas com os usuários, a duração foi de 15 minutos em média.

3.5 Análise de dados

O presente estudo lançou mão da técnica de análise de conteúdo para avaliar os dados oriundos das entrevistas individuais semiestruturadas, visto que esse é um "procedimento de pesquisa qualitativa que valoriza e reconhece o papel ativo do sujeito na produção do conhecimento, e ainda valoriza os requisitos de qualidade e sistematização" (Franco, 2008, p. 10).

A análise de conteúdo também pode ser definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, que se realiza a partir de três momentos distintos, “a pré-análise, a exploração do material (dados, transcrições) e o tratamento ou codificação dos resultados (inferência e interpretação)” (Bardin, 2009, pp. 40 e 121).

Portanto, é uma técnica complexa que auxilia na análise dos dados oriundos da pesquisa, como as entrevistas, para que se possa alcançar a integração entre a experiência do entrevistado, a partir do seu relato, com os aspectos teóricos relacionados à temática estudada.

É importante ressaltar que “a análise de conteúdo tem como objetivo sistematizar e referenciar os dados obtidos, em direção a outros textos e atividades de pesquisa, a partir da interpretação do *corpus* do texto” e apresenta como critérios a fidedignidade, a validade, a coerência e a transparência (Bauer, 2002, p.200).

Assim, este estudo aplicou a técnica de análise de conteúdo e, por isso, as entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo separadas em dois blocos para análise: o dos profissionais e o dos usuários. Optou-se, primeiramente, pela realização da leitura flutuante da transcrição. Em um segundo momento ocorreu uma leitura mais detalhada, o que permitiu a definição dos eixos temáticos, que foram norteados pelo roteiro da entrevista, com o objetivo de identificar as categorias de cada eixo. Os relatos foram analisados e categorizados por meio do seu conteúdo,

por duas pesquisadoras, de modo independente. As pesquisadoras tomaram por base a concordância de suas análises para a identificação, nomeação e frequência das categorias. Trechos de relatos dos profissionais e dos usuários foram selecionados para exemplificar as categorias, o que será descrito no Capítulo IV, Resultados.

Capítulo IV - Resultados

4.1 Estudo com profissionais da equipe do CR

A análise do conteúdo das entrevistas permitiu identificar os eixos temáticos e as categorias como anteriormente descrito. A partir do roteiro de entrevista, sete eixos temáticos foram propostos: objetivos da nova estratégia de atendimento; as parcerias do CR; aspectos facilitadores do trabalho; dificuldades do trabalho; a atuação profissional no CR; apoio necessário para o trabalho; atuação com base em redução de danos. A seguir, são analisados cada um dos sete eixos e apresentadas as respectivas categorias, ilustradas com trechos de relatos obtidos nas entrevistas.

4.1.1 Objetivos da nova estratégia de atendimento

Esse eixo investigou os objetivos do CR, na percepção dos profissionais, como uma nova estratégia de atendimento para a população em situação de rua e em uso e abuso de SPAs. Os relatos permitiram a identificação de seis categorias: *construir e fortalecer redes e a intersetorialidade; levar saúde integral e cuidados ao morador de rua/usuário; atuar com base em RD; dar visibilidade a cidadãos invisíveis; resgatar a autoestima, a cidadania e a autonomia do usuário; e levar o SUS para quem não chega ao SUS*. Os relatos de alguns participantes contribuíram em mais de uma categoria.

Na categoria *construir e fortalecer redes e a intersetorialidade* os relatos de Bárbara e Bento explicitaram que o objetivo do CR é a construção e efetivação da intersetorialidade, exemplificados por esses trechos: “(...) *que o Consultório de Rua, a partir do Ministério da Saúde, tente essa articulação intersetorial. Então pra mim é um avanço quando de fato a gente efetivar essa política da intersetorialidade*”(Bárbara); “*A formação de uma rede de atendimento, o fortalecimento de uma rede de assistência, a assistência social, pois o fortalecimento de políticas, cidadania e direitos humanos, é uma consequência*” (Bento).

Na categoria *levar saúde integral e cuidados ao morador de rua/usuário* destacaram-se as contribuições de Luisa e Anita, ao assinalarem a necessidade de cuidados diferenciados e específicos para pessoas que estão em situação de vulnerabilidade social. O relato de Luisa é ilustrativo:

atendimento (...) a saúde integral, que é inclusive um objetivo do SUS, (...) levar saúde ao morador de rua, levar outras perspectivas de vida pra que ele possa se ver, se cuidar, pra que ele não se torne tão esquecido, como ele é pela sociedade e pelas Políticas Públicas.

Em relação à terceira categoria – *atuar com base em RD* – houve um relato sugestivo: “o objetivo não é tratar a dependência, não é a abstinência, (...) o objetivo mesmo é a redução de danos” (Bárbara).

A categoria *dar visibilidade a cidadãos invisíveis* teve contribuição de relatos de três participantes, ao ressaltarem como objetivo do trabalho do CR chamar a atenção para pessoas cujos direitos de cidadania parecem violados, como no caso de usuários de SPA em situação de rua: “é tentar fazer com que essa população esquecida, invisível de alguma forma, se tornasse cuidada, pudesse de alguma forma também, mediar todo tipo de integralidade de cuidados (...) fazer com que eles se sentissem mais sujeitos” (Anita).

Com relação à categoria *resgatar a autoestima, cidadania e autonomia do usuário*, observaram-se relatos de sete participantes, que ressaltaram a importância da tomada de consciência pelo usuário de sua vida, enquanto cidadão com autonomia, sujeito que está inserido em uma sociedade, com possibilidades e oportunidades.

O consultório nesse momento trabalha diretamente com o atendimento a esse cidadão morador de rua, sem pré-julgamentos e no momento de resgatar a cidadania (...) deixar claro num primeiro momento, que ele é um cidadão, que tem direitos, que pode ou não usar drogas, tendo uma clareza dos benefícios e dos malefícios que isso vai ser pra sua saúde e pra sua convivência familiar e com a comunidade de forma em geral, mas que ele tenha clareza dessa decisão” (Garibaldi).

(...) restaurar o respeito da pessoa consigo mesma, voltar pra ela mesma e falar ‘poxa eu valho a pena, o que eu tenho, eu posso ainda construir um projeto de vida, quem que sou eu?’ (...) é a restauração da própria pessoa enquanto ser humano, respeito próprio, autoestima (Ana).

(...) é acessar o ser humano, (...) acessar o homem atrás da pedra, o homem atrás do pó, ou a mulher, mas acessar o que tem o que há de humano, porque a pessoa, as pessoas, elas muitas vezes se chamam de lixo, de ninguém, de fantasma, de assombração, de invisível (Bento).

Levar o SUS para quem não chega ao SUS é a sexta categoria, exemplificada pelo relato de dois entrevistados, ressaltando que o CR, como um serviço do SUS, segue os seus princípios e prioriza o acesso dessa população à saúde pública. Dois trechos de relatos ilustram essa categoria: “... objetivo é levar o SUS pra quem não chega no SUS” (Quitéria);

Acolher, eu penso que essas pessoas, elas são totalmente esquecidas, são excluídas, e a gente está levando o SUS pra aquelas pessoas que realmente não

conseguem chegar até lá (...) acolher esses moradores que de certa forma não conseguem chegar até as unidades de saúde (Joana).

4.1.2 As parcerias do CR

Esse eixo temático buscou identificar quais são as instituições parceiras do CR atualmente, a partir do relato dos participantes, com destaque para as parcerias intra e intersetoriais. Foram encontradas sete categorias relativas às parcerias do CR: *com a SEMAS; com o Ministério Público; com as Unidades da Rede Municipal de Saúde; com a Educação; com a Segurança Pública; com a Assembleia Legislativa; e com o Ministério da Saúde.*

Na categoria que representa a parceria *com a SEMAS*, todos os participantes relataram aspectos voltados para o cotidiano do trabalho e a importância dessa parceria, com destaque para o relato de Joana:

... tem os CRAS e a Casa da Acolhida que fazem parte da SEMAS, tem uma parceria boa, mas eu percebo que precisa de melhorar muito, precisa de capacitação dos profissionais, a gente precisa de mais articulação com essas instituições (...) então nós precisamos fortalecer essas parcerias. Tem a parceria, mais eu percebo que está fragilizada.

Com relação à parceria do CR *com o Ministério Público*, cinco entrevistados reportaram essa parceria (Bárbara, Luisa, Francisco, Garibaldi e Anita). Seus relatos afirmaram a importância dessa parceria que está diretamente voltada para o resgate dos direitos humanos, bem como da cidadania da população atendida pelo CR, com destaque para a fala de Anita:

... nós procuramos o Ministério Público já no primeiro semestre, preocupados com os direitos dos moradores de rua, que estavam sendo constantemente violados, em relação a questão das abordagens policiais. Às vezes a própria sociedade quer que tire aquele morador da sua porta, e às vezes esse tirar implicava em muitas ações de violência, tanto por parte da polícia militar, como da guarda municipal. Em junho do ano passado, veio a proposta do CAO dos Direitos Humanos, através de um documento que oficializasse essa parceria com o Consultório de Rua (...) e também fizemos um seminário maravilhoso, Outros Olhares para as Drogas.

A terceira categoria encontrada foi a parceria do CR *com as Unidades da Rede Municipal de Saúde*, que teve a contribuição de todos os entrevistados, ao mencionarem

atendimentos dos usuários de SPA em situação de rua nas unidades públicas de saúde do município de Goiânia:

... nós começamos com umas referências mais ou menos fechadas, da Maternidade Nascer Cidadão, do CAIS de Campinas, do CAIS Vila Nova, e o CROF, que é o Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia. A Saúde Bucal fez um projeto junto com a gente, e ofereceu quatro profissionais que tem um horário que é destinado para o atendimento dessa população de rua. Então a rede, a gente sente que ela é parceira, que é o SUS. Em alguns lugares a gente está com isso mais bem desenhado e as coisas estão acontecendo, a gente percebe que o Consultório de Rua sensibiliza, humaniza e implementa o SUS. Mas tem lugar, da mesma rede, que ainda tem dificuldade (Quitéria).

Quanto à parceria do CR *com a educação*, esta categoria teve a contribuição de três entrevistados, Luisa, Garibaldi e Anita, que falaram sobre a importância da parceria com a educação em vários níveis e aspectos, para a realização de inúmeras estratégias e atividades do CR, conforme os dois exemplos de relatos: “... quando vai fazer algum processo na área da educação, nós vamos desde a universidade, como a Secretaria Municipal ou Estadual de Educação, de acordo com a necessidade deles” (Garibaldi).

O PET, é uma parceria da UFG com as Unidades de Saúde, para o aluno ter um pouco mais da prática, foi só no PET que foi possível perceber que é possível saúde fora de um consultório dentro de quatro paredes (...), e com o PET, eles do CRI perceberam que há possibilidade de ampliar para novas profissões, que são fundamentais também no processo. Eu acho que é uma parceria tão boa, pra gente como aluno, como para as unidades, pra UFG, e que proporciona uma melhor prática pro aluno, ele sai melhor preparado, pra vida, quanto pro Consultório de Rua, que amplia também a forma de perceber novos profissionais (Luisa).

Com relação a parceria do CR *com a Segurança Pública*, foram identificados relatos de três participantes – Francisco, Garibaldi e Anita –, que comentaram sobre as dificuldades de relacionamento de profissionais do CR, principalmente com policiais militares e a guarda municipal, na atuação cotidiana com essa população. Foi mencionado que muitas vezes ocorreram situações de abordagens policiais violentas, bem como agressões físicas e verbais desnecessárias, o que fere os direitos humanos e a cidadania dessa população, ilustrado pelo relato de Francisco:

outras parcerias se deram por questões drásticas, como a atuação da polícia, que veio de encontro à equipe, (...) que acabava causando um desserviço ao nosso serviço. Acabava tendo um confronto direto com a gente, nós fomos obrigados a procurar, (...) fazer reuniões com o alto comando da Polícia Militar. E desenhou-se, ensaiou-se uma parceria, a partir dessa necessidade que surgiu do problema nas ruas, do embate mesmo, mas são parcerias que precisam se firmar.

Na categoria parceria do CR com a Assembleia Legislativa, o relato de Anita foi ilustrativo quando a participante falou sobre as ações do CR junto à Comissão de Direitos Humanos da referida instituição, acerca de denúncias sobre violência policial contra os usuários atendidos pela equipe.

...houve aquela chacina em Goiás, em Goiânia, com aqueles moradores de rua, e aí a gente fez todo aquele manifesto (...) e depois desse manifesto a gente passou essa denúncia e esse acompanhamento para a Assembleia Legislativa, através da Comissão de Direitos Humanos, para eles darem prosseguimento (Anita).

Quanto à parceria com o Ministério da Saúde, o relato de Anita trouxe a importância do incentivo, apoio e supervisão do Ministério da Saúde, que gera motivação para a equipe continuar desempenhando suas ações e superando desafios no cotidiano do trabalho.

... o próprio Ministério da Saúde, a consultora que acompanhou a gente, foi na rua com a gente, veio avaliar o nosso trabalho, e também o consultor do PET Saúde Mental, quando veio em Goiânia e viu o trabalho que estava sendo desenvolvido, elogiaram muito o nosso trabalho (...). Então houve na verdade um reconhecimento em nível do Ministério da Saúde do trabalho do CR de Goiânia (Anita).

Explorou-se, ainda, nesse eixo temático, como essas parcerias foram construídas, o que gerou relatos sobre diversas estratégias que, de alguma forma, permitiram o fortalecimento dessas parcerias, tais como: *diálogo com instituições parceiras acerca do CR por meio de reuniões entre as coordenações; ações informais da equipe com profissionais em nível local; disponibilização de profissionais e serviços para o CR; convênio com a UFG (PET Saúde Mental); realização de cursos de formação, seminários e educação permanente; identificação e objetivos semelhantes entre as instituições; a partir de questões emergenciais e dificuldades de*

aceitação do CR; de acordo com a necessidade/demanda do usuário; participação de outros profissionais nas abordagens/atendimento na rua.

4.1.3 Aspectos facilitadores do trabalho do CR

Nesse eixo temático buscou-se investigar quais as facilidades do trabalho do CR, na ótica dos participantes. A maioria dos entrevistados relatou que existem mais dificuldades que facilidades, mas apesar dessa percepção, identificaram aspectos que facilitam esse trabalho que foram definidos em 10 categorias: *perfil/sensibilidade do profissional para o trabalho; trabalho em equipe; troca de sentimentos, afeto, carinho entre equipe e usuários; atuação da equipe com base nos direitos humanos; divulgação do trabalho do CR pelos usuários; garantia do transporte; reuniões de equipe; construção de vínculo/confiança dos usuários; redução de riscos e danos à saúde; e não tem facilidades.*

A primeira categoria – *perfil/sensibilidade do profissional para o trabalho* – teve relatos de seis participantes, que destacaram a importância do perfil adequado para atuação nessa modalidade de dispositivo, bem como a sensibilidade e disponibilidade interna dos profissionais para enfrentar desafios cotidianos, exemplificada por trechos das falas de Bárbara e Anita: “... *quem trabalha na rua tem uma sensibilidade maior, então um profissional é sensível ao outro, à dor do outro, é um profissional flexível, geralmente quem trabalha na rua tem que ter bastante humanidade...*” (Bárbara); “... *na formação da equipe, a gente teve o cuidado em escolher pessoas que realmente tivessem uma disponibilidade interna para trabalhar com esse tipo de população. O que favoreceu de imediato o vínculo com os moradores de rua*” (Anita).

Quanto ao *trabalho em equipe*, nessa categoria ocorreu a participação de quatro entrevistados, com narrativas sobre a importância do trabalho em equipe interdisciplinar, onde os saberes e especificidades de cada profissão se completam e os profissionais trabalham com a visão do ser humano de forma integral:

A principal facilidade pra mim é a equipe, uma equipe fora de série, diversas profissões, no sentido de formação, estão representadas aqui. Tem médicos, enfermeiros, atores, assistente social, então nós temos uma equipe bem plural no sentido de formação e de visão do outro, é muito complementar. É uma equipe que funciona, porque apesar das suas particularidades e individualidades, no sentido de formação e concepção do trabalho do outro, é uma equipe que se complementa, é bastante motivada, interessada, disponível, acessível, e que tem essa visão do humano (Bento).

A categoria *troca de sentimentos, afeto, carinho entre equipe e usuário* surgiu nas falas de Ana e Joana, quando foi ressaltada a relevância da troca de sentimentos entre a equipe e os usuários, enquanto facilitadora da formação do vínculo e da adesão/aceitação aos atendimentos e abordagens do CR, como verbalizado por Joana:

(...) algo que eu percebo que é riquíssimo, e eu acho que me fortalece como profissional, é chegar lá e ver o sorriso dos meninos, e a felicidade que eles ficam quando veem o Consultório de Rua. Então isso eu vejo isso como facilidade e que me fortalece enquanto profissional pra continuar no dia seguinte.

A categoria *atuação da equipe com base nos direitos humanos* emergiu no relato de Bárbara, ao ressaltar a importância do trabalho do CR voltado para a garantia dos direitos humanos dos usuários de SPA em situação de rua: *“Enquanto facilidade eu acredito que devemos defender os direitos humanos, portanto, os profissionais que lidam com esse público, em todo o momento, têm que se lembrar de que eles têm esses direitos e que precisam ser efetivados.”*

Quanto à *divulgação do trabalho do CR pelos usuários*, Ana falou acerca da facilidade no trabalho quando os próprios usuários atendidos pelo CR fazem a divulgação do serviço e do atendimento da equipe, o que contribui para a inserção de novos usuários, bem como na construção de vínculo e relação de confiança.

Então é isso, você plantando este vínculo com um, este vínculo vai se estendendo, no começo era difícil, eles mostravam faca pra gente, falavam pra gente ir embora, se mandar. Agora, existe um respeito, uma delicadeza, um acolhimento, o falar pro outro quem a gente é, que é o povo da saúde, aqueles que cuidam deles (Ana).

Com relação à *garantia do transporte* apareceu na narrativa de Luisa e Anita, sobre a importância da Kombi para levar os profissionais até os locais onde se encontra a população atendida, e transportar os usuários para as unidades de saúde, tanto para demandas emergenciais, como situações de atendimento/procedimento previamente agendado como consultas, exames e, ainda, os atendimentos na área de odontologia: *“a questão da gente ter a kombi, por exemplo, é uma facilidade, porque é possível fazer encaminhamentos através da kombi”* (Luisa).

Na categoria *reunião de equipe* apareceram três relatos, que enfatizaram a importância e necessidade da reunião de equipe, onde todos os profissionais se encontram, uma vez por

semana, para repasse de informações, discussão e estudo de casos, bem como planejamento de ações e estratégias de trabalho:

... uma das facilidades é a questão da reunião de equipe que a gente tem, é uma coisa que facilita muito porque é possível a gente conhecer o Consultório, sem estar todos os dias no Consultório. Saber o que foi feito durante toda a semana, isso dá mais efetividade ao nosso trabalho, mais continuidade ao trabalho um do outro. São as facilidades, mas são coisas que foram estruturadas, com muita briga a gente conseguiu manter, e que hoje proporciona maior facilidade pro Consultório de Rua (Luisa).

A construção de vínculo/confiança dos usuários teve a ocorrência de relatos de três participantes, quando destacaram a importância e necessidade do vínculo e confiança dos usuários na equipe, para facilitar a aproximação e produção de cuidados para essa clientela.

... e aí você com todo afeto que a equipe tem acaba atingindo essas pessoas no ponto mais frágil dela, isso faz com que ela desperte para a construção do vínculo, da confiança, eu acho que a grande facilidade é essa. É um desafio que se apresenta, mas a gente tem as principais armas, que é o afeto, a escuta, o cuidado (Francisco).

Quanto à categoria *redução de riscos e danos à saúde* evidenciou-se o relato de Garibaldi, que valorizou as ações que podem contribuir para a reinserção familiar e social (trabalho, escola), mediante a retirada da pessoa da rua e, ainda, a redução do consumo de SPA: *“porque as facilidades e as recompensas que a gente tem é a retirada dessa pessoa da rua, a diminuição do consumo de droga, a reinserção familiar, a reinserção no possível mercado de trabalho, a reinserção na escola...”*.

Quanto a categoria *não tem facilidades*, o relato de Quitéria foi ilustrativo, ao afirmar que enfrenta muitas dificuldades e desafios cotidianos no trabalho do CR e, portanto, não percebia nenhuma facilidade: *“Olha eu não sei quais são as principais facilidades, não, eu nem sei se tem alguma facilidade, eu acho que é muito difícil.”*

4.1.4 Dificuldades do trabalho

Esse eixo buscou analisar as dificuldades do trabalho do CR, segundo os participantes, que culminou em dez categorias: *sofrimento pela falta de respeito aos direitos humanos dos usuários; recursos humanos insuficientes e profissionais com contratos precários; esforço e luta da equipe para suprir as necessidades dos usuários; trabalho agressivo da Polícia Militar*

e da Guarda Municipal; dificuldade de entendimento do trabalho do CR pela polícia e sociedade; dificuldade para atendimento dos usuários nas unidades de saúde; acolhimento precário aos usuários nas unidades de saúde pelos guardas; o tempo do usuário é diferente; preconceito e falta de aceitação do usuário pela sociedade; e falta de insumos e materiais para atuação da equipe.

Na categoria *sofrimento pela falta de respeito aos direitos humanos dos usuários* foram encontrados três relatos, que reportaram o sofrimento cotidiano dos profissionais diante de situações vivenciadas pelos usuários, muitas vezes presenciadas pela equipe, em que os direitos humanos são desrespeitados, com destaque para o relato de Bárbara:

As dificuldades, aparecem quando a gente vê que os direitos não são respeitados (...) um direito do ser humano, que existe uma constituição que assegura isso através do artigo 227, que todos têm direitos e quando a gente vê que isso não é respeitado, por quem deveria de fato efetivar esses direitos, isso gera um sofrimento em cada um de nós, principalmente em mim.

Com relação a *recursos humanos insuficientes e profissionais com contratos precários*, essa categoria emergiu no relato de Luisa que abordou a importância de garantir a permanência da equipe atual, bem como efetivar alguns contratos para que as ações do CR possam ser mantidas:

... hoje mesmo a gente estava conversando que tem poucos profissionais ainda, e os que são contratados, estão com dificuldade em manter o contrato, e, ainda a questão da seleção de pessoas que tem perfil para atuar no Consultório de Rua.

Quanto à categoria *esforço e luta da equipe para suprir necessidades dos usuários*, observou-se a fala de Luisa: “*Tudo é com muita luta, muita garra, muita briga, eu acho que tem muito a questão da gratificação pra gente*”.

O *trabalho agressivo da Polícia Militar e da Guarda Municipal* foi a categoria que obteve maior frequência de menções, com seis relatos, que fizeram referência a ações violentas de membros dessas instituições da segurança pública, merecendo destaque a fala de Joana: “*a maior dificuldade que encontro é a atuação dos policiais e da guarda municipal, pois todos os dias quando chegamos na rua tem reclamações de moradores que foram agredidos, então (...) é uma agressão contínua*”.

Na categoria *dificuldade de entendimento do trabalho do CR pela polícia e sociedade* houve três relatos, quando os participantes falaram acerca da dificuldade de compreensão, pela

polícia militar e pela sociedade, dessa nova estratégia de abordagem e atendimento a usuários de SPA em situação de rua, o que pode ser referendado pela fala de Quitéria:

a principal dificuldade é a questão em que a própria sociedade não compreende o trabalho do CR, porque a própria sociedade, e nós fazemos parte dessa sociedade, é uma sociedade excludente, que exclui e julga. E tem a questão da polícia também, pois a polícia tem a ver com isso tudo, com o modelo social mesmo, com o nosso modelo social.

Com relação à *dificuldade de atendimento dos usuários nas unidades de saúde*, essa categoria teve a contribuição de quatro participantes, quando descreveram as dificuldades para atendimento da população atendida pelo CR em unidades de saúde. Dentre as situações relatadas merece destaque a questão das normas estabelecidas para atendimento, bem como a falta de flexibilidade diante dessa situação peculiar, o que aparece no relato de Francisco:

Quanto a dificuldades, eu acho que é da própria cultura da rua, da sociedade, o próprio serviço, o SUS, a forma como ele funciona na prática. As unidades de saúde que não estão prontas para receber o morador que está na rua, não tem endereço, não tem documento, não tem sequer a higiene básica pra chegar na unidade de saúde, com a sua assepsia (...). E ele não é bem recebido, porque acaba sendo um ente desagregador da norma, ele acaba sendo visivelmente o desviante da situação, e incomoda a todos.

Na categoria *acolhimento precário aos usuários nas unidades de saúde pelo guarda* o relato de Garibaldi descreveu a dificuldade de atendimento dos usuários nas unidades de saúde, em que o primeiro atendimento/acolhimento é realizado pelo guarda municipal:

Dificuldades a gente tem o tempo inteiro, desde o atendimento de uma pessoa usuária de drogas, suja, moradora de rua. Quando você adentra na unidade de saúde, a primeira pessoa que aparece é o guarda municipal, sendo que a gente gostaria que fosse a última. Isso mostra que a unidade não está preparada para receber essa população.

No que concerne ao *tempo do usuário é diferente*, relatos de dois profissionais contribuíram com a categoria, e suas falas destacaram a necessidade de sensibilidade para lidar com a diferença do tempo vivido pela clientela atendida, por ser usuário de SPA e estar em situação de rua:

Os desdobramentos de cuidados por mais parcerias que a gente tem nem sempre são adequados pra a demanda daquele usuário, para o tempo desse usuário também, o tempo desse usuário não é o tempo do usuário comum do SUS. É um usuário que não tem às vezes paciência de aguardar uma fila, que às vezes não tem nem tempo, nem saúde pra poder esperar por 2, 3 meses por determinado tipo de exame...” (Garibaldi).

Na categoria *preconceito e falta de aceitação do usuário pela sociedade*, os relatos de dois participantes se destacaram, ressaltando a questão do preconceito pela sociedade em relação a pessoas que fazem uso de SPA e que estão em situação de rua. Isso interfere no trabalho cotidiano do CR, como descrito no trecho da fala de Bento:

A principal dificuldade que a gente observa é justamente essa disposição dos outros em mudar a concepção (...) no sentido de quebrar um pouco esse preconceito, seja em relação à pessoa moradora de rua, ou a pessoa usuária de drogas, que muitas vezes são as mesmas pessoas. Quebrar essa barreira de compreensão, a pessoa deve ver além daquela situação, ver que tem uma pessoa. Mas isso não depende da gente (da equipe do CR), pois a gente precisa que a outra pessoa esteja interessada.

Na categoria *falta de insumos e materiais para atuação da equipe*, que apareceu na fala de Anita, houve menção à ausência de insumos, como o kit de redução de danos e o uniforme para a equipe, o que acarreta transtornos no cotidiano do trabalho e na realização de ações pelos profissionais do CR.

O kit de redução de danos foi pedido antes da gente, em fevereiro, março, antes de inaugurar oficialmente o CR. Foi pedido também o uniforme para a equipe, e até hoje não tem, agora a gente resolveu fazer por conta própria. Então assim falta a questão de recursos menores, a gente tem outros recursos maiores que é o pagamento dos profissionais, gasolina, motorista, mas os recursos menores que também teriam de estar disponível, pela burocracia da própria Secretaria, a gente não tem tido esses recursos.

4.1.5 Atuação profissional no CR

Esse eixo retrata como é a atuação no CR, independente da formação profissional, bem como a prática em equipe interdisciplinar. Foram identificadas nove categorias: *atuação focada nas demandas dos usuários; atuação em equipe; atuação com música/arte; atuação para*

ampliar o conhecimento sobre DST e drogas; atuação com escuta e vínculo; atuação sem consultório; atuação com base em cuidados específicos; atuação com o coração/afeto e atuação em grupo com os usuários.

Na categoria *atuação focada nas demandas dos usuários* foram evidenciados relatos de três participantes, que valorizaram a importância das ações do CR serem voltadas para as solicitações e necessidades apresentadas pelos usuários, exemplificada pelo relato de Bárbara: *“na rua a minha intervenção não é a minha demanda, é a demanda de quem me procura, do usuário. E dependendo da demanda, do que ele me solicita, é a forma como eu vou tentar atendê-lo”*.

Quanto à *atuação em equipe*, houve relatos de quatro participantes que ressaltaram a importância do trabalho em equipe interdisciplinar, com a integração dos diferentes saberes e especificidades dos profissionais. Essa atuação também valoriza o trabalho *in loco* com a presença de dois ou três profissionais, o que pode facilitar as ações e as tomadas de decisões, além de priorizar o cuidado e a atenção dos membros da equipe um com o outro, o que está presente no relato de Ana:

o que eu conto é comigo, com os meus colegas, e eu fico muito feliz porque eu sou muito atirada, e não enxergo as outras coisas, quando a gente está atendendo só tem a pessoa, eu não estou vendo outras coisas. Se eu tiver atendendo a família, é só a família, eu fico atenta para aquela situação (...). A presença dos colegas, a gente está sempre junto, nunca deixam a gente. Mesmo que eu esteja com alguém, tem um colega que está sempre atento, porque pode acontecer muita coisa na rua. Então eu fico muito feliz de ter colegas me dando apoio, para que eu possa me dedicar, como se eu tivesse dentro de uma sala, ouvindo uma pessoa. E eu sei que eu estou sendo cuidada, que não vai acontecer nada.

Com relação à *atuação com música/arte* ocorreram dois relatos, que descreveram a prática profissional a partir da música e da arte, como meios de acessar os usuários e, também, como estratégias diferentes e inovadoras de mobilização e participação da clientela atendida pelo CR, exemplificada nas falas de Francisco e Luisa, respectivamente: *“a minha atuação é como artista, com muita plasticidade (...) atuando em vários papéis, com o teatro do oprimido e levando um personagem pra rua, pra abordar algum tema específico”*;

Levo os instrumentos, se não tiver instrumento vai a voz que é um instrumento também, o corpo, palmas. E os que estão ali, que aceitam, que querem tocar, a gente começa a tocar, tem alguns que falam que isso atrai, não tem

dificuldades para a pessoa aceitar, muito pelo contrário, eu vejo que a pessoa geralmente quer tocar. E toco e canto com os usuários, se tiver só um, eu atendo individual. Quando tem mais de um, atendo em grupo.

A atuação para ampliar o conhecimento sobre DST e drogas teve a contribuição do relato de Garibaldi, ao ressaltar a importância da conversa sobre esses temas sem preconceitos, com o uso de linguagem acessível ao usuário acerca de informações sobre DST e uso de SPA, a partir das diretrizes da PNRD:

Dependendo dos insumos que tiver, ele vai ser a porta de entrada, um insumo que a gente mais utiliza nesse momento é o material gráfico, com informações sobre DST e sobre o uso de drogas, das melhores e das piores formas que isso pode acontecer, e um dos insumos principais é o preservativo. Como a principal droga que a gente trabalha nesse momento é o crack, tem que ter uma conversa sobre o fato de a pessoa ter o cachimbo, se ela compartilha esse cachimbo, com quem ela compartilha, se é com a namorada ou com todo mundo. Se ela é usuária de cocaína, ela compartilha esse canudo (...). Se na hora que está todo mundo doido, sob algum tipo de efeito, e que a conversa vai pra questão sexual, se eles se lembram do preservativo.

Quanto à atuação com escuta e vínculo, essa categoria apareceu nas falas de duas entrevistadas, com menção à importância do diálogo com os usuários, bem como a formação do vínculo, ferramentas imprescindíveis na rotina do trabalho do CR, ressaltado na fala de Anita:

escuta terapêutica, com orientações de redução de danos, acompanhamento do usuário para uma unidade, transição de cuidados, com início, meio e fim dos procedimentos (...). Durante essas intervenções, há momentos em que se pode de alguma forma ir dialogando, fazendo uma intervenção mais breve.

Os relatos de dois participantes contribuíram na categoria atuação sem consultório, ao descreverem o desafio em se fazer atendimentos e procedimentos de saúde na rua, com as inúmeras situações e acontecimentos do cotidiano das pessoas em situação de rua, exemplificada no trecho da fala de Bento:

experiência desafiadora, uma questão de mudança de percepção, é o consultório sem consultório. Então é você estar naquilo que a pessoa muitas vezes considera como sua casa, sem parede, sem teto, o carro passando do

lado, a polícia te ameaçando, o traficante passando e vendendo drogas, as pessoas olhando e muitas vezes te condenando, muitas vezes porque você está atendendo um mendigo que está ali na porta da loja.

Quanto à *atuação com base em cuidados específicos*, essa categoria foi evidenciada na fala de Quitéria, que ressaltou a realização de procedimentos voltados para o cuidado e recuperação da saúde física da população atendida pelo CR:

procedimentos que eu já perdi as contas, como limpeza, curativo, retirada de ponto, drenar um tipo de abscesso, imobilizar membro (...), tem essa coisa do procedimento técnico da minha atuação, mas sempre com a porta para o vínculo, afeto. A minha atuação é mais nesse sentido, e levo isso para as pessoas, falar que eu acredito no SUS, e que apesar de qualquer coisa a gente pode ser o mais feliz possível sem dor.

A categoria *atuação com coração/afeto* emergiram nos relatos de Joana e Quitéria, que valorizaram a atuação profissional no cotidiano do CR pautada nas emoções:

atuo com o coração, e o profissional na hora necessária eu coloco em prática, mas vou pelo momento, pelo coração, porque são pessoas muito sensíveis, que percebem você enquanto ser humano. Na semana passada, por exemplo, eu não estava bem, eles perceberam e me acolheram, então foi o contrário (Joana).

A *atuação com usuários em grupo* pode ser exemplificada pelo relato de Luisa, que descreveu seu trabalho com os usuários de SPA e em situação de rua, no coletivo, com as intervenções voltadas para o relacionamento interpessoal e também para a vivência em grupo:

atuo no coletivo, toco com todos, percebo como está a relação interpessoal entre eles, se alguém tem dificuldade em aceitar o outro (...) alguns tem um pouco mais de dificuldade em aceitar o jeito que o outro toca e critica, então faço as intervenções: 'você percebe como estão as suas relações? Como é isso na sua casa?' Porque a gente vê como eles atuam em um mini grupo, é a forma como eles atuam no dia a dia.

4.1.6 Apoio necessário para o trabalho

Os profissionais relataram o apoio necessário para a realização do trabalho, bem como de suas atividades cotidianas nesse eixo. Foram encontradas seis categorias: *apoio da coordenação de saúde mental; apoio das entidades/instituições parceiras; apoio da Secretaria*

Municipal de Saúde de Goiânia; apoio do gestor da saúde; apoio da sociedade; apoio para melhores condições de trabalho. Nesse eixo temático as falas também fizeram críticas a precariedades de determinados apoios.

A categoria *apoio da coordenação de saúde mental* apareceu nas falas de três profissionais, que descreveram a importância desse apoio, bem como a aproximação entre as Coordenações de Saúde Mental e do CR, visto que o trabalho realizado pela equipe é diferenciado e, na maioria das vezes, relacionado a situações de vulnerabilidade social. Nessa categoria merece destaque um trecho da fala de Bárbara:

quem trabalha na rua está muito próximo de quem sofre violência na rua, então o apoio tem que ser total, para as equipes que estão vinculadas à população com vulnerabilidade social. Então a Coordenação de Saúde Mental tem que estar muito próxima da coordenação do Consultório de Rua, todas as portas precisam estar abertas pra quem acompanha o sujeito, usuário em situação de rua; todos os serviços em todas as Secretarias precisam ter essa abertura.

Com relação ao *apoio das entidades/instituições parceiras* foram identificados cinco relatos, em que os participantes assinalaram a importância do apoio das parcerias para o desenvolvimento das ações e encaminhamentos diários junto à população atendida, tal como verbalizado por Joana:

a gente precisa estender as parcerias, eu percebo que o Consultório, a equipe está lutando muito, mas essa rede como um todo, inclusive a Secretaria Municipal de Saúde, não investe tanto como deveria (...), então a Secretaria, o Ministério e o Estado, a população precisam ver isso, e a gente precisa gritar e mostrar o que está acontecendo, mas precisa de parcerias, e que se estendam essas parcerias. É preciso ir além.

Quanto ao *apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia*, essa categoria consolidou-se com relatos de quatro participantes, que ressaltaram que para a realização de ações e estratégias do CR é imprescindível o apoio da Secretaria Municipal em todos os âmbitos, níveis e serviços do SUS no município. Dentre as falas, há destaque para a de Anita:

há que se pensar em haver maior agilidade nesses processos de aquisição de insumos, que o Consultório de Rua precisa de água, o kit de redução de danos, uniformes, um apoio seria da própria Secretaria, para agilizar esses processos burocráticos, porque a equipe fica vulnerável em situações que a gente precisava de mais rapidez, o que pode atrapalhar um pouco o nosso trabalho.

Tem que se pensar também em haver um reconhecimento da equipe, para ter autonomia para articulações de gestão e com outras unidades. Isso nós fazemos o ano inteiro, a duras penas, com duras críticas.

Com relação ao *apoio do gestor da saúde*, Bento destacou a importância do compromisso e participação do gestor da saúde em atividades diversas, inclusive naquelas do cotidiano da equipe:

temos o apoio do Secretário Municipal de Saúde, ele é uma pessoa que acredita no projeto e tem dado demonstrações disso. Esteve inclusive conosco na rua, conhecendo a prática, participa com frequência das reuniões da equipe (...), o que facilita o outro lado, porque se o Secretário mandou, é assim que as pessoas ouvem, então ajuda a gente aqui, faz assim e assim, vai falar com o gestor, o diretor do CAIS.

A categoria *apoio da sociedade* apareceu no relato de Quitéria, que ressaltou a importância desse apoio para a realização do trabalho do CR: “*nós temos muitas necessidades para funcionar bem, como: apoio da sociedade de uma forma geral, respeitar esse trabalho, essas pessoas que estão em situação de rua, do apoio da polícia, da guarda municipal, da Secretaria de Assistência Social*”.

Quanto ao *apoio para melhores condições de trabalho*, essa categoria incluiu o relato de Quitéria, ao referir a importância de melhores condições de trabalho para o CR:

não é falar da gestão, que a gestão não apoia, mas é dizer que esse apoio, ele é complicado, e a gente precisa, porque, por exemplo, o Consultório de Rua sem o carro, e sem minimamente material para fazer curativo, não funciona. Então esse é um apoio que a gente precisa, que tem mais ou menos o apoio de rede, porque como a gente atua na questão da lógica do SUS, em relação à saúde, então nós precisamos da rede inteira, da referência, e isso a gente está construindo.

Nesse eixo temático observou-se também, os relatos dos profissionais acerca do apoio logístico necessário para a realização das atividades do CR, a partir de descrições dos participantes acerca desse tipo de apoio, tais como: *lanche para os usuários; camisetas/uniformes para equipe; água para equipe e usuários; medicamentos/insumos técnicos; folhetos/folders; protetor solar; crachá; capa de chuva/guarda chuva; material para higienização e curativos; instrumentos musicais; recursos humanos, aumentar a equipe;*

arquivo e pastas para prontuários/fichas com dados dos usuários atendidos; e suco/água de coco.

4.1.7 Atuação com base em redução de danos

Nesse eixo – que discutiu a atuação do profissional no Consultório na Rua e a RD – os profissionais foram perguntados sobre se a atuação do CR: (1) se dava com base na RD; (2) seguia em parte a RD; (3) a atuação não seguia a RD. Sete participantes concordaram com a primeira alternativa e dois afirmaram que a atuação adotava parcialmente as estratégias de RD.

No que tange à percepção de que o CR pauta sua atuação na RD foram identificadas oito categorias, a partir dos relatos dos participantes que justificaram essa posição: *o foco do CR é RD e não a abstinência; CR e RD propiciam acesso ao cuidado; CR e RD favorecem escuta e vínculo; CR e RD reduzem preconceitos; CR e RD minimizam sofrimento; CR e RD valorizam o respeito para com o outro; CR e RD precisam de rede de atendimento; CR e RD estão integradas às políticas de saúde mental; CR e RD precisam de educação permanente; e CR e RD precisam de insumos.*

A primeira categoria – *o foco do CR é RD e não a abstinência* – apareceu na fala de dois participantes, quando descreveram que o trabalho do CR tem como foco as ações de RD e não a exigência de interrupção do uso de SPA, posição observada no trecho do relato de Anita: *“se você chega ali numa atitude de exigência de abstinência, ou numa atitude mais moralista, mais punitiva, você continua jogando esse morador para essa marginalidade de cuidados”.*

Com relação a *CR e RD propiciam acesso ao cuidado*, os relatos de três profissionais contribuíram com essa categoria ao ressaltarem as ações da equipe do CR voltadas para o diálogo com os usuários acerca da importância dos cuidados consigo mesmo, de forma diária, no contexto do uso e abuso de SPA e da vivência nas ruas, tal como mencionado por Luisa: *“tudo é relacionado a redução de danos, nosso foco não é a abstinência, é levar a saúde, reduzir danos dessa pessoa, fazer com que ela se cuide, possa se perceber, perceber que existem outras estratégias, outros caminhos, outras possibilidades”.*

Quanto ao *CR e RD favorecem escuta e vínculo*, houve duas falas que relataram as estratégias de atuação do CR, voltadas para uma escuta diferenciada, bem como a formação de vínculo com a população atendida pela equipe e também as ações de RD, merecendo destaque o relato de Joana: *“a nossa proposta é de aos pouquinhos, na medida em que a gente vai se aproximando do morador, conhecendo o morador, adquirindo esse vínculo, depois que adquire essa confiança, falar um pouquinho da redução de danos”.*

A categoria *CR e RD reduzem preconceitos* apareceu no relato de Ana, que em sua fala trouxe a importância da redução de danos voltada para minimizar os preconceitos voltados para

a população atendida pelo CR, bem como a valorização desses usuários como sujeitos, cidadãos e principalmente seres humanos:

porque ele descobriu com a nossa maneira de tratá-lo, que ele é visto, e merece ser visto do seu melhor lado e que tem este lado (...), vamos respeitá-lo, vê-lo de verdade, ao invés de olhar e ficar julgando, está errado, isso não pode, eu estou certo. Enxergar alguém como ser humano é redução de danos, agora ter a coisa pré-concebida, se isso está errado ou está certo, isso se faz, ou não se faz, é preconceito.

No que tange à categoria *CR e RD minimizam sofrimento*, o relato de Francisco foi ilustrativo, ao falar sobre a relevância da redução de danos ser mais conhecida e que propicia a minimização do sofrimento dos usuários de SPA em situação de rua: *“toda ação do Consultório de Rua é baseada na redução de danos, que precisa ser bastante discutida, se tornar conhecida de todo mundo, e principalmente todos que atuam no sentido de minimizar danos, sofrimento e acolher o outro”*.

A categoria *CR e RD valorizam o respeito para com o outro* apareceu na fala de Ana, com a descrição do trabalho do CR baseado na RD com foco no respeito ao usuário:

a redução de danos fala que vamos lidar com essa pessoa, respeitando-a, estudando com ela o que ela pode fazer, e não tirando dela algo que está ali com uma função (...). Redução de danos é respeito, e nós vamos respeitá-la, vamos vê-la de verdade, é enxergar alguém como ser humano.

CR e RD precisam de educação permanente foi uma categoria que emergiu na fala de Garibaldi, ao mencionar que o trabalho do CR com base na RD, necessita de educação permanente:

a questão das capacitações, tem que ser um processo permanente, tem que fazer parte da estrutura de toda Secretaria, toda unidade, todo tipo de governo, com o envolvimento de alguma unidade específica que trate sobre as capacitações. Então isso tem que fazer parte, não tem mais como trabalhar sem a perspectiva da redução de danos.

A categoria *CR e RD precisam de insumos* foi evidenciada no relato de Bento, que ressaltou a necessidade de insumos para a realização do trabalho com foco em RD:

a gente depende de insumos (...) se você usar o cachimbo vai queimar os lábios, se dividir o cachimbo pode ou adquirir ou transmitir uma doença

infectocontagiosa. Então tem alternativa, como fazer um cachimbo com um copo de água, porque o vapor daquilo que é inalado vem menos quente, prejudica menos os pulmões, os brônquios, com risco menor de queimadura, mas às vezes a gente não tem o copinho de água nem para beber.

No que tange à afirmação de dois profissionais que referiram que a atuação do CR adotava parcialmente as estratégias de RD, a partir do discurso de um participante foi evidenciada uma categoria: *atuação é parcial, pois faltam insumos*. É importante ressaltar que o outro entrevistado não justificou sua resposta. O relato de Bento destacou a importância das orientações e divulgações de materiais impressos acerca de redução de danos e ressaltou que a falta de insumos compromete a realização do trabalho do CR:

acho que é em parte, por questões que às vezes fogem do nosso alcance, porque a gente procura fazer orientação, divulgação das alternativas só que em algumas situações (...) não há o folheto do município, por exemplo, então é em parte, mas não por quem está atuando, porque se tivéssemos tudo na mão, faríamos tudo, mas não temos.

4.2 Estudo com usuários atendidos pelo CR

A identificação dos eixos temáticos e das categorias correspondentes ocorreu a partir da análise de conteúdo das entrevistas. Foram identificados oito eixos: *o primeiro contato com a equipe; a atuação dos profissionais do CR; o que é mais interessante nesse trabalho; atendimentos recebidos com apoio do CR; apreciação sobre os atendimentos recebidos; os motivos para aceitar os atendimentos; mudança da prática de uso de SPA após o atendimento no CR; e os atendimentos mudaram a vida na rua*. Cada um dos eixos e as respectivas categorias são descritos a seguir, com destaque para alguns trechos relatados nas entrevistas.

4.2.1 O primeiro contato com a equipe

Esse eixo temático buscou verificar, a partir da percepção dos participantes, como foi o primeiro contato com a equipe do CR. Foram encontradas seis categorias: *indicação de uma amiga que conhecia a equipe; demanda por cuidados de saúde; ofereceram ajuda e melhorias; por causa da apresentação e das informações sobre o CR; pensaram que era a polícia disfarçada; e o usuário não quis, não aceitou*.

A primeira categoria *por indicação de uma amiga que conhecia a equipe* foi encontrada na fala de Dandara, que mencionou a indicação de sua amiga, que conhecia os profissionais do

CR e havia recebido atendimento: “*chegaram a mim, perguntaram e explicaram, até então eu conhecia através de uma amiga minha, que me indicou eles. E eles foram até mim*”.

Quanto à *demanda por cuidados de saúde*, a fala de uma participante foi ilustrativa ao destacar a sua necessidade de atenção específica:

Na época nós duas estávamos grávidas, só que ela ganhou primeiro que eu e foi pra casa, eu estava no começo de gestação, de 3 meses, não sabia, não queria fazer pré-natal, mas eu vi que eram coisas que poderiam fazer bem pra mim e até pra minha criança, na situação em que eu me encontrava, pra mim foi ótimo (Dandara).

Com relação a *ofereceram ajuda e melhorias*, Cruz e Souza referiram a importância da equipe oferecer apoio e melhorias para eles: “*ofereceram melhoria pra gente, e que ia ajudar a gente, e estão ajudando até hoje*”.

Na categoria *por causa da apresentação e das informações sobre o CR*, dois relatos se destacaram, tal como exemplificado na fala de Veridiana e Dandara, respectivamente: “*Ah, quando começou, eles chegaram e conversaram com a gente; chegou a mim e perguntaram e, explicaram (sobre o CR)*”.

Com relação a *pensaram que era a polícia disfarçada*, essa categoria foi observada na fala de Veridiana, que relatou seu receio, bem como de outros usuários, acerca da possibilidade dos profissionais do CR serem policiais disfarçados:

a gente pensa que é polícia disfarçada, mas chegaram fazendo amizade com a gente, conversando um tempão, que não é aquilo que a gente estava pensando, que eles eram pessoas de bem, ai foram acalmando nossos corações; depois nossos corações começou a abrir, a gente começou a conversar com eles, achei muito bom (...) que é uma conversa assim, que a gente vê que não são aquelas pessoas que vão fazer mal pra gente, só querem o bem da gente.

Quanto à categoria *usuário não quis, não aceitou*, o relato de Palmares é ilustrativo ao falar sobre a sua impaciência no dia da abordagem e que não aceitou o primeiro contato: “*esse contato foi, só que eu estava impaciente, e não quis*”.

4.2.2 A atuação dos profissionais do CR

Esse eixo buscou analisar como é a atuação dos profissionais do CR, na percepção dos usuários, o que culminou em seis categorias: *o CR atua em horários e dias definidos; o atendimento do CR é maravilhoso; melhora a vida e reduz riscos e danos à saúde; o CR oferece*

carinho e cuidado especial; o CR conversa com os usuários; e o CR teve mudanças de profissionais.

A categoria *o CR atua em horários e dias definidos* apareceu na fala de Dandara, destacando o fato da atuação da equipe do CR ser em horários e dias previamente estabelecidos: *“são horários certos, dias definidos, e o atendimento é bom, são pessoas boas”*.

Quanto ao *atendimento do CR é maravilhoso* os relatos de três participantes contribuíram com essa categoria, ao falarem de sua satisfação com o que é realizado, com destaque para a fala de Cruz e Souza: *“interessante mesmo em tudo, pois tudo que eles podem fazer pela gente eles fazem, porque tudo é explicado por eles, é maravilhoso mesmo”*.

Na categoria *melhora a vida e reduz riscos e danos à saúde* a fala de um participante mostrou as características do trabalho do CR voltado para as mudanças de comportamento que influenciam na melhoria de vida, bem como nas ações de RD:

Foi muito bom, está ajudando a gente a sair dessa vida. Graças a Deus estou conseguindo, porque eu era usuário de crack e graças a Deus, estou mais quieto por causa do Consultório de Rua que ajudou a gente (Cruz e Souza).

Quanto a *CR oferece carinho e cuidado especial* três entrevistados mencionaram a presença de carinho e atenção especial da equipe do CR para com eles, de acordo com os relatos de Cruz e Souza e Dandara, respectivamente: *“porque é igual uma mãe pra gente, e para as coisas da gente, tem uma atenção muito carinhosa com todos nós que mora na rua”*; *“muito importante, porque eles se preocupam com a gente, eles cuidam de cada coisinha que a gente está sentindo, eles cuidam da gente”*.

Com relação à *equipe do CR conversa com os usuários*, essa categoria emergiu no relato de Veridiana, ao falar do diálogo e da comunicação entre a equipe e os usuários de SPA em situação de rua: *“a gente começou a conversar com eles, achei muito bom. São umas conversas assim que a gente vê, que não são aquelas pessoas que vão fazer mal pra gente, só querem o bem da gente”*.

A categoria *o CR teve mudanças de profissionais* foi evidenciada no relato de Dandara, que mencionou as mudanças na equipe: *“muitos que eram que estavam não estão mais, mas assim o que vale é a ajuda, é o esforço”*.

4.2.3 O que é mais interessante nesse trabalho

Nesse eixo temático procurou-se investigar o que era mais interessante no trabalho do CR, na ótica dos usuários, o que resultou em quatro categorias: *preocupação e dedicação da*

equipe com os usuários; perseverança do CR; encaminhamentos e resolução das demandas dos usuários; e carinho e cuidado da equipe com os usuários.

A categoria *preocupação e dedicação da equipe com os usuários* emergiu nas falas de três usuários, ao descreverem o trabalho do CR voltado para a dedicação, carinho e preocupação com eles: “ *assim, eu acho a dedicação que eles tem pela gente, e a preocupação, pois eles preocupam muito com a gente*” (Veridiana).

A *perseverança do CR* foi observado no relato de Dandara, que ressaltou a importância da perseverança dos profissionais do CR para o sucesso do trabalho cotidiano:

a perseverança quando eles veem que a pessoa quer esforçar, ai que eles entram, entrando pra ajudar. Então assim, eles veem que a pessoa quer ajuda, porque a pessoa tem o estilo diferente, uma às vezes é ignorante, mesmo assim eles costumam exigir, mas quando eles veem que a pessoa aceita de bom coração, eles continuam, eles são perseverantes.

Quanto aos *encaminhamentos e resolução das demandas dos usuários* surgiu no relato de Dandara, quando ela falou sobre a importância da equipe viabilizar os encaminhamentos necessários, bem como buscar a resolução das demandas da clientela atendida: “*É dando bom dia normal, vamos resolver o que que tem que resolver, marcar, quando não está assim em relação a marcar, conversas, assim vendo a situação da pessoa*”

4.2.4 Atendimentos recebidos com apoio do CR

Esse eixo buscou identificar quais foram os atendimentos recebidos pelos usuários no CR em outras unidades ou instituições da rede de atenção, o que culminou em seis categorias: *atendimento com dentista; atendimento no CAIS; atendimento no CROF; atendimento na MNC; atendimento na Casa da Acolhida; e atendimento no mutirão da SEMAS.*

A categoria *atendimento com dentista* apareceu na fala de todos os entrevistados, que valorizaram a importância dessa modalidade de atendimento, bem como o trabalho diferenciado do dentista, como descreveu Palmares:

O dentista, ali é maravilhoso, não precisa nem de aplicar anestesia para arrancar dente (...), que em vez de você chorar, você faz é rir, ele brinca com a gente, ai vai tratando (...) nos tocamos, nós pulamos amarelinha lá no Novo Mundo, tirou foto lá pulando amarelinha. Ele é sangue bom, ali vou falar a verdade, é filho de Deus também.

Com relação ao *atendimento no CAIS*, com consultas médicas, exames e outros procedimentos, houve o relato de três participantes que falaram sobre os atendimentos recebidos nessa unidade, propiciados pela equipe do CR, como aparece na fala de Cruz e Souza: “*no CAIS, tirou raio-x, fez tudo, consultei*”.

Quanto ao *atendimento no CROF*, Cruz e Souza assinalou que recebeu esse atendimento e foi bom: “*no CROF, atendimentos são sim interessantes e muito bons*”.

A categoria *atendimento na MNC* foi evidenciada nas falas de Dandara e Veridiana ao descreverem as ações da equipe em suas necessidades relativas à gestação:

passsei mal quando eu perdi o neném, na época quase morro, se não fosse por eles, e a doutora mesmo falou, mais dois dias que eu tivesse ficado na rua, eu tinha morrido. Que deu hemorragia, duas vezes, da 1ª vez eles me levaram, porque eu tinha perdido neném, fizeram a curetagem, já estava com hemorragia, ai voltei, até a D. (profissional do CR) foi mais eu, que enquanto fiquei internada ela não saiu de dentro do hospital (Veridiana).

A categoria *atendimento na Casa da Acolhida* apareceu na fala de Cruz e Souza, ao mencionar esse atendimento e a importância da intervenção da equipe para que conseguisse a vaga: “*arrumou a Casa da Acolhida pra nós, até hoje agradeço muito, e peço a Deus por eles. Me ajudou muito, depois que apanhei da polícia, eles me acolheu, e eu tenho um carinho muito grande por eles*”.

Com relação ao *atendimento no mutirão da SEMAS* houve um relato, de Veridiana, que descreveu os procedimentos e orientações recebidos durante esse mutirão, feito especificamente para a população em situação de rua:

nesse mutirão, eu fiz uns exame, falei com a doutora, que eu estou com altos problema, só conversei com a Quitéria (profissional do CR) sobre os meus problemas e ai ela sumiu. E o trem que eu fiz lá no mutirão também, umas papeladas, que não é a Anita aqui do Consultório de Rua, é a Anita (funcionária) da SEMAS, pegou meus papel, diz ela que entregou não sei pra quem, do povo do Consultório de Rua.

Ainda nesse eixo foi explorada a questão sobre qual atendimento o usuário estava recebendo ou recebeu recentemente do CR, o que gerou alguns relatos acerca dessa temática, como: *foi transportada e acompanhada para OVG para pegar enxoval do bebê; está fazendo os documentos pessoais; possibilidade de fazer a laqueadura; acolhimento da equipe após situação de violência policial; e acompanhamento do usuário pela equipe in loco.*

4.2.5 Apreciação sobre os atendimentos recebidos

Esse eixo buscou analisar como foram os atendimentos recebidos na percepção dos usuários, bem como o que gostaram e não gostaram, o que resultou em duas categorias: *gostou do atendimento* e *às vezes a equipe demora a vir*.

Na categoria *gostou do atendimento* houve relato dos quatro participantes, com destaque para as falas de Palmares e Cruz e Souza, respectivamente: *gostei de tudo, é maravilhoso*; *“todas eu gostei”*.

A categoria *às vezes a equipe demora a vir* apareceu no relato de Veridiana, ao reclamar da demora da equipe para visitá-la:

às vezes eles esquece de vim ver nós, e ai eu fico com raiva, somem, parece que esquece da gente, parece que tem gente mais importante pra lá, pro outro lado. Assim como eles mesmo explica, às vezes nós tá aqui, tá bem, tem gente passando mal, com mais problemas, mais importantes, mais graves, ai a gente até releva, mas passar aqui, dá um oi pelo menos, está bom.

4.2.6 Os motivos para aceitar os atendimentos

Esse eixo procurou identificar a motivação dos usuários para aceitar os atendimentos do CR, o que resultou em quatro categorias: *pelas necessidades*; *pela abordagem da equipe*; *por tratar os usuários sem preconceito*; e *pela indicação de outros usuários*.

Na categoria *pelas necessidades* houve o relato de dois entrevistados em que focaram as necessidades como motivação para aceitar o atendimento do CR, com destaque para fala de Palmares e Dandara, respectivamente: *“porque eu preciso”*; *“as necessidades, devido as responsabilidade”*.

Quanto à categoria *pela abordagem da equipe* esta apareceu no relato dos quatro participantes, em que descreveram a forma diferenciada da atuação do CR, para abordar e atender os usuários, que pode ser exemplificada nas falas de dois usuários: *“Pelo carinho deles, que eles é muito educado”* (Cruz e Souza);

é saber chegarem e conversar com a gente, o modo deles conversar com a gente, como qualquer outros que chegam, fica até assim com medo, nossa esse povo tipo assim chic, tá fazendo no meio de nós, povo tudo fido, sujo. Mais eles não tá nem ai não, eles chega(...) (Veridiana).

Por tratar os usuários sem preconceito é a terceira categoria, que apareceu na fala de Veridiana, que relatou a importância da simplicidade e humildade dos profissionais no cotidiano

do trabalho, o que facilita a formação de vínculo e reduz o preconceito: *“eles cumprimentam e pode estar onde tiver que eles abraça (...), a simplicidade, não ter preconceito, como você que chega e senta no meu colchão”, você, Quitéria, Anita, chega, senta mesmo, conversa e não está nem aí”*.

Com relação à categoria *pela indicação de outros usuários* esta foi identificada na fala de Dandara: *“é (pela minha amiga) que me chamava de bruxa”*.

4.2.7 Mudança no uso de SPA após o atendimento no CR

Nesse eixo que investigou se a prática do uso de álcool e outras drogas mudou após o atendimento do CR, três entrevistados responderam afirmativamente e um deles relatou que mudou um pouco. No que se refere aos motivos para as mudanças nesse uso, foram identificadas seis categorias a partir dos relatos daqueles que afirmaram que houve mudanças: *por causa da consulta com o dentista; reduziu o consumo de SPA e fez substituição do crack; passou a ter alimentação mais saudável e fazer ingestão de doce; porque a equipe acompanha e orienta sobre RD; porque eles ajudam a gente a sair da rua; e para evitar o sofrimento de ficar internado*.

A primeira categoria *por causa da consulta com o dentista* apareceu nos relatos de dois participantes, que falaram acerca da necessidade de não usar SPA um dia antes da realização do atendimento odontológico, bem como os cuidados e orientações da equipe acerca desse fato, o que pode ser exemplificado na fala de Veridiana;

uai, nós tava mesmo, há um tempo atrás, engatado, ai o dia que era pra mim ir no dentista, pra fazer um exame, alguma coisa. Então ele (profissional do CR) falava: Veridiana amanhã você tem dentista, então começa de hoje, no caso, um dia antes, não bebe, nem usa droga, não fuma. Então eu já ficava com aquilo na cabeça, hoje eu não vou fumar não, não vou beber que amanhã eu tenho dentista. Ai eu não usava, porque eles tinham pedido pra mim não usar, que eu tinha dentista, então não tinha como.

Com relação a *reduziu o consumo de SPA e substituição do crack* os quatro participantes fizeram menções a essa categoria, com descrições de ações e estratégias de RD relacionadas às suas práticas de consumo de SPA, bem como a substituição do uso de crack por outras substâncias, exemplificada nos seguintes relatos: *“Diminuiu, eu durmo demais, to dormindo demais, agora bateu o sono. Mas essa é a verdade, quando a gente não usa (crack) dá sono”* (Dandara); *“tem dia que eu uso, eu fumo só a maconha, que ai fuma, dorme, come”* (Veridiana); *“Graças a Deus eu não bebo, mas as drogas eu reduzi muito, estou me*

alimentando melhor, não to dormindo mais de madrugada, agora não tem pesadelo, nem tem que acordar cedo, por causa de polícia” (Palmares).

Quanto a *passou a ter alimentação mais saudável e fazer ingestão de doce*, essa categoria pode ser evidenciada no relato de Veridiana, que valorizou a necessidade de ingestão de doce, bem como de uma alimentação mais nutritiva:

eu não passei mal pela barra de chocolate, (...) uma carne de porco que assaram mal e eu passei mal de manhã. Mas o chocolate nós comeu, uma barra de chocolate mesmo, eu, meu bem e mais o outro que trouxe. Então a alimentação, graças a Deus é bem certinha.

Na categoria *porque a equipe acompanha e orienta sobre RD* houve relatos de dois participantes que destacam as orientações da equipe acerca da RD durante as abordagens/atendimentos: *“melhorou bastante, agradeço mesmo é ao Consultório de Rua, as orientações deles, tudo”* (Cruz e Souza); *“eu pensava assim, vou fazer o que eles estão pedindo, e não usava. Nós passava uns três dia desandado, mas passava uns três dia já dormindo e comendo”* (Veridiana).

Quanto a *porque eles ajudam a gente a sair da rua*, Cruz e Souza relatou a importância das orientações da equipe sobre a possibilidade dos usuários saírem da rua: *“porque eles que ajuda a gente a sair daqui (da rua), né, dá muito conselho sair das drogas, né, sair da bebida”*.

A categoria *para evitar o sofrimento de ficar internado* foi identificada no relato de Palmares, que fala sobre o seu sofrimento quando ficou internado por causa do abuso de SPA: *“eu fiquei internado oito dias, no hospital, tomando injeção, era uma seis hora da manhã e uma de noite, ai eu falei, desse jeito eu num guento não”*.

Quanto às modificações de comportamento de uso de SPA do participante que respondeu que mudou um pouco, foi identificada uma categoria: *reduziu mas usa SPA quando está com raiva*. Palmares afirmou que houve redução do consumo e a melhoria em sua alimentação, mas que quando tem sentimentos de raiva faz uso de SPA: *“assim, um pouco, maneirei um pouco (...) tomo suco, refrigerante, eu tô tomando demais (...), só quando eu tô com raiva, eu penso que é o remédio (a droga), mas não é o remédio”*.

4.2.8 Os atendimentos mudaram a sua vida na rua

Esse eixo procurou investigar a relação entre o atendimento e o acompanhamento do CR e possíveis mudanças na vida dos usuários de SPA no contexto da rua. Quando perguntados se os atendimentos mudaram sua vida na rua, dois não responderam e dois afirmaram que sim, houve mudanças, o que permitiu a identificação de uma categoria: *os atendimentos mudaram*

tudo na minha vida. A fala de Veridiana é ilustrativa ao afirmar que os atendimentos realizados pelos profissionais do CR mudaram sua vida no contexto de rua: “*tudo que eu falei pra você, eles mudaram tudo na minha vida*”.

Capítulo 5 - Discussão

Esse capítulo buscou discutir os resultados apresentados quanto aos relatos presentes nas entrevistas dos participantes desse estudo, com ênfase nas temáticas mais recorrentes, bem como os aspectos que mais se destacaram nos dados analisados no discurso dos profissionais e usuários do CR.

5.1 Estudo com os profissionais

Os aspectos que emergiram na análise de resultados – as percepções de profissionais do CR de Goiânia acerca dos modos de atuação e as características do trabalho de intervenção com adultos jovens em situação de rua e usuários de SPA – eram objetivos do estudo e foram satisfatoriamente contemplados a partir do roteiro de entrevista, que instigou os relatos verbais dos participantes sobre o tema da pesquisa. A riqueza do conteúdo das entrevistas permitiu a construção dos eixos temáticos, contribuindo para se vislumbrar as diferentes visões dos profissionais acerca do trabalho realizado e da clientela atendida. Toda essa diversidade de dados e informações vem ao encontro do arcabouço teórico adotado e forneceu elementos para a reflexão acerca da realidade cotidiana da atuação do CR.

Para analisar as percepções dos profissionais acerca da atuação com pessoas usuárias de substâncias psicoativas e em situação de rua foram investigados os objetivos dessa nova estratégia de atendimento, sendo que os mais recorrentes no discurso da maioria dos profissionais foram *resgatar a autoestima, cidadania e autonomia do usuário, dar visibilidade a cidadãos invisíveis e levar o SUS para quem não chega ao SUS*. O que chama a atenção é que os objetivos mencionados parecem, de fato, integrar o cotidiano de trabalho do CR e estão presentes nas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para esse dispositivo (Brasil, 2010).

Quanto à identificação de facilidades e dificuldades/desafios presentes no trabalho como equipe volante, é interessante ressaltar que a maioria dos participantes falou que há muitas dificuldades na rotina do CR, mas que apesar disso existem facilidades, sendo que os aspectos mais citados foram *perfil/sensibilidade do profissional para o trabalho, construção de vínculo/confiança dos usuários e trabalho em equipe*. Destaca-se que essas são características de alta relevância para a atuação do CR, que auxiliam no enfrentamento das adversidades e das especificidades que ocorrem durante as intervenções e atendimentos realizados no cenário da rua. É possível afirmar que a atuação em um dispositivo como o CR exige condições *sine qua non*: uma equipe integrada, profissionais motivados e sensíveis para esse tipo de atuação, bem como a necessidade de se estabelecer vínculos com a população-alvo.

As dificuldades apareceram no discurso de todos os participantes, quando ressaltaram que estas fazem parte da rotina durante a atuação em campo, no trabalho extramuros, com destaque para as categorias *sofrimento dos profissionais pela falta de respeito aos direitos humanos dos usuários, burocracia para o atendimento dos usuários nas unidades de saúde, trabalho agressivo da Polícia Militar e da Guarda Municipal, preconceito e falta de aceitação do usuário pela sociedade civil*, bem como *falta de insumos e materiais para atuação da equipe do CR*. Destaca-se que algumas das dificuldades apontadas se referem a outros setores da sociedade, exigindo ações que modifiquem preconceitos e estigmas que extrapolam o âmbito de ação do CR, pois estão relacionados a dois fenômenos que sofrem forte rejeição da sociedade: o uso de SPA e a presença de pessoas que vivem na rua (Brasil, 2010). No entanto, é possível afirmar que a consolidação de um dispositivo como o CR pode fazer diferença ao contribuir para uma mudança cultural, modificando estigmas e atitudes preconceituosas em relação a cidadãos usuários de SPA em situação de rua (Brasil, 2010c, Santana, 2010; Vassilaqui & Masías, 2009).

Um das dificuldades mencionadas é de âmbito interno, podendo, assim, ser de mais fácil resolução. A disponibilidade de insumos e materiais para a atuação do CR envolve aspectos de ordem operacional de responsabilidade dos gestores da saúde que implantaram esse dispositivo. É fundamental que dificuldades dessa natureza sejam equacionadas para que a atuação da equipe não sofra soluções de continuidade. Pelas suas características singulares, sem os insumos específicos – e que são de baixo custo – o CR fica sem condições para exercer uma atuação plena, o que pode prejudicar a vinculação e o atendimento de demandas relevantes dos usuários.

Outra dificuldade diz respeito à questão da burocracia relacionada ao atendimento de usuários nas unidades de saúde, pois estes, muitas vezes, não possuem documentos, um comprovante de endereço, nem sequer endereço, o que muitas vezes dificulta ou impede o atendimento, seja para realização de consultas, exames, entrega de medicamentos ou ainda outras necessidades e demandas cotidianas. Quanto a essas dificuldades no âmbito da Secretaria de Saúde, acordos foram feitos, o que tem permitido a realização de alguns procedimentos, mas ainda existem muitas situações sem solução. Portanto, faz-se necessário envidar esforços para a redução dessa burocracia, visto que são cidadãos que não têm moradia e nem documentos pessoais, mas que necessitam ter acesso aos diversos serviços de saúde.

Com relação à atuação profissional no CR, algumas características essenciais desse tipo de prática foram mencionadas, gerando categorias que as descrevem com pertinência, tais como: *atuação focada nas demandas dos usuários, atuação em equipe, atuação sem consultório e atuação com coração/afeto*. Esses modos de atuação, presentes no discurso da maioria dos participantes, são cruciais no processo de construção de vínculo com a clientela, e também na

construção diária da atenção e disponibilização de cuidados aos usuários atendidos pela equipe. A categoria *atuação sem consultório* descreveu muito bem a realidade da atenção e do cuidado disponibilizado na rua, com seus desafios e caráter inovador que rompe com a ideia de espaço protegido e higienizado de um consultório composto por quatro paredes. Vale destacar que esses modos de atuação estão relacionados aos princípios norteadores da prática e da atenção aos usuários de SPA em situação de rua, consonantes com as diretrizes para a implantação de serviços públicos voltados para essa clientela, na perspectiva de valorização do respeito aos direitos humanos, a promoção da saúde e a prevenção de agravos (Bastos & Mesquita, 2001; Brasil, 2010; Chaiub, 2009; Rodrigues, 2010).

Para a efetivação do CR é primordial que seja viabilizado e concretizado, concomitante às ações e intervenções da equipe, apoios essenciais para esse trabalho, o que foi observado na maioria dos relatos dos profissionais. Estes destacaram, por exemplo, o *apoio da coordenação de saúde mental, apoio das entidades/instituições parceiras e apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia*. É importante lembrar que o CR é um dispositivo que deve integrar a rede de saúde mental do município, bem como a rede de saúde pública municipal, além de trabalhar no campo da intra e intersectorialidade, mediante a consolidação de parcerias com as diversas instituições que fazem parte dessas redes. Esses aspectos podem ser observados no Plano de Enfrentamento ao Crack, e também no PEAD, que preconizam, dentre outras ações, a intra e intersectorialidade, a atuação de forma integrada em todos os âmbitos de governo, bem como o envolvimento da sociedade civil (Brasil, 2011; Duarte 2010).

Para que esses apoios sejam viabilizados, se faz necessária a construção e viabilização de parcerias institucionais que consolidarão uma rede efetiva de suporte. Os relatos dos entrevistados destacaram a importância dessas parcerias, bem como a sua relevância para o desenvolvimento das ações e intervenções diárias da equipe. Houve destaque para as parcerias com a SEMAS, com as unidades de saúde da rede municipal e com o Ministério Público. O CR necessita, de fato, da efetiva formalização e institucionalização dessas parcerias, para que possa realizar o atendimento diferenciado, complexo e dinâmico aos usuários. São frequentes as demandas de encaminhamento, acolhimento e atendimento nessas instituições da rede, que precisam ser viabilizadas de forma ágil e com garantia de sucesso, extrapolando ações voluntaristas, fora de um compromisso institucional.

Merece destaque, no entanto, as críticas relativas à atuação precária de algumas instituições parceiras. Relatos de profissionais enfatizaram que muitas vezes precisam efetivar essas parcerias diariamente e *in loco*, quando chegam com o usuário para atendimento, o que muitas vezes acarreta em demora, podendo comprometer o vínculo com o usuário e a resolutividade. Foi relatado também os modos de lidar com o usuário: algumas instituições

parceiras parecem ter dificuldades em realizar uma abordagem respeitosa, de acordo com as diretrizes da PNRD e da saúde mental, recomendadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

Com relação às ações de redução de danos e possíveis mudanças na relação entre equipe e população atendida, pode-se perceber, segundo os relatos dos profissionais, que compreenderam e descreveram de forma abrangente a concepção de RD, aliando teoria e prática. Portanto, os profissionais relataram ações e intervenções cotidianas com base em RD, de forma integrada entre os membros da equipe e também com a participação dos usuários. Esse objetivo do estudo apareceu nas categorias: *CR e RD propiciam acesso ao cuidado; CR e RD favorecem escuta e vínculo; CR e RD precisam de educação permanente; e CR e RD precisam de insumos*. A partir do discurso dos entrevistados, é possível concluir que a equipe realiza o trabalho diário com ações e intervenções baseadas nos princípios norteadores da Política Nacional de Redução de Danos. A PNRD preconiza o respeito ao usuário de SPA, a minimização de riscos e danos à saúde, atenção em saúde integral ao usuário de álcool e outras drogas, não preconiza a abstinência e a cura como objetivos do atendimento/tratamento. Ademais, prioriza a realização de ações em campo, tais como: troca de seringas, disponibilização de kit de RD, ações de educação em saúde, diálogo, acolhimento e aconselhamento, tal como destacado na literatura (Domanico, 2006; Haiek, 2008; Oliveira, 2009; Siqueira, 2006; Totugui, 2009).

É importante ressaltar que a equipe realiza um trabalho diferenciado e importante, mas que o mesmo apresenta limitações, devido a situações como: o número reduzido de profissionais da equipe, o que pode dificultar a presença constante dos mesmos junto à clientela, o que foi relatado por uma usuária. Observa-se também que a equipe necessita atuar em outras áreas da cidade, ou seja, ampliar a cobertura de suas áreas de abrangência. E atualmente não há cobertura nos finais de semana, portanto não há profissionais para atuação aos sábados e domingos. Diante desse cenário, é importante salientar que é imprescindível o investimento em novas seleções de profissionais para ampliar a equipe, bem como ampliar a cobertura diária de atendimentos (incluindo os finais de semana), e ainda a inserção de novos territórios para a atenção qualificada a usuários “habitantes” de outras regiões da cidade.

5.2 Estudo com os usuários

A partir dos aspectos presentes nos relatos dos usuários foi possível analisar as suas percepções acerca da intervenção desenvolvida pela equipe do CR e demais serviços acessados. O discurso dos usuários permitiu a construção de eixos temáticos, bem como suas diversas categorias e a possibilidade de vislumbrar suas vivências e visão de realidade, a partir do olhar diferenciado de quem está em situação de rua e faz uso de SPA. Cabe ainda enfatizar que suas

percepções acerca do atendimento recebido pelo CR, como em outros serviços, trouxe uma contribuição única, de forma simples, mas subjetiva, a partir de suas experiências e singularidades.

Quanto ao primeiro contato com a equipe do CR, nas categorias identificadas – *demanda por cuidados de saúde, por indicação de uma amiga que conhecia a equipe, por causa da apresentação e das informações sobre o CR* – é interessante notar que a primeira aproximação teve razões diversas, devido a necessidades individuais, influência social de usuário que propagandeou o CR, bem como pela abordagem respeitosa e atenciosa dos profissionais. Esse primeiro contato pode fazer grande diferença na continuidade dos atendimentos, visto que o vínculo começa nesse momento e esse usuário pode ser o divulgador do serviço, buscando a adesão de novas pessoas. Por isso é importante que a equipe siga os princípios que norteiam a prática desse novo dispositivo, conforme recomendação do Ministério da Saúde: a universalidade do acesso à saúde, a integralidade da atenção, a equidade, o respeito ao *modus vivendi* da população atendida, o acolhimento (Brasil, 2010; Gaspar & Minozzo, 2010).

No que tange à atuação dos profissionais no CR, a partir da percepção dos usuários, estes relataram que essa atuação é muito importante para eles e contribui para a melhoria das condições de vida no cenário da rua e diante do uso de SPA, com destaque para as categorias: *atendimento do CR é maravilhoso; CR oferece carinho e cuidado especial; e melhora a vida, reduz riscos e danos à saúde*. A partir dos relatos, pode-se verificar que os profissionais do CR realizam atendimentos de forma específica e buscam acessar os usuários, bem como construir vínculo e adesão, com abordagem voltada para o respeito, o carinho e as estratégias de RD, o que está pautado nas diretrizes para atuação no CR, com foco para a regularidade do serviço em campo, atenção qualificada e acolhedora (Brasil, 2010).

Quanto ao que foi percebido como mais interessante, relacionado ao atendimento recebido no CR, os usuários verbalizaram novamente aspectos relacionados ao vínculo e afetividade com os profissionais, bem como algumas ações e intervenções voltadas para atendimentos em outros serviços, com destaque para as categorias: *preocupação e dedicação da equipe com os usuários, perseverança do CR, encaminhamentos e resolução das demandas dos usuários*. Nessas categorias pode-se perceber a forma como a equipe realiza o seu trabalho na ótica dos beneficiários, com ações e intervenções pautadas no respeito, bem como a prioridade para acompanhar e encaminhar as demandas solicitadas (Brasil, 2010).

Os atendimentos recebidos no CR e demais unidades da rede são um dos aspectos mais importantes desse novo dispositivo, pois essa população tem enorme dificuldade de acesso aos serviços públicos, e ainda se encontra marginalizada e excluída da sociedade. Assim, ser

atendida por uma equipe de saúde, obtendo atenção, cuidados e intervenções compatíveis com suas demandas é imprescindível. Foram obtidas várias categorias relacionadas a esse tema, a partir do discurso dos usuários, com destaque para *atendimento com dentista*, *atendimento no CAIS*, *atendimento na MNC* e *atendimento na Casa da Acolhida*. Dentre as diretrizes de atendimento e funcionamento do CR estão encaminhamentos de demandas não atendidas *in loco*, ações de prevenção e tratamento nas áreas de DST/aids, tuberculose e saúde bucal, bem como a integração desse serviço com a rede de saúde pública do município, para ampliar o acesso da clientela atendida aos serviços do SUS.

Quanto à apreciação dos atendimentos recebidos, os participantes responderam que gostaram dos atendimentos e mais uma vez ressaltaram a diferença na abordagem dos profissionais do CR. A partir de seus relatos obteve-se duas categorias *gostou do atendimento* e *às vezes a equipe demora a vir*. Uma pessoa relatou que às vezes a equipe demora a visitá-la, o que pode ser caracterizado como uma queixa em relação ao trabalho realizado, permitindo a colocação de questionamentos acerca do que estaria ocorrendo. É possível pensar sobre o déficit de profissionais do CR que pode dificultar a garantia da presença *in loco* junto a essa população com regularidade; as intercorrências que ocorrem na rotina de trabalho, acarretando mudanças nos cronogramas de atendimento; a priorização de alguns encaminhamentos considerados urgentes de demandas de usuários. Essas situações devem ser analisadas, visando a melhoria da atenção disponibilizada, mediante análise do funcionamento do serviço, como preconizado nas ações de planejamento e avaliação do CR (Brasil, 2009).

Diante do cenário de vivência em situação de rua e uso de SPA, aceitar atendimento na área da saúde, buscar a melhoria da saúde e a qualidade de vida dessas pessoas é algo novo e diferente. Portanto, buscou-se investigar a motivação para aceitar os atendimentos do CR, com destaque para as categorias *pelas necessidades*, *pela abordagem da equipe* e *por tratar os usuários sem preconceito*. Mais uma vez emergiu a questão da abordagem diferenciada da equipe, pautada no respeito ao usuário e ausência de preconceito, o que vai ao encontro dos princípios das Políticas Nacionais de Saúde Mental, Redução de Danos e Humanização, bem como nas diretrizes de funcionamento do CR (Brasil 2010).

A Política Nacional de Redução de Danos (PNRD) recomenda, em suas diretrizes, prioridade para a escuta, formação de vínculo, visão flexível e não preconceituosa acerca do uso e abuso de SPA, bem como a necessidade de ampliação e integração com a rede de saúde pública, para que a equipe possa melhorar a cobertura em sua área de abrangência. Ressalta, também, a ênfase na melhoria das condições de saúde, não exigência de abstinência, possibilidade de tratamento e reabilitação, a partir do desejo e motivação do usuário. Por isso foi incluída a investigação acerca da mudança na prática de uso de SPA após o atendimento no CR,

que gerou categorias como *por causa da consulta com o dentista; porque ocorreu a redução do consumo de SPA e substituição do crack; porque a equipe acompanha e orienta sobre RD*. É possível concluir que as mudanças ocorridas estão diretamente relacionadas às diretrizes da PNRD, sendo aceitas pelos usuários e incorporadas no contexto do uso de SPA e viver em situação de rua (Domanico, 2006; Oliveira, 2009; Totugui, 2009).

Os atendimentos mudaram a vida na rua foi analisado e surgiu a categoria *os atendimentos mudaram tudo na minha vida*, que é uma forma de avaliar as mudanças ocorridas após o atendimento e acompanhamento do CR, pautadas pelas diretrizes da PNRD. É importante ressaltar que a partir do momento que a equipe acessa os usuários, consegue a formação do vínculo e oferece cuidados baseados na demanda da clientela atendida, bem como na escuta, diálogo e respeito aos direitos humanos, os profissionais conseguem levar algo além de cuidados de saúde, pois ofertam a possibilidade de iniciar uma mudança de vida em todos os aspectos e, principalmente, o resgate desse ser humano, de sua dignidade e cidadania (Siqueira, 2006).

5.3 Aspectos relevantes e possibilidades de aprimoramento no funcionamento do CR

Durante a análise dos resultados pode-se perceber a integração das ações do CR com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como com as políticas públicas relacionadas a essa área, visto que as ações e intervenções de atenção à saúde dos usuários, bem como os cuidados rotineiros e a formação de vínculo, foram relatados como prioridades do CR. Isso mostra a sintonia dos princípios do CR com as políticas públicas dessa área, o que merece ser reforçado a partir da formação continuada da equipe.

Outro aspecto relevante é a equipe, com destaque para o perfil dos profissionais, que tinham experiência anterior na área de saúde mental, com população em situação de rua e em redução de danos, bem como a sensibilidade para lidar com pessoas em situação de vulnerabilidade social. A equipe era composta de profissionais com formações diversas, sendo que esses pautavam suas ações de acordo com a intersectorialidade e realizavam reunião semanal para discussão de casos, definição de prioridades, bem como planejamento das ações. É importante ressaltar que essas experiências profissionais anteriores dos membros da equipe do CR parecem ter contribuído para a atuação no contexto atual.

Foi interessante notar que de modo geral o discurso dos profissionais geraram categorias que se complementaram ao caracterizar determinado aspecto investigado. O conceito de RD, por exemplo, foi delineado de forma pertinente e apropriada se consideramos as categorias advindas das falas dos participantes.

O trabalho em equipe multiprofissional na área de saúde mental, e especialmente uso e abuso de SPA, é preconizado pelo Ministério da Saúde e pode possibilitar uma aproximação entre saberes específicos, bem como a construção de vínculo entre esses trabalhadores, a partir da aproximação e da efetivação do relacionamento interpessoal e a produção de subjetividades no cotidiano do trabalho. É importante ressaltar que a equipe multiprofissional diante de situações adversas busca – mediante diálogo, análises e percepções diferenciadas e democráticas – oferecer atenção integral à clientela atendida (Silveira & Braga, 2004).

É importante ressaltar também a congruência nos discursos dos profissionais e usuários acerca do trabalho desenvolvido. Observou-se uma coerência entre os relatos dos profissionais e dos usuários em aspectos que caracterizam a atuação do CR, o que fala a favor de uma sintonia entre o que está sendo realizado pela equipe e o que está sendo recebido pelas pessoas atendidas nesse dispositivo do SUS. Esse dado parece indicar aproximação e integração entre equipe e população atendida, bem como respeito e diálogo mútuos, a partir de entrosamento, relacionamento e a apropriação do ato de cuidar.

Alguns desafios estão presentes no trabalho da equipe, dentre eles a novidade do serviço tanto para os profissionais como para os usuários, e para a sociedade em geral. Para os profissionais é ofertar o serviço, o trabalho sem agenda, o atendimento em espaço aberto sem privacidade e equipamentos: “é o consultório sem consultório”. Portanto, essa nova forma de atendimento se coloca como desafio diário para a realização das atividades profissionais, como um serviço móvel, realizado *in loco*, de acordo com as necessidades do usuário. Por exemplo, quando tem um atendimento agendado em determinada unidade de saúde, nem sempre o usuário encontra-se disponível para ir naquele dia e horário previamente agendado. Outro desafio é a burocracia do SUS e o preconceito presente em relação a essa clientela. A violência de setores que deveriam ser parceiros é outro forte obstáculo. Observou-se que as falas dos participantes se complementaram ao mencionar esses contextos adversos, permitindo concluir que falta muito para se efetivar mudanças de paradigmas.

Há também a necessidade de apontar outros desafios, visto que a sociedade, muitas vezes representada por comerciantes e moradores presentes na vizinhança onde se encontram esses usuários, acredita que a única possibilidade de auxílio para essas pessoas é a internação e retirada dessas pessoas da rua, ou pelo menos de sua proximidade. E, muitas vezes, dificultam ou criticam o trabalho do CR com atitudes que podem estar baseadas em falta de informações, preconceito ou desrespeito à diversidade de modos de vida.

A necessidade de ampliação e integração com a rede de saúde pública, para que a equipe possa melhorar a cobertura em sua área de abrangência, emergiu no discurso dos profissionais, indicando a necessidade de sensibilização dos gestores para que ocorra a

ampliação da equipe e a implantação de novos CR no município. Mas sempre com a garantia da manutenção do processo seletivo, educação permanente, reuniões de equipe semanais, bem como outras estratégias e ações utilizadas pelo CR, que são a base de seu trabalho pois sustentam a complexidade da atenção a essa clientela.

É importante ressaltar que os CAPS ad devem atuar de acordo com as diretrizes da PNRD, e fazem parte da rede de saúde mental municipal, podendo ser acessados pelos usuários de substâncias psicoativas em situação de rua. Chamou a atenção o fato de que esse dispositivo não foi mencionado pelos profissionais nem pelos usuários, permitindo concluir que esse serviço parece não estar sendo acessado e utilizado por essa clientela. Sua importância deriva da possibilidade de realizar o atendimento intermediário entre a internação, por exemplo, e a atenção integral realizada pelo CR, o que contribuiria com o processo de atenção aos usuários de SPA em situação de rua, visando a melhoria da saúde e de sua qualidade de vida, nos casos em que essa é a escolha do usuário.

Pode-se afirmar que os objetivos da pesquisa foram alcançados, mas é importante considerar que ocorreram algumas limitações que apontam para estudos futuros, com enfoque nas percepções de profissionais e usuários acerca do Consultório na Rua. Esse novo dispositivo, enquanto modelo de atenção integral brasileiro, é muito rico em ações e intervenções e não foi possível identificar ações semelhantes em nível internacional, nos moldes do CR. Estudos com número maior de profissionais e usuários, com processo de seleção de participantes que permita alguma aleatoriedade, pode ser interessante, para minimizar efeitos da deseabilidade social, ou seja, quando o entrevistado verbaliza com base na perspectiva do pesquisador. Estudos observacionais, com estratégias como a observação participante, podem aportar dados valiosos em pesquisa sobre modos de atuação de dispositivos inovadores como o CR, obtendo dados que podem complementar relatos verbais oriundos de entrevista.

Quanto aos dados obtidos com os usuários, pode-se destacar: o número de participantes foi reduzido, resumindo-se a quatro usuários de duas regiões da área de abrangência do CR; os usuários foram indicados pela equipe, não ocorrendo a escolha aleatória ou mesmo de conveniência pela pesquisadora; todos os participantes aceitaram o atendimento do CR e mantinham adesão e vínculo com a equipe; todos os participantes realizavam ações de RD durante o cotidiano e rotina diárias, bem como relataram buscar a melhoria nas condições de vida, mesmo no contexto da rua. Essas limitações indicam a relevância de estudos futuros.

Capítulo 6 – Considerações finais

Os resultados deste estudo foram norteadores para algumas constatações importantes, dentre elas: a legislação e políticas públicas no Brasil estão voltadas para a prioridade da atenção integral e humanista do usuário de SPA; existem serviços como os CR que atuam, em sua prática rotineira e cotidiana, de acordo com os princípios da PNRD e da Política Nacional de Saúde Mental; o trabalho realizado em equipe multidisciplinar se torna essencial nessa área; o vínculo da equipe com a clientela atendida é imprescindível; e os usuários precisam estar inseridos e se fazer reconhecer na construção do processo de atenção integral, priorizando o diálogo, a escuta e as suas demandas.

Alguns marcos importantes surgiram a partir do relato dos profissionais e que foram reafirmados no relato dos usuários, dentre eles a questão do afeto e do vínculo entre profissionais e usuários, o que pode garantir a adesão, bem como a aceitação e continuidade em receber os atendimentos do CR. Aqui é importante ressaltar que a reinserção social, bem como a reabilitação desses usuários são processos de construção permanentes que estão centrados em princípios norteadores, como: atenção integral; ações intra e intersetoriais; atendimento multiprofissional de acordo com o modelo biopsicossocial; ética; respeito aos direitos humanos e resgate da cidadania desses sujeitos (Babinski & Hirdes, 2004; Brasil, 2010c).

Apesar da existência dos marcos apontados anteriormente, ainda existem algumas contradições e desafios como a disponibilização de recursos financeiros em nível federal para estados e municípios, mas observa-se dificuldade de gestão desses recursos em nível local. Isso parece explicar o fato do município de Goiânia ter apenas um consultório na rua em funcionamento.

É possível afirmar, também, a partir dos resultados do presente estudo, que a PNRD ainda não está suficientemente consolidada no município de Goiânia, tendo em vista atos adotados por instituições governamentais parceiras que vão de encontro a diretrizes da PNRD, conforme relatos dos participantes sobre abordagens realizadas pela Segurança Pública.

Destaca-se a importância do incentivo e apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde para a implantação dos CR em todo o país, com destaque para o enfoque nas Políticas Nacionais de Redução de Danos e Saúde Mental, bem como para as ações de intra e intersectorialidade, baseadas na construção de uma rede de cuidados a partir das parcerias.

O presente estudo aponta desafios que devem ser discutidos e enfrentados pelos diferentes atores sociais envolvidos no processo de consolidação dos CR e da PNRD, tanto no plano federal como em níveis locais: a abordagem a usuários de SPA pelos órgãos da segurança pública; a existência de estigma e preconceito relacionados a essas pessoas pela sociedade em

geral; a abstinência de SPA ainda como meta a ser alcançada no tratamento; a internação (na maioria das vezes em clínicas psiquiátricas, de forma involuntária ou compulsória) como prioridade de tratamento, tal como vem ocorrendo nos municípios de Rio de Janeiro e São Paulo; a diferença de concepção e de formas de tratamento para usuários de drogas lícitas e ilícitas; a imagem preconceituosa de usuários de SPA em situação de rua veiculada pela mídia; a presença de contradições nas parcerias com a segurança pública, bem como entre o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome e as políticas públicas voltadas para o uso e abuso de substâncias psicoativas.

Recomenda-se estudos com outros serviços, preferencialmente em outros municípios e regiões do Brasil, a fim de se verificar se os resultados observados no município de Goiânia decorrem de especificidades dessa localidade. É importante também que essas pesquisas possam ser norteadoras para análise e mudanças nas políticas públicas atuais, bem como na construção, implantação e implementação de políticas públicas voltadas para essa temática. Visto que uma das contribuições e relevância das pesquisas em serviços de saúde é a possibilidade de transformação e melhoria dos mesmos.

Referências

- Alvarez, A. M. S. (1999). A resiliência e o morar na rua: estudo com moradores de rua – criança e adultos – na cidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, SP.
- Alvarez, A.M.S., Alvarenga, A. T., & Della-Rina, C. S. S. A. (2009). Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores. *Saúde e Sociedade São Paulo*, 18(2), 259-272.
- Andrade, F. S. (2010). Cotidiano, trajetórias e sobrevivência de crianças e adolescentes em situação de rua. In P. S. Pinheiro & R. P. Pinto (Eds.), *Acesso aos Direitos Sociais: infância, saúde, educação, trabalho* (pp. 29-43). São Paulo: Contexto.
- Andrade, T., Lurie, P., Medina, M.G., Anderson, K., & Dourado, I. (2001). The opening of South America's first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil. *Aids and Behavior*, 5, 51-64.
- Andrade, T.M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674.
- Andrade, T.M., & Friedman, S. R. (2006). Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (p. 395-400). São Paulo: Atheneu.
- Araújo, C. M., & Oliveira, M. C. S. (2010). Significações sobre desenvolvimento humano e adolescência em um projeto socioeducativo. *Educação em Revista*, 26, 169-194.
- Babinski, T., & Hirdes, A. (2004). Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de Centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul Texto. *Contexto Enfermagem*, 13(4), 568-576.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, F. I., & Mesquita, F. (2001). Estratégias de redução de danos. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.), *Dependência de Drogas* (pp. 181-190). São Paulo: Atheneu.
- Bauer, M. W. (2002). Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Ed.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 189-217). Petrópolis: Vozes.
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina*, 2, 68-80.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids (2001a). *A contribuição de estudos multicêntricos frente à epidemia de*

- HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2001b). *Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela Coordenação de DST/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*. Brasília: SENAD.
- Brasil. Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2010a). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília: SENAD.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental (2010b). *Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental (2010c). *Consultórios de Rua do SUS - Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2011). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2012). *Nota Técnica Conjunta 2012*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Buning, E. (2006). Vinte e cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (p. 345-354). São Paulo: Atheneu.
- Canônico, R. P. et al. (2007). Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41(Esp.), 799-803.
- Carlini, E.A. et al. (Orgs) (2007). *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Noto, A.R., & Nappo, S.A (Eds.) (2002). *I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2001*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP.

- CEBRID (2003). *Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP.
- Chaibub, J. R. W. (2009). “*Entre o mel e o fel: drogas, modernidade e redução de danos*”. *Análise do processo de regulamentação federal das ações de redução de danos ao uso de drogas*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF.
- Chiapetti, N., & Serbena, C. A. (2007). Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 303-313.
- Cook, C., & Kanaef, N. (2008). *The global state of harm reduction, mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics 2008*. London: International Harm Reduction Association.
- Correia, L. C. (2010). Marco legal e institucional sobre substâncias psicoativas no Brasil: conhecer para cuidar. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 61-71). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Cruz, M. S. (2006). Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In O. Cirino & R. Medeiros (Eds.), *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis* (pp. 13-24). Belo Horizonte: Autêntica.
- Delbon, F. (2006). Redução de danos aplicada ao tratamento da dependência de drogas: achados de uma intervenção em grupo. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (pp. 387-394). São Paulo: Atheneu.
- Diniz, E., & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar*, 36, 65-76.
- Domanico, A. (2006). *Craqueiros e cracados: bem-vindo ao mundo dos nórias! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos piloto do Brasil*. Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Domanico, A., & MacRae, E. (2006). Estratégias de redução de danos entre usuários de crack. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (pp. 371-379). São Paulo: Atheneu.
- Duarte, P. C. A. V. (2010). A Política e a legislação brasileira sobre drogas. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 72-81). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.

- Elias, L.A., & Bastos, F.I. (2001). Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4721-4730.
- Espinheira, G. (2004). Os tempos e espaços das drogas. In L. A. Tavares, A. R. B Almeida & A. N. Filho (Eds.), *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre o consumo* (pp. 11-25). Salvador: EDUFBA.
- Filho, A. N. (2010 a). Apresentação CETAD. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp.09-10). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Filho, A. N. (2010 b). Por que os humanos usam drogas? In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp.11-16). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Filho, A. N., & Valério, A. L. R. (Orgs.) (2010). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua*. Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Franco, M.L.P.B. (2008). Análise do conteúdo. Brasília: Liber livro editora.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas Individuais e grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 64-89). Petrópolis: Vozes.
- Ghirardi, M. I. G., Lopes, S. R., Barros, D. D., & Galvani, D. (2005). Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9, 601-610.
- Gonçalves, P.R.A., & Braitenbach, D.P.F. (2010). O consultório de rua interdisciplinar: olhares ampliados. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 43-48). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Grotberg, E. H. (1996). *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. La Haya: Fundacion Bernard van Leer.
- Haiek, R. (2008). Redução de danos para drogas injetáveis. In M. Niel & D. X. Silveira (Eds.), *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 21-28). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP.

- Inciard, J. A., & Harrison, L.D. (1999). Introduccion: the concepcion of harm reduccion. In J. A. Inciard, & L.D. Harrison, (Eds.), *Harm Reduccion: national and internacional perspectives* (p. vii-xix). California: Sage Publications.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2002). Entrevista narrativa. In M.W. Bauer & Gaskell (Eds.), *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 90-113). Petrópolis: Vozes.
- Júnior, N. C., Nogueira, E.A., Lanferini, G. M., Ali, D. A., & Mart, M. (1998). Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*, 7(2), 47-62.
- Kuhn, T. S. (1987). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- MacRae, E., & Martins, J. S. (2010). Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 17-24). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- MacRae, E. (2001). Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In S. D. Seibel & Toscano Jr. (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 25-34). São Paulo: Atheneu.
- Monteiro, L. F., & Monteiro, A. M. C. (2010). A clínica de rua: pressupostos teóricos-clínicos para uma intervenção no âmbito do Consultório de Rua. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 34-42). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Morais, N. A., Aquino-Morais, C., Reis, S., & Koller, S. H. (2010). Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 507-518.
- Moura, L.S., & Ferreira, M. C. (2005). *Projetos de Pesquisa: elaboração, redação e apresentação*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Nardi, H.C., & Rigoni, R.Q. (2005). Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 10, 273-282.
- Neiva-Silva, L., & Koller, S. H. (2002). A rua como contexto do desenvolvimento. In E. R. Lordelo, A. M. Carvalho & S. H. Koller (Eds.), *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento* (pp. 205-230). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nicastri, S. (2008). Drogas: Classificação e efeitos no organismo. In *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas* (pp. 70-87). Brasília: SENAD e Ministério da Educação.

- Noto, A. R., & Moreira, F. G. (2006). Prevenção ao uso indevido de drogas: conceitos básicos e sua aplicação na realidade brasileira. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (pp. 313-318). São Paulo: Atheneu.
- Noto, A. R., Baptista, M. C., Faria, S. T., Nappo, S. A., Galduroz, J. C. F., & Carlini, E. (2003). Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 69-79.
- Oliveira, M.G.P.N. (2009). *Consultório de Rua: relato de uma experiência*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2008a). Resiliência e situação de rua: um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, 187-195.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2008b). Toda criança tem família: criança em situação de rua também. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 42-52.
- Peterson, J., Mitchell, S. G., Hong, Y., Agar, M., & Latkin, C. (2006). Getting clear and harm reduction: Adversarial or complementary issues for injection drug users. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 733-740.
- Pollo-Araújo, M.A., & Moreira, F. G. (2008). Aspectos históricos da redução de danos. In M. Niel & D. X. Silveira (Eds.), *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 11-19). São Paulo: PROAD/ UNIFESP.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007a). Lazer e uso de substâncias psicoativas na adolescência: possíveis relações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 43-52.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007b). Opiniões dos adolescentes do ensino médio sobre o relacionamento familiar e seus planos para o futuro. *Paidéia*, 17, 103-114.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2009). O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 203-211.
- Riley, D., & O'Hare, P. (1999). Harm Reduccion: History, Definition and Practice. J. A. Inciard & L.D. Harrison, (Eds.), *Harm Reduccion: national and internacional perspectives* (pp. 1-26). California: Sage Publications.
- Rodrigues, G. M., & Luis, M. A. V. (2004). Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior de la ciudad de Monterrey, Nueva León, México. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12, 391-397.
- Rodrigues, R. C. (2010). Loucura e preconceito no contexto da Reforma Psiquiátrica: sujeito, território e Políticas Públicas. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF.
- Rogoff, B. (2005). *A natureza cultural do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.

- Rosemberg, F. (1996). Estimativa sobre crianças e adolescentes em situação de rua: procedimentos de uma pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9, 21-58.
- Sanceverino, S. L., & Abreu, J. L. C. (2003). Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no Município de Palhoça. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 1047-1056.
- Santana, J. P. (2010). A intervenção com crianças e adolescentes em situação de rua: Possibilidades e desafios. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 25-33). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Santos, A. M., & Malheiro, L. (2010). Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp.49-53). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Santos, V. E., Soares, C.B., & Campos, C. M. S. (2010). Redução de Danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 995-1015.
- Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Divisão de Saúde Mental. Consultório na Rua de Goiânia (2013). *Relatório de Conclusão de Convênio - Consultório de Rua de Goiânia*. Goiânia: SMS.
- Sifuentes, T. R., Dessen, M. A., & Oliveira, M. C. S. L. (2007). Desenvolvimento humano: desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 379-385.
- Silva, V. C. (2010). Consultório de rua: atenção integral às crianças e adolescentes em situação de rua e que fazem uso de álcool e outras drogas. Em Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS - Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Simões, J. (2008). Prefácio. Em B. C. Labate, S. Goulart, M. Fiore, E. McRae & H. Carneiro (Eds.), *Drogas e cultura: novas perspectivas* (pp.13-22.). Salvador: EDUFBA.
- Siqueira, D. J. R. (2006). *Convivência numa sociedade com drogas. Maldito cidadão numa sociedade com drogas*. São Caetano do Sul: King.
- Silveira, L.C., & Braga, V. A. B. (2004). A equipe de saúde mental numa aproximação

- sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4), 429-437.
- Totugui, M. L. (2009). Possibilidades integradoras da redução de danos na perspectiva da complexidade – estudo teórico clínico no contexto da psicoterapia de dependentes de drogas. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF.
- Trigueiros, D.P., & Haiek, R. C. (2006). Estratégias de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Eds.), *Panorama Atual de Drogas e Dependências*, (pp. 355-358). São Paulo: Atheneu.
- Valério, A. L. R., & Menezes, A. C. C. (2010). A Rede de Atenção ao usuário de SPA em contexto de rua. In A. N. Filho & A. L. R. Valério (Eds.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua* (pp. 54-60). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/Universidade Federal da Bahia – UFBA.
- Vargas, T. (2012). *Consultório na Rua: novas políticas para a população de rua*. Informe da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Vassilaqui, A., & Masías, C. (2009). *Una mal llamada guerra perdida, reflexiones desde CEDRO frente a la coyuntura en la problemática de las drogas*. Peru: Centro de Información y Educación para la Prevención de Drogas (CEDRO).

ANEXOS

Anexo 1

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **169/11**

Título do Projeto: “Consultório de rua em Goiânia: atendimento a pessoas em situação de rua e uso de substâncias psicoativas”

Pesquisadora Responsável: Helizett Santos de Lima

Data de Entrada 16/11/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **169/11** com o título: “Consultório de rua em Goiânia: atendimento a pessoas em situação de rua e uso de substâncias psicoativas”, analisado na 10ª reunião ordinária realizada no dia 01 de dezembro de 2011.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 03 de Janeiro de 2012.


Prof. Natanael Siqueira
Coordenador do CEP-FS/UnB

Anexo 2

Roteiro de entrevista semiestruturada para profissionais

- Fale um pouco sobre sua trajetória profissional e os motivos que levaram você a fazer parte da equipe do Consultório de Rua 1.
- Em sua opinião, quais são os principais objetivos desta nova estratégia de atendimento?
- Quais são as parcerias atuais do Consultório de Rua 1? Como foram construídas?
- Quais são as facilidades deste trabalho? E as dificuldades deste trabalho?
- Você poderia relatar alguns casos que atenderam e obtiveram avanços e outros que ainda não conseguiram avançar.
- Descreva como você atua no Consultório de Rua 1.
- Fale um pouco sobre o apoio necessário para a realização das ações do Consultório de Rua 1, segundo a sua experiência
- Considerando a atuação do CR e a Política de Redução de Danos, escolha uma das três alternativas de resposta:
 - 1) A atuação do CR é com base na RD
 - 2) A atuação do CR segue em parte a RD
 - 3) A atuação do CR não segue a RDJustifique sua resposta
- Você gostaria de mencionar algum aspecto do trabalho realizado pela equipe ou qualquer outro assunto importante que não foi perguntado.

Anexo 3

Roteiro de entrevista semiestruturada para usuários

- Você foi atendido pela equipe do Consultório de Rua 1. Conte o que você achou do contato inicial e da atuação dos profissionais que atenderam você até agora.
- Como é para você o trabalho da equipe do Consultório de Rua 1? O que acontece nesse trabalho que você acha interessante?
- Que atendimento você já recebeu e qual está recebendo no momento?
- O que você achou desses atendimentos? Quais as coisas que você gostou e as que você não gostou?
- Na sua visão, o que fez você aceitar ser atendido e continuar recebendo esses atendimentos do Consultório de Rua?
- Você tem recebido atendimento em algum outro serviço? Qual?
- A sua prática de uso de álcool e drogas mudou após o atendimento do CR?
 - 1) Sim, por quê?
 - 2) Não, por quê?
- Na sua opinião, esses atendimentos mudaram a sua vida na rua?
- Você gostaria de falar sobre alguma coisa que não perguntei?

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa: “*Consultório de Rua em Goiânia: atendimento à pessoas em situação de rua e uso de substâncias psicoativas*”. Este é um projeto de pesquisa do curso de mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília da pesquisadora e psicóloga Helizett Santos de Lima, sob orientação da psicóloga e professora Dr^a Eliane M. F. Seidl (seidl@unb.br). Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo com profissionais de saúde terá como objetivo investigar os modos de atuação e as características do trabalho de intervenção com pessoas jovens usuárias de substâncias psicoativas, a partir de percepções de profissionais do Consultório de Rua do município de Goiânia. A sua participação será mediante realização de entrevista semi-estruturada, gravada no CAPS ad i Girassol, previamente agendada.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o sigilo, por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). Somente a equipe de pesquisa terá acesso a essas informações.

Você poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe cause constrangimento, interromper a entrevista caso se sinta desconfortável, assim como desistir da pesquisa em qualquer momento.

Não há previsão de possíveis riscos envolvendo sua participação. Em caso de dúvidas, por favor, entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (61)3107-1947 ou ainda com a pesquisadora responsável no telefone: (62)3524-3357 ou (62) 8186-8842.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para os participantes, para a equipe do Consultório de Rua, a Secretaria Municipal de Saúde, em eventos científicos, podendo inclusive ser publicados posteriormente.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com você e outra com a pesquisadora. Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Pesquisadora:

Helizett Santos de Lima - CRP 2278/09, e-mail helizettlima@yahoo.com.br, telefones: (62)3524-3357 ou 8186-8842.

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: _____ Tel.: _____

Assinatura: _____

ANEXO 5**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS**

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a), da pesquisa: “*Consultório de Rua em Goiânia: atendimento à pessoas em situação de rua e uso de substâncias psicoativas*”. Este é um projeto de pesquisa do curso de mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, da pesquisadora a psicóloga Helizett Santos de Lima, sob orientação da psicóloga e professora Dr^a Eliane M. F. Seidl. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo com usuários atendidos pela equipe do Consultório de Rua 1 terá como objetivo analisar as percepções de pessoas usuárias de substâncias psicoativas em situação de rua, beneficiárias do atendimento realizado pelo Consultório de Rua 1. Para isso, precisamos realizar entrevistas sobre esses assuntos com alguns jovens e peça sua colaboração. É muito importante conhecer sua opinião.

As nossas conversas serão gravadas. Tudo o que for conversado será mantido em sigilo e utilizado apenas para fins da pesquisa. O seu anonimato será garantido e seu nome não aparecerá em nenhum lugar do trabalho.

Não existem riscos em participar deste estudo. A sua participação é livre e voluntária. Assim, você participa se quiser e fica a vontade para desistir da participação a qualquer momento ou para não responder a alguma pergunta quando não desejar ou se sentir incomodado, sem nenhum prejuízo para o seu atendimento.

Em caso de dúvidas, por favor, entrar em contato comigo no telefone: (62)3524-3357 ou (62) 8186-8842 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (61) 3107-1947.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com você e outra com a pesquisadora. Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Pesquisadora:

Helizett Santos de Lima, CRP 2278/09, e-mail helizettlima@yahoo.com.br, telefone: (62)3524-3357 ou (62) 8186-8842.

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: _____ Tel.: _____

Assinatura: _____

ANEXO 6**Perfil profissional**

1- Categoria Profissional: _____

2- Sexo: M () F ()

3- Idade: _____

4- Tempo de trabalho na área da Saúde Mental: _____

5- Tempo de atuação no Consultório na Rua: _____

6. Formação/escolaridade: _____