

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE RN

ANA MARIA CRISTINA FREITAS ROSA

**A PERCEPÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA ACERCA DO PROJETO
CONSULTÓRIO NA RUA**

MOSSORÓ – RN

2016

ANA MARIA CRISTINA FREITAS ROSA

**A PERCEPÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA ACERCA DO PROJETO
CONSULTÓRIO NA RUA**

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Lázaro Fabrício de França Souza

MOSSORÓ – RN

2016

ANA MARIA CRISTINA FREITAS ROSA

**A PERCEPÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA ACERCA DO PROJETO
CONSULTÓRIO NA RUA**

Monografia apresentada pela aluna Ana Maria Cristina Freitas Rosa, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Lazáro Fabrício de França Souza (FACENE/RN)
Orientador

Profa. Me. Sarah Azevedo Rodrigues Cabral (FACENE/RN)
Membro

Profa. Me. Rúbia Mara Maia Feitosa (FACENE/RN)
Membro

Dedico este trabalho a todos que acreditam
num mundo melhor!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que plantou em mim um sonho que hoje se materializou.

Aos meus pais Raimunda Maria e Antônio Plácido (In Memoriam) que foram o instrumento para concretizar o precioso dom que recebi do universo: “a vida”.

Ao meu amado esposo Marcio Moraes, pelo carinho, amor, dedicação, paciência e incentivo, para que eu não desistisse nunca.

As minhas duas pérolas: Ana Juliana e Maria Clara por compreender minhas ausências e omissões.

A minha amiga Fábria Sonaira, pela amizade e incentivo fazendo-me acreditar que “eu poderia”.

A todos os amigos e familiares que compartilharam da minha caminhada e aqueles que mesmo distante torceram por mim.

Aos colegas da faculdade, não só pelo fato de conviver por quatro anos, mas, principalmente, pelo fato de terem cruzado meu caminho, em especial aos amigos Fábria Sonaira e Bruno Clélio.

Ao professor e orientador Lázaro Fabrício por seu carinho, empenho e dedicação na realização do meu trabalho.

A todos os professores que dedicaram seu tempo e sua sabedoria para que minha formação acadêmica fosse um aprendizado de vida.

Finalmente, a todos que fizeram parte desta longa e salutar jornada, os meus mais sinceros agradecimentos, que Deus em sua infinita misericórdia derrame suas bênçãos, como raios de luz sobre todos. Muito obrigada!

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

O Consultório na Rua inicia seus trabalhos no ano de 1999, desenvolvendo atividades com usuários de álcool e outras drogas que moravam nas ruas. Após cerca de dez anos, a ideia e experiência que se iniciou em Salvador é incluída em várias ações na área de saúde mental do Ministério da Saúde. Desse modo, o Consultório na Rua é parte da ampliação da rede de atenção em saúde mental no Brasil, embora ainda em construção e constante aperfeiçoamento e pouco conhecido em todo o território brasileiro. Sendo assim o objetivo geral desta pesquisa é analisar a percepção das pessoas em situação de rua, após atendimento, sobre o programa Consultório na Rua. Os objetivos específicos são: Conhecer, na percepção das pessoas entrevistadas, as atividades ofertadas pelo Programa Consultório na Rua; Identificar, na percepção das pessoas entrevistadas, as facilidades e as resistências do Programa Consultório na Rua; Analisar, na percepção das pessoas entrevistadas, a satisfação e a importância do Programa Consultório na Rua. O estudo foi desenvolvido na cidade de Mossoró/RN, por meio de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem qualitativa, sendo gravada em áudio. Além da entrevista, a pesquisadora também utilizou a observação participante com anotações em um diário de campo. A população da pesquisa foram os sujeitos em situação de rua cadastrados e atendidos pelo programa Consultório na Rua, com uma amostra de 14 sujeitos. O presente estudo foi realizado com rigor dentro dos preceitos éticos e bioéticos assegurados pelas resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e 311/2007 do COFEN. A mesma foi formalizada somente após aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE conforme parecer de número 103/2016 e CAAE: 58797116.0.0000.5179. Foram explicados os objetivos da pesquisa aos participantes e, em seguida, foi realizada a entrevista. As análises dos dados foram feitas a partir da Análise de Conteúdo de Bardin. Observou-se que as principais atividades realizadas pelo Consultório na rua foram os atendimentos individuais por meio de acolhimentos e escutas, orientações para cuidados em saúde e encaminhamentos para a rede de saúde e, também, assistência social. Identificou-se diferentes tipos de violências sofridas pela população em situação de rua, desde violências físicas à verbais e simbólicas. Por fim, podemos considerar que as pessoas em situação de rua encontram-se em situação de vulnerabilidade social, tendo em vista os diferentes fatores apresentados nesta pesquisa. Portanto, o Consultório na Rua, caminha na direção de se constituir como um dispositivo de cuidado e atenção à população em situação de rua que faz uso de álcool e outras drogas, necessitando de maiores investimentos para que seja mais conhecido e difundido na cidade pesquisada, já que, como aponta os depoimentos presentes nesse estudo, o Programa não só atende necessidades relacionadas à saúde desses indivíduos, mas figura como um mecanismo que os torna visíveis, cidadãos, sujeitos complexos com demandas particulares.

Palavras-Chave: Pessoas em Situação de Rua. Saúde Mental. Drogas. Estigma.

ABSTRACT

The Office on the street starts its work in the year 1999, developing activities with users of alcohol and other drugs who lived on the streets. After about ten years, and the idea that experience began in Salvador is included in several actions in the area of mental health from the Ministry of health. In this way, the Office is part of the expansion of the network of mental healthcare in Brazil, although still under construction and constant improvement and little known throughout the Brazilian territory. Thus the overall objective of this research is to analyze the perception of street people, after service, details Office on the street. The specific objectives are: to know, in the perception of the people interviewed, the activities offered by the Program Office on the street; Identify, in the perception of the people interviewed, the facilities and the elements of the program Office on the street; Analyze, in the perception of the people interviewed, the satisfaction and the importance of the program Office on the street. The study was carried out in the city of Mossoró/RN, through a descriptive field research with qualitative approach, being recorded in audio. In addition to the interview, the researcher also used participant observation with notes in a field journal. The population of this research were street guys registered and serviced by the Office on the street, with a sample of 14 subjects. The present study was carried out with rigour within the ethical and bioethical principles guaranteed by the resolutions 466/2012 National Health Council and 311/2007 of the COFEN. The same was formalised only after approved by the Research Ethics Committee of FACENE as opinion of number 103/2016 and CAAE: 58797116.0.0000.5179. Been explained the objectives of the research to participants, and then the interview was held. The analyses of the data were made from the analysis of content of Bardin. It was observed that the main activities carried out by the Office on the street were the individual calls through impact and wiretaps, guidelines for health care and referrals to a network of health and social assistance, too. Identified different types of violence suffered by the street population, since physical violence to verbal and symbolic. Finally, we can consider that the street people are in situation of social vulnerability, considering the different factors presented in this research. Therefore, the Office on the street, walking in the direction of be as a device of care and attention to the street population which makes use of alcohol and other drugs, requiring bigger investments to be more known and widespread in the city searched, since, as points out the statements present in this study, the program not only meets the health needs of these individuals but as a mechanism that makes them visible, citizens, subject complexes with particular demands.

Keywords: Street People. Mental Health. Drugs. Stigma.

LISTA DE SIGLAS

FACENE- Faculdade Nova Esperança de Mossoró
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP- Conselho de Ética em Pesquisa
CNS- Conselho Nacional de Saúde
COFEN- Conselho Federal de Enfermagem
CBO- Código Brasileiro de Ocupações
UBS- Unidade Básica de Saúde
ESF- Estratégia Saúde da Família
PSF- Programa Saúde da Família
PMS- Prefeitura Municipal de Salvador
SETRADS- Secretária do Trabalho e Desenvolvimento Social
UFBA- Universidade Federal da Bahia
CETAD- Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
PIEC- Plano Integrado de Enfrentamento do crack e outras drogas
SUS- Sistema Único de Saúde
PEAD- Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras drogas
PNAIUAD- Política Nacional de Atenção Integral a Usuário de álcool e outras drogas
CONGEMAS- Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social
MNPR- Movimento Nacional de População de Rua
MDS- Ministério da Organização do Desenvolvimento Social
MS- Ministério da Saúde
SRT- Serviços Residenciais Terapêuticos
CAPS-Ad- Centro e Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas
NAPS- Núcleos de Atenção Psicossocial
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social
UNESCO- Organização das Nações Unidas

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Sexo.....	45
Gráfico 2: Faixa Etária.....	45
Gráfico 3: Frequência Escolar.....	46
Gráfico 4: Tempo que saiu de casa.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Contextualização	13
1.2 Justificativa	16
1.3 Problematização	17
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Discutindo “a casa e a rua”.....	18
3.2 Pessoas em situação de rua e os processos de exclusão social.....	19
3.3 Pessoas em situação de rua e o uso/abuso de álcool e outras drogas: uma breve discussão.....	23
3.4 A reforma psiquiátrica, atenção à saúde mental e aos usuários de álcool e outras drogas.	24
3.4.1 Política Nacional para inclusão da população em situação de rua.....	27
3.5 Consultórios de rua: o começo e ampliação da rede de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.....	29
3.6 Consultórios na Rua do SUS.....	33
4 METODOLOGIA	37
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 Local da pesquisa	38
4.3 População e amostra	39
4.4 Instrumento de coleta.....	39
4.5 Procedimento da coleta	40
4.6 Análise dos dados	41
4.7 Aspectos éticos.....	42
4.8 Financiamento	43
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	44
5.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa	44
5.2 As Principais dificuldades da vida na rua	47
5.3 A questão do preconceito, o problema da violência e o estigma em relação às pessoas em situação de rua.	48

5.4 A percepção das pessoas em situação de rua acerca do Programa Consultório na Rua.	51
5.5 Os benefícios do Programa Consultório na Rua pela ótica das pessoas em situação.	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	62
APÊNDICE B - Entrevista	64
ANEXO A – Certidão	67

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O uso e abuso de álcool e outras drogas é um tema que envolve uma série de variáveis e aspectos relacionados à saúde e vida em sociedade, portanto um problema complexo e que deve ser tratado de maneira interdisciplinar. A rede relacionada à saúde mental vem crescendo e modificando-se a partir da aprovação da lei 10.216/2001- Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Uma rede que se dispõe a atender a todo o público que dela venham a precisar, sempre relatada e referenciada pela diversidade sociocultural, pelo respeito e atenção e pelo compromisso com a vida dos sujeitos, amparada nos direitos humanos (BRASIL, 2010).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, reafirmou os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e comemorou a promulgação da Lei 10.216/2001, que apontou a necessidade de aprofundamento e reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede da atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares e com as deliberações sobre a incorporação de várias ações, dentre elas às relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas dentro da política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2010).

A rede vai se consolidando, então, a partir da criação e ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial para os usuários de álcool e outras drogas – CAPS Ad, possibilitando a ampliação ou abertura de leitos em hospitais, serviços residenciais terapêuticos (SRT), centros de convivências da rede de saúde mental, dentre outras ações (BRASIL, 2008).

Neste mesmo período, várias cidades começam a reestruturar sua rede de saúde conduzida pelo Ministério de Saúde - MS e também elaborando ou restaurando novos dispositivos que se enquadrem às suas reais situações. Neste sentido, a cidade de Salvador na Bahia, com certa experiência de trabalhos em redução de danos, como o Centro de Estudos e Terapia de abuso de Drogas, apresenta então o Consultório na Rua (BRASIL, 2010).

O Consultório na Rua dá início aos seus trabalhos no ano de 1999, desenvolvendo atividades com usuários de álcool e outras drogas que moravam nas ruas. Após cerca de dez anos, a ideia e experiência que se iniciou em Salvador é incluída em várias ações na área de saúde mental do Ministério da Saúde. Desse modo, o Consultório na Rua é parte da ampliação

da rede de atenção em saúde mental no Brasil, embora ainda em construção e constante aperfeiçoamento e pouco conhecida em todo o território brasileiro (BRASIL 2010).

O Consultório na Rua é um serviço de atendimento extramuros, ofertado aos usuários em seus próprios contextos de vida, sendo criado e adaptado para as especificidades de um público alvo: a população em situação de rua e que também faz uso de álcool e/ou outras drogas. Segundo o Ministério da Saúde, o programa deve contribuir no acesso aos serviços da rede institucionalizada e promover a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, invisibilizados e estigmatizados pela sociedade, na busca do exercício da cidadania e alcance de seus direitos. Busca igualmente resguardar o respeito e o contexto sociocultural dessa população, oferecendo cuidados no próprio espaço da rua (BRASIL, 2010).

Entende-se por pessoas em situação de rua aquelas que moram ou que estão provisoriamente na rua, seja por necessidade ou até mesmo por vontade própria. Diante da permanência no espaço da rua, e na ausência de vínculos familiares e de amizades, há uma necessidade de recriação desses vínculos. Os vínculos sociais representam em nossa sociedade um pilar de sustentação da reprodução da vida: a casa, o trabalho, a vizinhança, a família. Ao mesmo tempo, a ausência destes vínculos tende a lançar estes indivíduos em uma condição de fragilidade social e de trabalho (NOGUEIRA, 2008).

As pessoas em situação de rua são consideradas desgarradas da sociedade, portadoras de um modo de vida marcado pela perda e rompimento de vínculos sociais. Nestas circunstâncias, novas formas de sociabilidade são desenvolvidas por esses sujeitos e conseqüentemente novos vínculos sociais são estabelecidos, dentre eles o vínculo com a própria rua, com as outras pessoas que lá se encontram, com abrigos e hospitais. A rua é apresentada sob diversas dimensões e significados para esta população. Enquanto local de moradia constitui aspectos do campo material e objetivo relacionado à sobrevivência e ao trabalho e dimensões subjetivas associadas à fuga, solidão e liberdade (NOGUEIRA, 2008).

No campo teórico os espaços públicos se apresentam sob diferentes análises, uma delas é a relacionada ao território. O viver na rua significa ter que garantir a sobrevivência de diversos modos possíveis, dentre eles a alimentação, higiene, repouso, tudo isso sendo constituído diariamente. Significa apropriar-se do espaço público como uma condição básica de existência. Porém, habitar as ruas é também ser habitado por ela. As ruas é um espaço marcado pela tensão, não permitindo descanso, onde não é possível desligar a percepção da insegurança constante, ou seja, o sujeito não tem nenhuma segurança, privacidade, dentre outras. O sofrimento das pessoas em situação de rua após alguns anos os torna vítimas deste

espaço hostil. A vida na rua deixa muitos danos dentre eles as sequelas no corpo que se juntam aos hábitos adquiridos no ambiente das ruas, tais como o abandono de hábitos de higiene e a frequente entrega à dependência química, sendo o álcool uma das principais (NOGUEIRA, 2008).

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, desenvolvida entre 2007 e 2008, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome-MDS e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), foram identificadas cerca de 31.922 pessoas em situação de rua. Estes viviam em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velhos ou pernoitando em instituições como albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio e igrejas. Além desta pesquisa nacional, foram desenvolvidas levantamentos em outras grandes cidades brasileiras, que não se somam a esses dados, como em São Paulo em 2003 (10.399 pessoas), Belo Horizonte em 2005 (1.164 pessoas, incluindo crianças e adolescentes), Recife em 2005 (1.390 pessoas, incluindo crianças e adolescentes) e Porto Alegre 2007 (aproximadamente 1.203 pessoas). Os dados da pesquisa Nacional realizada em 2007-2008 apontam para a predominância de homens em situação de rua, chegando aos 82% dessa população. Do total de pessoas identificadas, cerca de 53% possuíam idades entre 25 e 44 anos; 15,1% nunca estudou; 48,4% iniciou, mas não concluiu o primeiro grau. Quase um quarto da população em situação de rua é composta por trabalhadores e 70,9% exercem alguma atividade remunerada. De todos os trabalhadores, 47,7% nunca tiveram sua carteira de trabalho assinada, e apenas cerca de 1,9% dos entrevistados estavam trabalhando no momento com registro em carteira (BRASIL, 2008).

Ainda de acordo com Brasil (2008) grande parte das pessoas em situação de rua são homens adultos, de baixa escolaridade, geralmente desenvolvem algum trabalho informal e ganham muito pouco pelo desenvolvimento dessas atividades. O uso de drogas, dentre elas o álcool, é traço marcante nas histórias de vidas antes e durante a estada nas ruas, sendo ainda associado com a ida para a rua. Os dados, da pesquisa nacional sobre população em situação de rua apontam para trajetórias de fragilidades e processos de exclusão social na vida desses sujeitos.

O uso de álcool e/ou outras drogas é algo marcante na vida desse grupo populacional, que já se encontram, em grande parte das vezes, em situação de fragilidade e vulnerabilidade pelos processos de exclusão social (BRASIL, 2008).

Para a construção de um estudo que reflita sobre o fenômeno “população em situação de rua” é preciso transitar por alguns campos e/ou disciplinas, bem como por alguns elementos que os contextualizem, oferecendo mais sustentabilidade para a realização do trabalho proposto. Iniciaremos este trabalho discutindo a relação entre a Casa e a rua; As pessoas em situação de rua e os processos de exclusão social; Pessoas em situação de rua e o uso/abuso de álcool e outras drogas; A reforma psiquiátrica, atenção à saúde mental e aos usuários de álcool e outras drogas; A política nacional para inclusão da população em situação de rua (2008); Consultórios na Rua: o começo e ampliação da rede de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas; Consultórios na Rua do SUS. Para a construção desta fundamentação foram utilizados, artigos, manuais institucionais, documentos do Ministério da Saúde e Assistência Social, bem como leis e portarias referentes à temática.

1.2 Justificativa

O interesse pelo tema surgiu durante as aulas da disciplina de Sociologia, onde tivemos a satisfação de conhecer um pouco mais sobre o comportamento humano e os processos que interligam os indivíduos em associações, grupos e instituições, e a partir, igualmente, da observação, curiosidade e preocupações relacionadas à situação de saúde das pessoas em situação de rua. Além disso, pela grande importância da temática para a sociedade. Esses fatores, em conjunto, nos instigaram a desenvolver este trabalho.

Acreditamos que ao expor o comportamento e a concepção das pessoas em situação de rua, através da pesquisa, proporcionaremos aos profissionais que trabalham no meio e demais pessoas interessadas na temática, uma visão mais ampla dos problemas, já que por muitas vezes, por estarem inseridos no atendimento, acabam naturalizando determinadas situações que, se vistas por ângulos externos, não são tão “normais” assim.

A relevância desse estudo está pautada em poder contribuir com a sociedade, academia e a melhoria da qualidade da assistência no atendimento às pessoas em situação de rua, uma vez que os próprios usuários do serviço – sujeitos da pesquisa em pauta – terão voz ativa e poderão falar sobre as principais dificuldades referentes à atuação e atendimento do programa, o que, possivelmente, para que os profissionais do Consultório na Rua possam ter, assim, mais um meio para avaliar suas práticas e estratégias, visando uma melhor aceitação desse público, para assim poder tratar da melhor forma possível esta clientela.

Desta forma, este trabalho é justificado pela necessidade de compreender os aspectos importantes da relação entre o consultório na rua e as pessoas em situação de rua, buscando a partir do entender desses sujeitos, compreender a importância e atuação do Programa Consultório na Rua. Por se tratar de um novo modelo de atendimento na área da saúde, há a necessidade de estudos que o amparem teoricamente, descobrindo e produzindo informações para seu aprimoramento e maior alcance entre essa população. Sendo assim, este modelo de atenção necessita que os pesquisadores se aproximem desta população, com respeito e atenção que ela merece, com o objetivo de melhorar ainda mais o atendimento e também divulgar esse importante dispositivo para os demais profissionais de saúde e para a sociedade em geral.

1.3 Problematização

Qual a percepção das pessoas em situação de rua atendidas pelo Consultório na Rua acerca das estratégias de aproximação e atendimento do programa?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a percepção das pessoas em situação de rua, após atendimento, sobre o programa Consultório na Rua.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer na percepção das pessoas entrevistadas as atividades ofertadas pelo Programa Consultório na Rua;
- Identificar na percepção das pessoas entrevistadas as facilidades e as resistências do Programa Consultório na Rua;
- Analisar na percepção das pessoas entrevistadas a satisfação e a importância do Programa Consultório na Rua.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Discutindo “a casa e a rua”

De acordo com antropólogo Roberto Damatta (1997), ao explicar sobre a “casa” e a “rua”, e sobre os sujeitos que se constroem a partir desses lugares, que, embora não se constituam necessariamente duas forças opostas, possuem na história da sociedade brasileira marcas que os diferenciam. Desse modo:

Em casa somos todos, conforme tenho dito, “supercidadãos”. Mas e na rua? Bem, aqui passamos sempre por indivíduos anônimos e desgarrados, somos quase sempre maltratados pelas chamadas “autoridades” e não temos nem paz, nem voz (DAMATTA, 1997, p. 12).

De acordo com Damatta (1986) a casa e a rua interagem e se completam num ciclo que perpassa o cotidiano de homens, mulheres, idosos e crianças. Há uma separação evidente entre esses dois lugares sociais e também fundamentais que separam a vida social: o mundo da casa e o mundo da rua. Na rua partilhamos o trabalho, o movimento, as surpresas e tentações. A rua serve também como espaço típico de lazer, um espaço de movimento paralelo que contrasta com a calma e a tranquilidade da casa, espaço do lar e moradia.

Ainda segundo Damatta (*ibidem*) na casa ou em casa, somos integrantes de uma família e de um grupo fechado, com separação e limites bem definidos. Geralmente constituído de pessoas que possuem a mesma substância e o mesmo sangue, possivelmente também as mesmas tendências. A ideia de destino em conjunto e de objetos, relações e valores, como os “tradicionais de família”, estão entre aqueles que todos os componentes de um grupo sabem que é importante resguardar e preservar. Quando falamos da casa, não nos referimos apenas ao local onde moramos, dormimos e nos alimentamos ou que usamos para estar abrigados do vento, frio ou chuva, mas sim, estamos falando de um lugar profundamente enraizado numa forte moral. Uma grande dimensão da vida social, rodeada de valores e de realidades múltiplas, coisas que vêm do passado e objetos que estão no presente, pessoas que estão saindo deste mundo, outras pessoas que a ele estão chegando, gente relacionada ao lar desde muito tempo e outras que acabaram de se conhecer. Não é um espaço físico somente,

mas um lugar moral: esfera onde nos concretizamos basicamente como seres humanos, que possuímos um corpo físico e carregamos uma história moral, cultural e social. Assim, na casa, somos insubstituíveis e únicos. Possuímos um lugar singular numa entrelaçada teia de relações marcadas por dimensões sociais importantes. O universo da rua, como ocorre no espaço da casa, é mais que um lugar físico demarcado e universalmente reconhecido. Pois é uma espécie de perspectiva pela qual o mundo pode ser lido e interpretado.

De acordo com Abreu (2013) a casa e a rua são lugares diferentes que também proporcionam atribuir características aos sujeitos, levando em conta que não são lugares imparciais. Por isso os termos “estar em casa”, ou “sentir-se em casa” geralmente estão quase sempre relacionados a situações harmoniosas, de acolhimento, em que as disputas deveriam ser evitadas. A casa está relacionada à família e à ideia de lar, e por isso “ser posto para fora de casa” é um extremo ato de violência, porque perdemos aquilo que esse espaço oferece de melhor, a proteção, o amor, a importância, o aconchego. A casa e a rua são fortemente marcadas, sendo caracterizadas como “inimigas”, embora não se possa falar de um sem mencionar o outro. São lugares opostos, mas conduzem traços complexos, dinâmicos e relativos, recíprocos, sendo que a rua diversas vezes apresenta espaços fechados ou apropriados por um determinado grupo, classe ou pessoas, tornando-se “sua casa”.

Segundo Damatta (1997), em casa podemos fazer várias coisas que são condenadas, ou proibidas no espaço da rua, como por exemplo, querer atenção para a nossa presença e opinião, querer um lugar só nosso e que seja permanente na escala familiar e solicitar um espaço a que temos direito. Mas e na rua? Bem, no espaço da rua passamos e convivemos sempre por indivíduos anônimos e desgarrados. Não sendo exagerado constatar que, por causa dessa diferença, nosso comportamento na rua e nas coisas que pertencem ao poder público é geralmente negativo, exemplificado por jogarmos o lixo para fora de nossa calçada, portas e janelas; não querendo muitas vezes obedecer às regras de trânsito, sendo até capazes de depredar a coisa comum, utilizando argumentos segundo os quais tudo que fica fora de nossa casa é um “problema do governo”.

3.2 Pessoas em situação de rua e os processos de exclusão social

Ao iniciar um estudo que trata sobre um determinado grupo populacional cabe-nos definir uma compreensão acerca deste, fazendo uma breve contextualização sobre o seu

surgimento na sociedade e a realidade vivenciada pelos sujeitos que integram este grupo populacional.

De acordo com Santos (2015) a diversidade desse grupo populacional envolve particularidades fundamentais de partida: trajetórias, biografias, valores, interesses, origem de classe, formação escolar, orientação sexual e religiosa, etc. São várias as particularidades e subjetividades fazendo com que não se constituam em um único grupo ou categoria profissional. Porém, existem três situações que devem ser destacadas e levadas em consideração ao analisar esse grupo, vinculadas entre si, por serem situações que percorrem todas as transformações dos perfis de pessoas em situação de rua. São elas: *a pobreza extrema* é dividida e identificável entre esses sujeitos, manifestando-se na alimentação precária, na motivação da busca pelo trabalho, nas condições de higiene; sendo produzida socialmente e central para estabelecer a relação necessária entre o fenômeno e suas causas estruturais. A segunda diz respeito aos *vínculos familiares interrompidos ou fragilizados*. A situação de estar na rua potencializa uma quebra na civilidade familiar, provavelmente não só por se estar na rua, mas sim por se somar às consequências dos motivos que promoveram sua ida para às ruas. A terceira e, provavelmente, a mais marcante para esses sujeitos é *a inexistência de moradia e o aproveitamento da rua como espaço de moradia e sustento, por contingência previsível ou permanente*. Então, as pessoas em situação de rua são definidas da seguinte forma:

Considera-se população em situação de rua como um grupo populacional heterogêneo, mas que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, em função do que as pessoas que o constituem procuram logradouros públicos (ruas, praças, jardins, canteiros, marquises e baixos de viadutos) e as áreas degradadas (dos prédios abandonados, ruínas, cemitérios e carcaças de veículos) como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente, podendo utilizar albergues para pernoitar e abrigos, repúblicas, casas de acolhida temporária ou moradias provisórias, no processo de construção de saída das ruas (SILVA, 2009, p.29).

Ainda segundo Santos (2015), essa classificação é um resumo dos processos estruturais que promovem a origem do fenômeno dessa população, levando em conta os aspectos que os caracterizam como também suas características gerais que percorrem todas as configurações, por mais que suas particularidades as diferenciem uma das outras.

De acordo com Reis (2012 *apud* Fraga, 2011), os estudos disponibilizados por institutos de pesquisas, que trazem questões e conceitos contributivos para estabelecer o

reconhecimento e identificação do referido grupo, relatam que quando falamos sobre as pessoas em situação de rua estamos nos referindo há um segmento populacional formado por sujeitos que apresentam origens sociais, culturais e trajetórias de vida variadas, porém, as características que os assemelham é que em determinado momento de suas vidas algum infortúnio os atingiu, deixando-os em condição de grande vulnerabilidade social, tendo que utilizar as ruas, espaços precários, abandonados ou albergues como um meio de moradia e de sobrevivência. Sujeitos esses como homens, mulheres, jovens, famílias inteiras, grupos, que têm em sua trajetória de vida a referência de ter realizado algum tipo de trabalho, que foi importante na constituição de suas identidades sociais. Com o tempo, alguma adversidade atingiu as suas vidas, seja perda de emprego, rompimento de algum laço afetivo, ou até a própria vontade de ir para as ruas, fazendo com que aos poucos fossem perdendo a perspectiva de um “projeto de vida”, passando a não pensar muito no futuro e a utilizar o espaço da rua como sobrevivência e moradia.

De acordo com Menezes (2006), as pessoas em situação de rua vivenciam inúmeras dificuldades, sendo a mais evidente delas a sua territorialização precária. A vulnerabilidade locacional sujeita o grupo às diversas dimensões de desamparo: desconforto; insalubridade; insegurança frente aos estabelecidos que lhes dirigem olhares de desconfiança e os mais diversos tipos de perigo. O desamparo é um estado característico do viver contemporâneo e se revela na falta de garantias quanto ao futuro desses indivíduos.

Segundo Bauman (1998), a contingência em que está mergulhado o grupo é ainda mais acentuada devido à progressiva ausência de tolerância para com os *losers*¹, o que é alimentado pela distância social imposta num quadro de desigualdade estrutural.

De acordo com Goffman et al. (2005 *apud* Valencio, 2008) os sujeitos em situação de rua são como anônimos que não participam do espetáculo social. São “não-pessoas”. Determinados princípios organizacionais da sociedade se baseiam nos sujeitos que portam certas características sociais, permitindo-lhes que os outros os valorizem e os tratem de maneira necessária e adequada. No entanto para os sujeitos em situação de rua, estas características sociais que resultam em aceitação e integração social não conseguem aflorar e as “primeiras impressões” revelam-nas como gente com persistentes ausências. A não aceitação desse grupo populacional como parte constitutiva da sociedade carrega “precauções para enclausurar um homem naquilo que ele é, como se vivêssemos com o permanente receio

¹ “Perdedores”, numa tradução literal. Os *losers* são aqueles considerados “fracassados” em determinados contextos sociais; uma espécie de antítese do arquétipo do “vencedor”.

de que possa escapar do que é, possa fugir e de repente ver-se livre da própria condição” (*op. cit.*), ameaçando o convívio com os estabelecidos dentro da ordem construída.

Essas pessoas também padecem com o problema da invisibilidade social, que é fator marcante no processo de exclusão social, ou seja, um problema social, político e também de ordem econômica, que atinge todas as sociedades, e está presente em todos os países, não se diferenciando se se tratam de países desenvolvidos ou em desenvolvimento; ricos ou pobres. Toda a sociedade sofre com essa questão. Para entendermos um pouco sobre o que vem a ser a invisibilidade, nos apoiamos em Luiz Eduardo Soares (2008) que claramente a exemplifica no livro “Cabeça de Porco”:

[...] Ver e ser visto são duas faces de uma mesma moeda, em geral, nos encontros humanos. Por isso, as histórias de espionagem nos fascinam e mobilizam tanto. Elas dividem a unidade da experiência social em duas partes: um personagem vê (sem ser visto) e o outro é visto (sem ver e sem saber-se visto). A solução da trama depende do esforço titânico do protagonista que, no último capítulo, consegue inverter a posição relativa dos personagens, redefinindo a equação: quem observa quem, afinal. (SOARES, 2008, p.165).

Para o autor citado ser invisível, significa não ser visto, mesmo estando presente no espaço em questão. Ser invisível é não fazer parte do todo, mesmo que se queira participar. Pode-se ser invisível em qualquer situação da vida, porém em relação às pessoas em situação de rua a invisibilidade é uma forma de preconceito ou pelo preconceito, onde se estereotipa uma pessoa não pelo que ela realmente é em seu eu único, mas por suas semelhanças físicas, por exemplo, como segue:

Um jovem pobre e negro caminhando pelas ruas de uma grande cidade brasileira é um ser socialmente invisível. [...] No caso deste nosso personagem, a invisibilidade decorre principalmente do preconceito ou da indiferença. Uma das formas mais eficientes de tornar alguém invisível é projetar sobre a ele ou ela um estigma, um preconceito. Quando o fazemos, anulamos a pessoa e só vemos o reflexo de nossa própria intolerância. Tudo aquilo que distingue a pessoa, tornando-a um indivíduo; tudo o que nela é singular desaparece. (SOARES, 2008, p. 165).

Assim, a partir dos diferentes tipos de exclusão dos estigmas e da invisibilidade social sofridos por essa população, reconhecemos a diversidade de fatores que levam ou contribuem para que os sujeitos se constituam como pessoas em situação de rua e discutiremos, na sequência, a relação das pessoas em situação de rua e uso e abuso de álcool e outras drogas.

3.3 Pessoas em situação de rua e o uso/abuso de álcool e outras drogas: uma breve discussão

Segundo Velho (2003 *apud* Abreu, 2013), é de fundamental importância compreender que o uso de drogas não é um fator que deve ser examinado isoladamente, isso por ser uma temática complexa, não sendo possível de ser avaliada em particular. A partir da História e da Antropologia, por exemplo, podemos compreender como as mais diversas e diferentes culturas geraram um lugar para o uso dos mais variados tipos de drogas, utilizadas em vários e diferentes contextos, incluindo cerimônias religiosas, rituais e várias outras atividades. De acordo com o entendimento do autor (*op. cit.*), foram registrados vários casos em que a droga é uma substância privilegiada e um veículo para a comunicação com o mundo dos espíritos e com o sobrenatural.

Tratando-se das pessoas em situação de rua, é observado um grande número de usuários de álcool e/ou outras drogas que ocupam o espaço público como uma forma de habitar o universo mais próximo da rede de sociabilidade em torno do consumo de drogas, ou seja, uma forma de se fazer amizade com os demais na mesma situação de rua. Considerando os diferentes fatores que levam os sujeitos à rua, muitos não foram para a rua com o propósito de usar, mas, ao permanecer neste contexto, passam a utilizar drogas como meio de inserção no grupo de rua, como falado anteriormente. O que na sequência contribui para que os sujeitos vivam na rua como forma de continuar com o uso das substâncias, e também pelo fato da própria dependência química (BRASIL, 2010).

O uso e/ou abuso de substâncias psicoativas, dentre elas o álcool, é algo marcante na trajetória de vida antes e durante a estada nas ruas. Vários dos sujeitos em situação de rua relacionam sua ida para às ruas com uso e/ou abuso de álcool e/ou outras drogas. O uso do álcool e outras drogas na vida dos sujeitos em situação de rua, por exemplo, aparenta ser uma das formas de suportar a própria condição de vida e os processos relacionados à invisibilidade e os estigmas sofridos por esse grupo populacional, não esquecendo a própria necessidade física da dependência química da droga.

O consumo e abuso de álcool e outras drogas é uma característica marcante e muitas vezes fator contributivo das condições de vida dos sujeitos em situação de rua. É necessário refletir sobre ações e políticas direcionadas a esse público tão desprovido de proteção e atenção pelos órgãos públicos. Neste contexto, surge como cerne a Política de atenção à saúde psiquiátrica e usuários de álcool e outras drogas, e também a Política que ampara as pessoas em situação de rua.

3.4 A reforma psiquiátrica, atenção à saúde mental e aos usuários de álcool e outras drogas.

De acordo com Melo (2012) a Reforma Psiquiátrica foi iniciada em meados dos anos 1970, e até hoje está em desenvolvimento, passando por várias adaptações, isso porque, a cada dia que se passa, desde a sua criação, o próprio sistema tenta se adaptar e melhorar sua forma de implantação e atendimento, buscando prestar, da melhor maneira, assistência em saúde ao sujeito em sofrimento psíquico. O programa contribui diretamente no processo de constituição de um novo espaço social para o sujeito considerado louco.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu em uma circunstância muito característica e de grande importância na história política do país. Após o Brasil passar por vinte anos de ditadura militar, inicia-se um grande movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, com extensão social e vinculado à luta da classe trabalhadora e ao reaparecimento da luta dos profissionais de saúde e usuários. Por um atendimento de saúde único, ou seja, um sistema de saúde único (SUS), de forma universal, gratuito, igualitário e de qualidade. Este movimento esteve intimamente ligado ao movimento social que ficou conhecido como movimento sanitário no Brasil, e teve atuação direta sobre a Reforma Psiquiátrica, seus ideais, propostas e princípios na luta pela saúde pública. O acontecimento deste movimento contou com várias participações, entre elas as dos trabalhadores em saúde mental, as associações de usuários familiares em saúde mental, dentre outros.

Como nos mostra Melo (2012), dois pontos foram de suma importância para compreender o processo da Reforma Psiquiátrica que ainda se encontra em curso no Brasil. O primeiro diz respeito à centralidade nas estratégias de desconstrução da ideia do sujeito louco como perigoso para o convívio social, ou seja, uma nova forma e lugar para aquilo que se compreende como “loucura”; O outro ponto, segundo Amarante (2009 *apud* Melo, 2012), se refere ao fortalecimento dos serviços substitutivos que seriam aqueles que além de ofertar uma assistência integral e tratamento diferenciado à população que necessita de atendimento em saúde mental, seria capaz de substituir em sua totalidade a lógica manicomial, que traz o manicômio e o saber clássico da psiquiatria como aqueles considerados como as únicas estratégias de tratamento e intervenção possíveis na vida desses sujeitos.

Segundo Vasconcelos (2008), aos poucos as propostas da Reforma começaram a chegar ao Brasil e aos âmbitos governamentais, onde foi gerado o documento das diretrizes

para a área da saúde mental, sendo redigido pelo Ministério da Saúde, na década de 1980, preservando o tratamento extra-hospitalar, a limitação do período de internação, a reintegração familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas no campo da saúde mental.

De acordo com relatos de Amarante e Torre (2001), devido à impossibilidade de solucionar alguns problemas, surgiram os diversos modelos assistenciais, novas teorias e práticas. No final de 1980, surgiram novos modelos assistenciais e serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), representando a Reforma Psiquiátrica Brasileira, oferecendo consultas médicas, atendimento psicológico, serviço social, terapia ocupacional, entre outros. O CAPS se enquadra numa rede externa intermediária entre o hospital e a comunidade, ou seja, funciona como um filtro de atendimento.

Ainda segundo Amarante e Torre (2001), o NAPS aparece tendo como alicerce a desconstrução do manicômio, possuindo algumas estratégias de regionalização, visando à ação de transformação cultural, buscando conhecer as necessidades, o percurso de demanda psiquiátrica, a estratégia da abertura do debate aos cidadãos, preconizando o diálogo com a comunidade, sindicatos e igrejas, e discutindo as mais diferentes maneiras de tentar compreender a loucura e a exclusão social por meio de estratégias de projetos terapêuticos, envolvendo o cuidar do outro, evitando o abandono e atendendo a crise.

De acordo com Figueiredo et al. (2014), em 1989, com a Luta Antimanicomial, o Projeto de Lei n. 3.657, do Deputado Federal Paulo Delgado, previa a extinção gradual dos manicômios, que seriam trocados por outros recursos assistenciais. Tal projeto reproduzia a Lei Italiana de 1978, que objetivou o fim dos manicômios entendidos como metáfora a todas as práticas de discriminação e segregação daqueles que eram identificados como doentes mentais. Em seguida, um marco histórico, em 1990, com a Conferência Regional para a reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, onde os países da América Latina, inclusive o Brasil, se comprometeram a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica. A partir dessas dificuldades e das várias críticas à Psiquiatria, em 2001 foi aprovada a Lei n. 10.216, conhecida como a Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, proporcionando mudanças aos pacientes psiquiátricos, tanto no tratamento quanto nas concepções em relação à loucura.

Ainda conforme Figueiredo et al. (2014), a loucura saía das instituições manicomiais e partia para as ruas, trazendo outros questionamentos, discussões e novos olhares sobre os sujeitos ditos “loucos”, que passaram a ser conhecidos como sujeitos de direito. Com a Reforma Psiquiátrica, a lei supramencionada previa a proteção e os direitos das pessoas

portadoras de transtornos mentais e criticava o modelo hospitalocêntrico. Com o estabelecimento de diretrizes e normas acerca da assistência em saúde mental, em 1992, surgiu a portaria Ministerial nº 224, objetivando a criação de leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral, e estabelecendo uma quantidade de profissionais de áreas específicas para a formulação da equipe. Apesar dos avanços baseados em leis, não obteve solução imediata a problemática dos manicômios, mesmo diante da reforma Psiquiátrica. Algumas dessas dificuldades perduram até hoje. O problema da Reforma encontra-se além das legislações, está nas visões e representações sociais, e trata-se de redefinições, de novas subjetividades e transformações sociais no que diz respeito à loucura. O ano de 2001 foi indicado como o ano de luta pela saúde mental e pelos doentes mentais no Brasil, com novas iniciativas e reorientações, principalmente discursivas.

Conforme relato de Figueiredo et al. (2014), a escolha por associar os pacientes com problemas mentais à portadores de transtornos mentais declara uma atitude crítica na presença da terminologia médico-psiquiátrica. A partir destes marcos históricos, os serviços substitutivos aos manicômios/hospitais psiquiátricos passaram a ter privilégios, como os CAPS e NAPS, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e oficinas terapêuticas. Os serviços substitutivos foram os principais avanços da Reforma Psiquiátrica, trazendo alternativas de tratamento.

Ainda consonante Figueiredo et al. (*op. cit.*), é notório que a presença dos CAPS/NAPS refletiu uma mudança nas concepções de tratamentos dos pacientes psiquiátricos. Antes, a única instituição que aceitava esses pacientes, com a função de recolher e excluir, eram os manicômios e hospitais psiquiátricos. Apesar da mudança na concepção de saúde mental e com a grande redução dos números de instituições manicomial no nosso país, os CAPS/NAPS tiveram um surgimento tardio e sem investimentos financeiros que pudessem atender às suas reais necessidades, conforme previsto na lei, diretrizes e normas.

Sob a ótica de Figueiredo et al. (2014) o atendimento posto em prática, desde a reforma Psiquiátrica, ainda apresenta limites, ou seja, ainda não há tratamentos e soluções definitivas para os considerados loucos pela sociedade. Então, surge a necessidade de se preservar o sujeito do preconceito, tentando tirar o estigma do enlouquecimento, a partir da luta pela Reforma Psiquiátrica e das conquistas, incluindo implantações de leis e propostas por parte dos governos. Portanto, a Reforma Psiquiátrica, além de ainda ser uma problemática atual, necessita também de discussão urgente e permanente.

3.4.1 Política Nacional para inclusão da população em situação de rua

De acordo com Brasil (2008), a população em situação de rua se constitui um grupo de pessoas marcadas por vulnerabilidades, exclusão e invisibilidade social, necessitando de ações públicas que atendam suas demandas e contribuam para a continuidade e melhoria de suas vidas. Não se trata apenas de políticas que os incluam ou os deem oportunidades de moradia, alimentação, saúde, mas que além de tudo respeitem suas singularidades e lhes ofereçam a possibilidade de viver, mesmo se desejarem permanecer na rua, que sejam revestidos de mais proteção e condições dignas de vida. A Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua é resultado de reflexões de um grupo de trabalho instituído em 25 de outubro de 2006, dentre eles o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Secretaria especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União.

Contou ainda com representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), representando a sociedade civil organizada, fundamentais em todo o processo de avaliação e discussão das propostas. Tal Política traz contribuições para a reflexão sobre o fenômeno e a caracterização – perfil sóciodemográfico e econômico – das pessoas em situação de rua nas grandes cidades brasileiras. Apresenta, ainda, suas diretrizes e ações estratégicas organizadas por diferentes setores, no intuito de responder as diversas demandas das pessoas em situação de rua. Esta Política Nacional contém nove diretrizes que apontam para a consolidação de uma rede de proteção às pessoas em situação de rua por meio de seu eixo central: a intersetorialidade. A formação de profissionais para o trabalho com tal público e a promoção de ações educativas direcionadas à sociedade, focando as mudanças culturais que circundam a vida e o viver na rua. Para o setor da Saúde é definido nesta Política algumas ações na área de álcool e outras drogas onde se destacam duas indicações principais direcionadas a esse público (BRASIL, 2008).

Ainda de acordo com Brasil (2008), a primeira sugere o fortalecimento de ações na Atenção Básica por meio do Programa Saúde da Família sem Domicílio, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência na população em situação de rua. A segunda indica para o fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III e AD).

Já o setor da Assistência Social prevê uma série de ações, mas não define especificidades para os usuários de álcool e outras drogas. Orienta a estruturação de uma rede de acolhida às populações em situação de rua, enfatizando os albergues como possíveis espaços, a inclusão de públicos específicos dentro deste grupo, dos quais crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e idosos como sujeitos de direitos para o recebimento de auxílios, benefícios e a participação em programas sociais.

Ainda conforme Brasil (2008), as propostas idealizadas pela Política Nacional para Inclusão da População em situação de rua têm como objetivo envolver questões pertinentes à população que reside nas ruas, fazendo da rua seu espaço principal de sobrevivência. A existência de pessoas em situação de rua mostra uma profunda desigualdade social brasileira. Essas pessoas carregam a marca do estigma e dos processos de exclusão aos quais são submetidas diariamente.

Assinala BRASIL (2008) que são vários os fatores motivadores da existência de pessoas em situação de rua, entre eles estão os fatores estruturais, como ausência de moradia e falta de trabalho, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social, entre outras; os biográficos (alcoolismo, drogadição, rompimento dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens); além de desastres (como enchentes, incêndios, etc.). A política participa no esforço de estabelecer diretrizes e rumos que venham a possibilitar a integração dessas pessoas às suas famílias e a comunidade, garantir o acesso aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros e às oportunidades de desenvolvimento social, considerando as relações e os próprios significados produzidos na experiência de viver no espaço público. Em 1993, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que regulamenta os artigos 203 e 204 da constituição Federal: “Reconhecendo a assistência social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, além de garantir a universalização dos direitos sociais”. Posteriormente, a LOAS recebeu alteração para a inclusão da obrigatoriedade da formulação de programas de amparo à população em situação de rua, por meio da Lei n. 11.258/05, de 30 de dezembro de 2005.

Segundo Brasil (2008), a Política Nacional para inclusão da população em situação de rua ensejou um possível novo olhar da sociedade sobre essa população. As pessoas em situação de rua muitas vezes são alvos de práticas discriminatórias, sendo classificadas e referidas de forma depreciativa e opressora. O estigma é a representação desse processo de marginalização, deixando na pessoa um reconhecimento perverso de inferioridade frente aos demais. O estigma pode acarretar o sentimento de vergonha e humilhação.

De acordo Goffman (2008) um dos traços dos sujeitos em situação de rua é o preconceito marcando o grau de sua dignidade e também seu valor moral. Acreditamos que usar o conceito de estigma, como desenvolvido por Goffman (2008), em agravo de preconceito, seja mais conveniente ao caso dos sujeitos em situação de rua. Visto que a definição de preconceito é:

Uma atitude cultural positiva ou negativa dirigida a membros de um grupo ou categoria social. Como uma atitude, combina crenças e juízos de valor com predisposições emocionais positivas ou negativas. (...) Tecnicamente, por exemplo, qualquer preconceito de base racial constitui racismo, assim como qualquer preconceito baseado no sexo é *sexismo*, como qualquer preconceito baseado na etnia é etnicismo. Isso significa que preconceitos dirigidos contra homens é sexismo, e que preconceitos dirigidos por negros contra brancos é racismo. (JHONSON, 1995. p.180).

Ainda segundo Goffman (2008), quando as marcas pelas quais as pessoas passam a ser identificadas socialmente são negativas, neste caso ali está o estigma; e que, apesar da diversidade de forma que o estigma passa a ter sobre os sujeitos, abominações do corpo, culpas de caráter individual, tribais de raça, nação e religião, em todos esses casos:

Encontra-se as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para os outros atributos seus. (GOFFMAN, 2008. p.14).

Para com Goffman (2008) não importa o tipo ou de onde ele vem, o estigma é substancial, produzindo uma grande quebra nas relações sociais entre os sujeitos portadores de estigmas e as outras pessoas. O estigma põe em dúvida ou elimina as outras características e qualidades dos indivíduos, não permitindo que ele apresente algo além do que sua marca negativa indica.

Neste contexto, discutiremos sobre a história e criação do Consultório na rua como um dispositivo de atenção à saúde das pessoas em situação de rua, demonstrando sua escassez na literatura, buscando refletir sobre seu surgimento e inserção na rede de atenção a saúde e saúde mental no Brasil, aproximando-se de um novo pensar a clínica em saúde.

3.5 Consultórios de rua: o começo e ampliação da rede de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

De acordo com Brasil (2005) e Amarante (2008), no final da década de 1970 começa no Brasil a Reforma Psiquiátrica, concomitantemente ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que defendia a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, e a defesa da saúde coletiva, além da equidade na oferta de serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Segundo Amarante (2008), a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sua história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Marca a crise do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos e na eclosão de esforços dos movimentos sociais pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Desse modo o processo da Reforma Psiquiátrica é maior do que a sanção de novas leis e normas, e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

No ano de 2004 é lançada a Política do Ministério da Saúde para Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, em consonância com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental vigente, regulamentada e respaldada pela Lei 10.216/2001, que tem como diretrizes principais a Intersetorialidade e a Atenção integral. A Política Nacional para Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas – PNAIUAD (2004) aponta que a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas, historicamente foi tratada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, mas atualmente é reconhecida como um grave problema de saúde pública, ao reconhecer as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas na compreensão global do problema (AMARANTE, 2008).

Portanto, é necessário romper com a lógica binária que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas na associação drogas/comportamento antissocial ou criminoso. Assim, na história da saúde no Brasil algumas iniciativas pontuais marcam a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que segundo o olhar da Política Nacional para Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas - PNAIUAD (2004), estas iniciativas contaram com esforços de setores e grupos preocupados com a intensificação do uso de substâncias psicoativas e os problemas relacionados a este consumo desenfreado observado em nossa sociedade nas últimas décadas. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde reconhece a Redução de Danos como uma estratégia principal nas ações com os usuários de álcool e outras drogas, e a considera como um método, um caminho, não o único, que se relaciona com a direção do tratamento, mas que também aumenta o grau de liberdade, de corresponsabilidade e autonomia dos usuários do SUS. Ainda de acordo com Amarante (2008), desta forma, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois segundo

a Política Nacional Atenção Integral Usuários de Álcool e outras drogas (2004), cuidar de vidas humanas é reconhecer e lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas feitas pelos próprios sujeitos, acolhendo cada situação e escolha e estimulando sua participação e engajamento (AMARANTE, 2008).

Segundo Brasil (2004), após as mudanças nos modelos de atenção em saúde mental, começa a se organizar uma rede estruturada com mecanismos extra-hospitalares, tendo em vista o acolhimento e tratamento das pessoas com sofrimento psíquico, e dentre elas as que fazem uso e abuso de álcool e/ou outras drogas. No conjunto destes mecanismos estão os CAPS, considerados centrais e também incentivadores desta rede. Considerando a complexidade do fenômeno do uso abusivo de álcool e outras drogas, e muitos desafios que aparecem em meio às tentativas de oferecer respostas às necessidades e realidades, nos deparamos com o desafio de oferecer uma atenção em saúde para os sujeitos em situação de rua que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, que muitas vezes não tem acesso ou se tem é precário aos serviços de saúde. Devido ao baixo índice de procura e de acesso aos serviços de saúde por esta população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua, é justificado a implementação de intervenções nos locais onde esses sujeitos se concentram.

De acordo com Brasil (2010), o Ministério da Saúde, nesse sentido, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD 2009-2010, que tem como principal objetivo contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde da rede SUS para usuários de álcool e outras drogas, e implementar intervenções em contexto de rua com a articulação de diferentes redes de atenção em álcool e outras drogas. O Ministério da Saúde, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas - PIEC/2010 busca intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde. É neste cenário que o Consultório de Rua se fortalece e se constitui como 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.

Consonante com Oliveira (2009) o Consultório de Rua foi idealizado pelo coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) - da Universidade Federal da Bahia (UFBA), o professor Antônio Nery Filho, e iniciou suas atividades em 1999, na cidade de Salvador, no estado da Bahia, buscando inicialmente oferecer atenção à saúde e à vida de crianças em situação de rua que perambulavam pelo Centro histórico da cidade, num permanente e intenso uso de drogas. Foi influenciado por

pressões políticas e de comerciantes que perceberam a evasão de turistas, muitas vezes molestados, principalmente da região do Pelourinho. Desta forma, a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRADS) da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) buscava solução para este problema, que mais tarde se concretizou com a parceira estabelecida entre SETRADS e Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Segundo relato de Londero et al. (2014), no ano de 2004 um Consultório de Rua foi introduzido no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para atendimento em álcool e outras drogas (CAPS-ad), constituindo um modelo assistencial da unidade. Em 2009, o Ministério da Saúde traz como proposta tornar o consultório de rua uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de acesso ao tratamento em álcool e outras drogas. No ano de 2010, é incluído no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e conceituar o atendimento ofertado às pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas realizando ações de saúde no espaço da rua.

Ainda de acordo com Londero et al. (2014), para o Ministério Saúde a retaguarda do Consultório de Rua favorecia o fluxo de encaminhamentos e a inclusão na rede dos usuários de drogas mais prejudicados com esse uso e também em situação de maior vulnerabilidade social. Outro investimento brasileiro nos Consultórios na Rua foram os programas Saúde da Família sem domicílio (PSF - sem domicílio) e depois Equipe de Saúde da Família para a população em situação de Rua ESF - população de rua. A partir de 2004 surgiram os PSF - sem domicílio de Porto Alegre, seguido das ESF - sem domicílio de Belo Horizonte e de São Paulo e a ESF- população de Rua do Rio de Janeiro. O PSF- sem domicílio de Porto Alegre era voltado para a população em situação de rua, com atendimento de maneira itinerante, ou seja, em vários pontos da cidade, como parte da rede de atenção Básica à Saúde e do programa de Atenção Integral à população adulta de rua, da área de assistência social, abordando os moradores de rua, para tentar identificar as causas da sua situação, acionando os variados setores possíveis para auxiliar na busca por um vínculo familiar e alguma ocupação, além do atendimento visando à promoção da saúde, com tratamento e exames clínicos quando necessários. Hoje, as estratégias de saúde da família sem domicílio para população em situação de rua funcionam como “Consultório na Rua”.

Um Consultório de/ou na Rua, hoje, representa a centralização, sob diferentes modalidades, da experiência com a redução de danos e com o PSF- sem domicílio. A passagem do Consultório na Rua, que era vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012, para a Política Nacional de Atenção Básica, não representa apenas uma modificação na

terminologia (Consultório de para Consultório na Rua), e sim uma mudança nas diretrizes estratégicas deste dispositivo, atendendo ainda à prioridade do Governo Brasileiro, de prevenção do consumo e também da dependência de crack, álcool e outras drogas. Lembrando a posição de extinção do PSF- sem domicílio pelo Movimento Nacional da População de Rua, entendendo que não é somente a atenção em relação ao consumo e dependência de crack, álcool e outras drogas que a população em situação de rua necessita. No ano de 2011, com o desenvolvimento do Decreto Presidencial n. 7.053/2009, quando foi instituída a Política Nacional para a População em situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de acompanhamento e monitoramento, o Ministério da Saúde adotou o Consultório na Rua como um serviço estratégico da Atenção Básica, fazendo a aliança entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde da Família ao invés da extinção de um em detrimento do outro. Já em 2012, com a intervenção do conceito de Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental, e com as necessidades consequentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a rede básica estabelece partilha com as UBS e os Consultórios na Rua. Essa parceria oferta uma prática clínica e de cuidados que percorre a rede ao promover a atenção e a inclusão das populações em situações de rua. Devido à ampla ação que se passa na rua, o Consultório na Rua é um serviço transversal, produz tanto atenção em relação a especialidade da saúde mental, como a disposição de práticas da atenção básica, podendo examinar a produção de uma assistência primária, com a prevenção de doenças e promoção da saúde, melhorando o acesso dos serviços de saúde e a tentativa de proteger a qualidade de vida.

O público para quem se apresenta a necessidade e a atuação do Consultório na Rua é desafiador e complexo, incluindo a dupla exclusão de ser morador de rua ou de estar em situação de rua e de ser usuário de drogas. É notável a vulnerabilidade entre às populações que se encontra nas áreas distantes do olhar do Estado. Associados a esta realidade, estão uma série de fatores de risco que incluem o uso de drogas, a falta de alimentação adequada e de higiene, perda de apoio, de abrigo seguro, entre outros. Estas condições expõem os indivíduos a situações de vulnerabilidade negativas para sua saúde, constituindo-se em determinantes importantes para morbimortalidade dessa população.

3.6 Consultórios na Rua do SUS

De acordo com Brasil (2010), a experiência iniciada em Salvador, depois de cerca de 10 anos, é vista e ampliada pelo Ministério da Saúde como uma possível forma de atenção à saúde das pessoas em situação de rua, intervenção esta capaz de alcançá-los e firmar possíveis

contribuições para as suas vidas. Deste modo, o Projeto Consultório na Rua se constitui como um dispositivo de saúde que rompe com as lógicas tradicionais de atendimento na área da saúde, e aproxima-se dos sujeitos em situação de rua. Tentando a construção de vínculos com esse grupo populacional, na expectativa de trazer importantes contribuições para suas vidas. Vidas estas marcadas pela vulnerabilidade social, invisibilidade e distanciamento dos serviços públicos de saúde.

Ainda de acordo com Brasil (2010), o Ministério da Saúde propôs a organização de metodologias como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD). Em 2010, o consultório na rua foi também incluído no Plano Integrado de Enfrentamento ao crack, buscando intervir nas causas e efeitos do consumo prejudicial de álcool e outras drogas, em parceria com outras Políticas Sociais, através das ações previstas no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Portaria n. 1.190, de 04 de junho de 2009 e do Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, instituído pelo Decreto Presidencial n. 7179 de 20 de maio de 2010.

Segundo Brasil (2010), o Consultório na Rua do SUS é um importante mecanismo de atendimento público fazendo parte da atenção substitutiva em saúde mental, procurando corrigir a falha assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, ofertando ações de promoção, prevenção e cuidados primários no próprio espaço da rua. Com a proposta de substituir um modelo assistencial marcado na conformidade do modelo biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência. Ofertando uma abordagem planejada aos usuários que apresentem alguma demanda, ainda que não executada através de uma procura espontânea a instituições de cuidado.

Apresentando uma abordagem preventiva e um cuidado em saúde, o consultório de rua traz uma redução de danos potenciais ao uso de substâncias psicoativas. Brasil (*idem*) aponta que o programa traz como princípios o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e inclusão social, ajudando os sujeitos a enfrentar os estigmas sofridos, a partir da promoção de ações visando a redução de danos e a intersetorialidade. O programa estabelece parcerias com as Diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que usam álcool e outras drogas, com o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack, com a política de Humanização e com política de atenção básica do Ministério da Saúde. Traz como característica a oferta de cuidados e promoção de saúde no próprio espaço da rua, respeitando

o contexto sociocultural dessa população. Sua multiplicidade de ofertas não se baseia somente na abstinência dessa população desassistida e vulnerável, mas possibilita ainda criação de vínculos com os profissionais de saúde, aproximando esses sujeitos aos serviços disponibilizados. Os Consultórios na Rua do SUS é uma modalidade de atendimento extramuros, ou seja, saindo das lógicas de atendimento hospitalar, para atender os usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e Intersetorial. São dispositivos de atendimento clínico-comunitários, sendo adaptados para atender as complexidades desse grupo populacional, favorecendo acessibilidade aos serviços da rede institucionalizada, assistência integral e promoção de laços sociais para os sujeitos em situação de rua, construindo, portanto, um espaço concreto do exercício de direitos e da cidadania. Consiste na busca ativa de pacientes em situação de rua, através de equipes multidisciplinares com pelo menos quatro profissionais, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes, técnicos de enfermagem, médicos e profissionais com formação em arte e educação (BRASIL, 2010).

De acordo com as Diretrizes dos Consultórios na Rua do SUS (BRASIL, 2012), suas equipes são formadas por três modalidades: modalidade I – 4 profissionais (2 Nível superior) + (2 Nível médio), modalidade II – 6 profissionais (3 Nível superior) + (3 Nível médio), modalidade III – modalidade II + profissional médico.

Ainda conforme as Diretrizes (*op. cit.*) poderão compor os Consultórios na Rua as seguintes profissões constantes do Código Brasileiro de Ocupações – CBO:

Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. A composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão seja ele de nível superior ou médio.

O Agente Social, quando houver, equivalerá ao profissional de nível médio. Compreende-se por Agente Social o profissional que desempenha atividades que buscam garantir a atenção, a defesa e a proteção das pessoas em situação de risco pessoal e social, bem como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Ainda de acordo com as Diretrizes (BRASIL, 2012), as equipes dos Consultórios na Rua deverão atender de oitenta a mil pessoas em situação de rua, cumprindo carga horária mínima semanal de 30 horas, tendo horário de funcionamento adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e noturno e em qualquer dia

da semana. Todas as modalidades de equipes dos Consultórios na Rua poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações.

As diretrizes dos Consultórios na Rua do SUS (BRASIL, 2014) fixaram os valores relativos ao incentivo financeiro para custear as equipes da seguinte maneira:

Para a eCR Modalidade I será repassado o valor de R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais); para eCR Modalidade II será repassado o valor de R\$ R\$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) ; e para a eCR Modalidade III será repassado o valor de R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por equipe.

As Diretrizes (*op. cit.*) apontam que os municípios que tiverem interesse em implantar os Consultórios na Rua devem ter uma população superior a 300 mil habitantes, mas que esta orientação é flexível a mudanças, e depende da quantidade de pessoas em situação de rua e usuários de álcool e ou outras drogas que o município venha a apresentar.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem qualitativa. Um estudo de natureza qualitativa, com a utilização da observação participante, acompanhada de diário de campo. Segundo Minayo (2010), o método qualitativo aborda o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

De acordo com Gil (2009), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Por exemplo, quais as características de um determinado grupo em relação a sexo, faixa etária, renda familiar, nível de escolaridade etc.

De acordo com Queiroz (2007) a abordagem qualitativa teve origem no século XIX, na Alemanha, justificando a necessidade das ciências sociais para estudo dos fenômenos humanos. Sua existência é estabelecida a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo, cabendo ao pesquisador compreender o significado da ação humana, e não apenas retratar os comportamentos. O eixo central do paradigma qualitativo é encontrado na condição humana de responder a estímulos externos de maneira seletiva. Tal seleção é motivada pela forma na qual os sujeitos definem e interpretam situações e acontecimentos.

Ainda segundo o autor (*op. cit.*), a observação é um dos meios mais contínuos e utilizados pelo ser humano para conhecer e assimilar as pessoas, as coisas, os acontecimentos e as situações. Observar é colocar os sentidos a fim de obter uma informação sobre algum aspecto da realidade. Realizar uma observação significa aplicar atentamente os sentidos a um objeto para dele adquirir uma ideia clara e precisa. A observação se constituiu uma técnica científica a partir do momento em que passa por desenvolvimento, planejamento e controle da objetividade. O pesquisador não está apenas olhando o que está acontecendo ao seu redor, mas observando com um olho treinado em busca de certos acontecimentos específicos. A observação ajuda muito o pesquisador e tem sua vantagem relacionada às possibilidades de se obter as informações nas ocorrências naturais dos fatos. Não tratando apenas de ver, mas de examinar. Não se trata somente de compreender, mas de auscultar. Trata-se de ler documentos (livros, jornais, impressos diversos) na medida em que estes não somente nos notificam dos resultados das observações e pesquisas feitas por outros, mas traduzem também a reação dos

seus autores. Porém, pode-se relatar que a observação é tão extensa e abrangente que, de uma forma ou de outra, utiliza todos os procedimentos de pesquisa realizada.

A coleta se norteou, igualmente, pela noção da *observação participante*, a fim de conhecer as especificidades do campo de pesquisa. Segundo Moré e Crepaldi (2004 *apud* MASSIGNANI, 2007) esses registros, embora firmados na subjetividade do pesquisador, poderão auxiliar na construção de sentidos, colaborando também para o trabalho de organização dos dados da pesquisa, inclusive na construção das categorias de análises.

A observação participante, parte importante desta pesquisa, propicia a presença do observador numa situação social com o objetivo de realizar uma investigação científica. De acordo com Minayo (2010), durante a observação participante o observador estabelece uma relação face a face com os observados, sendo o pesquisador parte do contexto de observação, modificando e sendo modificado pelas circunstâncias.

Os registros no diário de campo, relativos aos diferentes componentes do espaço da rua, expressam a compreensão do pesquisador sobre as condições de entrada e permanência no campo, a receptividade dos sujeitos, as situações inusitadas durante as saídas, os contatos com as pessoas na rua, bem como o contexto social e cultural vivenciado. O diário de campo, conforme Minayo (2010), tem como objetivo descrever as impressões pessoais do pesquisador, as conversas informais, as posturas e intercorrências no processo de pesquisa, bem como a exploração de novos questionamentos. Desta maneira, sempre após a realização das entrevistas, a pesquisadora realizou anotações no diário de campo, referentes às principais questões que aconteceram durante a entrevista e estada no campo, se constituindo como informações importantes e complementares para o momento de leitura e análise dos dados.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Mossoró, situada no interior do Estado do Rio Grande do Norte, na região Nordeste do Brasil. Mossoró apresentava uma população estimada, no ano de 2015, de aproximadamente 290 mil habitantes. A cidade, portanto, se constituiu nosso *locus* investigativo, a partir do acompanhamento do Consultório na Rua de Mossoró.

O Programa Consultório na Rua está em funcionamento na cidade de Mossoró, aproximadamente, há um ano e meio, atuando com a equipe de modalidade II, composta por seis profissionais, três de nível médio e três de nível superior, tendo em média

aproximadamente noventa pessoas cadastradas. O local da pesquisa foi escolhido por ser o segundo município do estado do Rio Grande do Norte com implantação e operacionalização do programa.

4.3 População e amostra

Segundo Gil (2009), população pode ser definida como um conjunto de elementos que possuem características determinadas ou distintas. Já amostra é considerada um subconjunto de uma população ou do universo, em que estabelecem suas características.

A população da pesquisa foram os sujeitos em situação de rua atendidos pelo programa Consultório na Rua. A amostra foi estimada por conveniência, de forma não-probabilística, e optamos por trabalhar com 15% - 14 pessoas, portanto - do percentual total das pessoas cadastradas no Programa, que apresenta um número de 90 pessoas cadastradas, e obedecendo os critérios de inclusão e exclusão abaixo descritos.

Os critérios de inclusão foram: sujeitos em situação de rua, maiores de 18 anos, atendidos pelo programa Consultório na Rua, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão foram: sujeitos em situação de rua que não eram atendidos pelo programa Consultório na Rua e/ou que se recusaram ou não mostraram condições de participar, em virtude de estados alterados devido ao uso de substâncias psicoativas ou por motivos análogos.

4.4 Instrumento de coleta

Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado como instrumento um roteiro de entrevista, visando coletar informações relacionadas à temática em questão.

Segundo Ribeiro (2008 p. 141), a entrevista consiste na

técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores.

Conforme Gil (2010), é possível definir entrevista como a técnica na qual o investigador se apresenta frente ao investigado mediante a formulação de perguntas, com o intuito de extrair dele dados e informações que interessam à investigação. A entrevista é, desse modo, uma espécie de interação social, estabelecida por meio de um diálogo assimétrico, em que uma das partes objetiva coletar dados e a outra se coloca como fonte de informação. Gil (2010, p. 118) postula que, em analogia com o questionário, que também aparece com muita frequência em pesquisas qualitativas e nas ciências sociais, a entrevista apresenta vantagens, pois:

- a) possibilita a obtenção de maior número de respostas, posto que é mais fácil deixar de responder a um questionário do que negar-se a ser entrevistado;
- b) oferece flexibilidade muito maior, posto que o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista;
- c) possibilita captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e ênfase nas respostas.

De todo modo, adverte Britto Júnior e Feres Júnior (2011), a despeito das vantagens apresentadas, a entrevista, por si só, não seria capaz de assegurar a fidelidade dos dados e informações coletadas. Portanto, ela deve ser utilizada em conjunto com outros métodos de coleta de dados para que os resultados qualitativos almejados possam ser fidedignos e expressarem de fato e, com efeito, o universo no qual está inserido o objeto da pesquisa.

4.5 Procedimento da coleta

O roteiro de entrevista estruturado foi aplicado levando em conta a disponibilidade e aceitação dos participantes, nos turnos tarde ou noite, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE – FAMENE João Pessoa-PB e encaminhamento de Ofício do Núcleo de Pesquisa e Extensão da FACENE/RN à Secretária de Saúde do município de Mossoró/RN. Os participantes que concordaram em colaborar com a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi realizado contato com a coordenação do Programa Consultório na Rua, no intuito de explicar a pesquisa à equipe, bem como contar com o apoio da mesma, uma vez que o trabalho demandava ser realizado junto à equipe do Consultório na Rua. Posteriormente,

entramos diretamente em contato com as pessoas em situação de rua, onde, na oportunidade, informamos os objetivos e/ou intenção da pesquisa. Desse modo, e assim sendo, realizamos as perguntas aos entrevistados e captamos as respostas em gravadores portáteis, com a devida anuência dos participantes.

Nesse direcionamento, a pesquisa foi realizada no mês de outubro de 2016, compreendendo cinco incursões em campo. As idas ao local de pesquisa se deram sempre na companhia da equipe do Programa Consultório na Rua, conforme autorização prévia da Secretaria de Saúde e conforme contato prévio. A equipe nos acolheu da melhor forma possível, oferecendo todas as informações e suporte necessário para o desenvolvimento da pesquisa. Os locais de realização da pesquisa variaram conforme a atuação do programa nos dias em que acompanhamos a equipe, mas sempre na circunscrição da cidade de Mossoró.

4.6 Análise dos dados

A pesquisa teve abordagem qualitativa e, para analisar as informações coletadas, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo (AC). A análise dos dados sociodemográficos foi disposta em gráficos e expressa em índices de porcentagem, a fim de possibilitar uma leitura mais concisa.

A AC consiste em explicar as ideias e expressões inseridas em uma determinada mensagem, a partir da qual o pesquisador irá desenvolver categorias para analisar as falas de seus entrevistados, visando à resolutividade do problema, por meio de uma interpretação elaborada e minuciosa.

Bardin (2010, p. 44) conceitua a AC como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Sendo assim, a Análise de Conteúdo é uma técnica alicerçada na descrição objetiva, sistemática e qualitativa, permitindo que o pesquisador depreenda acerca dos dados de um determinado contexto, isto é, fundamenta-se nas vivências dos sujeitos, assim como compreende determinado objeto de estudo e seus fenômenos (BARDIN, 2010).

A análise de conteúdo, como técnica que trabalha os dados coletados, busca a identificação do que está sendo falado acerca de um tema específico, conforme Vergara (2005), e pretende descodificar o que está sendo comunicado. Nesse intento, o pesquisador pode se valer de procedimentos variados, a fim de estabelecer o mais indicado para trabalhar o material sob análise. Para Cecília Minayo (2001), a análise de conteúdo pode ser assimilada muito mais como um conjunto de técnicas. Sob o prisma dessa autora, a análise de conteúdo consiste na análise de informações que aludem ao comportamento humano, o que abre caminho para uma aplicação com muita variação, tendo duas funções primeiras, a saber, a verificação de hipóteses e questões e a elucidação do que subjaz aos conteúdos.

O processo de análise dos dados envolve diversas etapas no que concerne à análise de conteúdo. Bardin (2010) estabelece três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Ainda conforme a pena de Bardin (2010), a pré-análise é a fase na qual se organiza o material que será analisado, organizando e sistematizando as ideias iniciais; a segunda fase se refere à exploração do material, definindo categorias e promovendo a identificação das unidades de registro; a terceira fase se volta para o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, ou seja, diz respeito ao tratamento dos resultados, incluindo a condensação e o destaque das informações para análise, resultando nas interpretações inferenciais. É o momento da análise crítica e reflexiva, reservando igualmente espaço para intuição.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida antecipadamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nova Esperança. Deste modo, no transcorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, informando ao participante que haveria o anonimato dos depoentes, assim como o sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012).

A pesquisa levou ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica da Resolução do COFEN 311/2007, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007). Conforme parecer de número 103/2016 e CAAE: 58797116.0.0000.5179.

Além disso, o referido estudo poderia apresentar risco(s) para o(a) participante, como o constrangimento que poderia ser gerado diante dos questionamentos. No entanto, os mesmos foram minimizados através da utilização de um instrumento que não proporcionou conotações negativas de caráter pessoal ou social, bem como a realização da coleta de dados em um local reservado que permitisse total privacidade. Em relação aos benefícios espera-se que com esta pesquisa os profissionais reflitam sobre a importância da assistência do Programa Consultório na Rua, e que ela possa apresentar para academia os dados com relação ao conhecimento das pessoas em situação de rua sobre a importância do Programa Consultório na rua. O conjunto de benefícios supracitados, ao fim e ao cabo, surgem superando os riscos apresentados e denotando parte da relevância da pesquisa.

4.8 Financiamento

Todas as despesas relacionadas à realização da pesquisa e que viabilizaram a sua construção foram de inteira responsabilidade do pesquisador associado. A Faculdade Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se pela disponibilização do acervo bibliotecário, computadores e conectivos, bem como pelo orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste item estão descritas as categorias que foram originadas com base nas falas dos sujeitos em situação de rua, cadastrados no programa Consultório na Rua, possibilitando, por conseguinte, a Análise de Bardin. Estas categorias foram desenvolvidas a partir das expressões que tiveram maior frequência durante as respostas, e também as mais completas, com o objetivo de responder qual a percepção das pessoas em situação de rua, acerca do Programa Consultório na rua. De acordo com os preceitos éticos, os sujeitos da pesquisa foram identificados de Entrevistado 1 a Entrevistado 14, assegurando o sigilo total do seu anonimato.

A Análise de Conteúdo constituiu quatro categorias intituladas: As principais dificuldades da vida na rua; A questão do preconceito, o problema da violência e o estigma em relação às pessoas em situação de rua; A percepção das pessoas em situação de rua acerca do Programa Consultório na Rua; Os benefícios do Programa Consultório na Rua pela ótica das pessoas em situação de rua.

Os dados encontrados no campo ainda possibilitaram apresentar um perfil das pessoas entrevistadas, o que dá início às nossas análises.

5.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa

Ao longo do processo de ida a campo foram entrevistadas 14 pessoas em situação de rua. Dos 14 entrevistados, 8 eram do sexo masculino, (57%) e 6 do sexo feminino, (43%), como demonstrado no gráfico 1 a seguir.

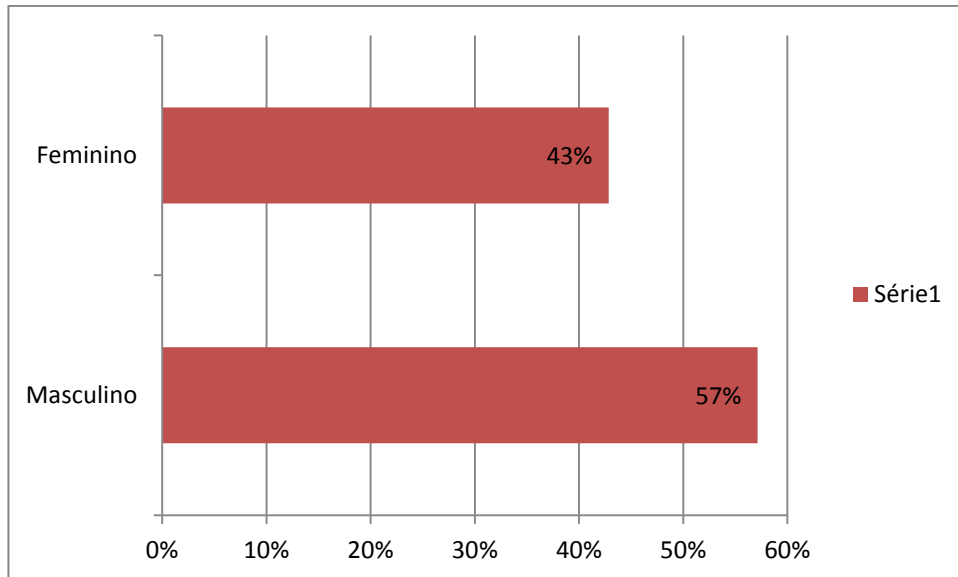


Gráfico 1: Sexo

Fonte: Pesquisa de campo (2016)

Conforme visualizado no gráfico 1, é perceptível uma quantidade maior em relação ao número de homens na rua. Os dados encontrados nesse estudo corroboram as pesquisas de (BRASIL, 2008) realizadas em todo o Brasil, no qual 82% das pessoas em situação de rua eram homens.

Com relação a faixa etária dos entrevistados, identificou-se que esta variava entre 23 e 49 anos. Dos 14 entrevistados, 3 tinham idade entre 23 e 29 anos; 7 estavam entre 31 e 39; 4 entre 41 e 49, conforme gráfico 2.

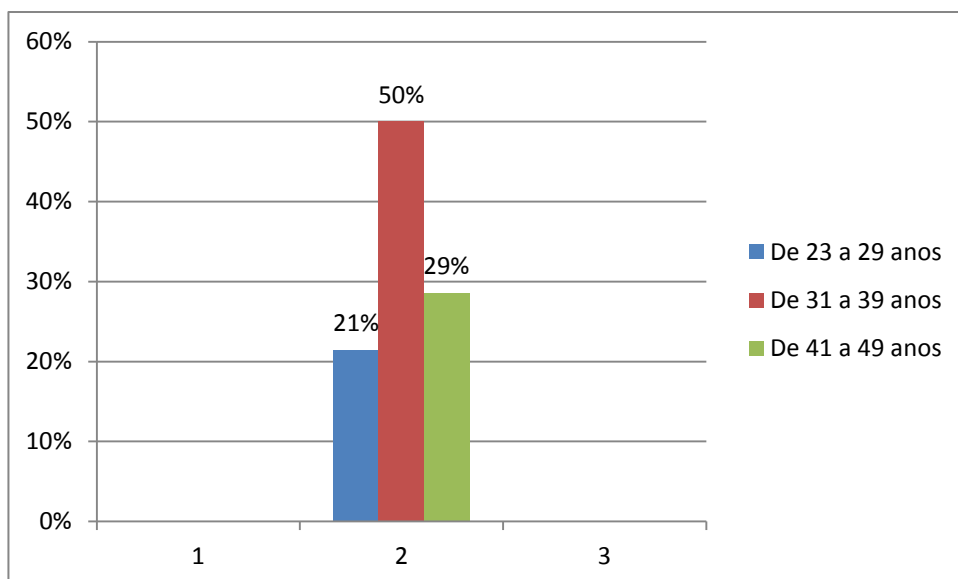


Gráfico 2: Faixa Etária

Fonte: Pesquisa de campo (2016)

Com relação a faixa etária e contexto da rua, podemos perceber que há uma

predominância de adultos entre 23 e 49 anos de idade. Como impactos desse processo, podemos inferir que esses sujeitos, por razões diversas encontram dificuldades ou não estão conseguindo desenvolver atividades laborais, sociais e profissionais e, além disso, apresentam riscos à sua saúde.

A rua é lugar diverso, onde podemos encontrar diferentes sujeitos. Quando perguntados sobre ter frequentado ou não a escola, a grande maioria respondeu que frequentou. Dos 14 entrevistados, 4 não frequentou a escola, e 10 disseram ter frequentando-a. Houve predomínio de pessoas que frequentou a escola, portanto, conforme gráfico 3.

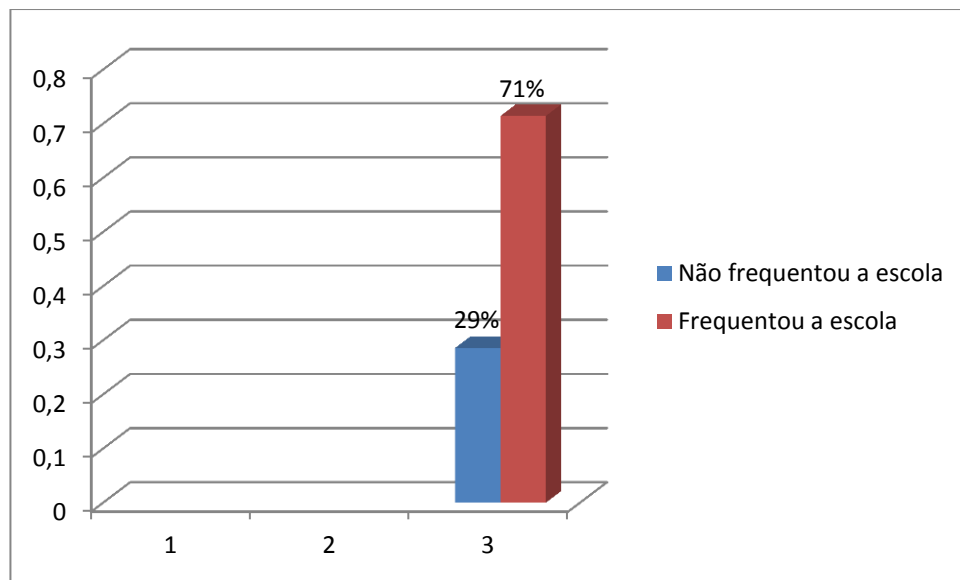


Gráfico 3: Frequência Escolar

Fonte: Pesquisa de campo (2016)

Os dados encontrados sobre a escolaridade dos entrevistados, nesta pesquisa, denotam que 29% dos entrevistados não frequentaram a escola e 71% frequentaram a escola. As profissões/ocupações que reconhecem como suas, ou seja, ofícios que exerceram ou exercem, são distintas, tais como: flanelinha, lavador de carros, pastorador de carros, pintor, cabeceiro, e 2 pessoas sem profissão definida

Diariamente, pessoas saem de suas casas pelos mais diversos motivos. Nesta pesquisa, encontramos sujeitos que há poucos meses decidiram sair de casa, bem como os que vivem na rua há longo tempo. Dos 14 entrevistados, 1 estava apenas há 3 meses na rua; 1 estava de 3 meses até 1 ano; 4 pessoas entre 1 até 3 anos; 3 pessoas entre 4 até 5 anos; 4 pessoas entre 5 até 15 anos, e 1 pessoa saiu da casa de sua família há mais de 15 anos, há 22 anos, mais especificamente, conforme gráfico 4 a seguir.

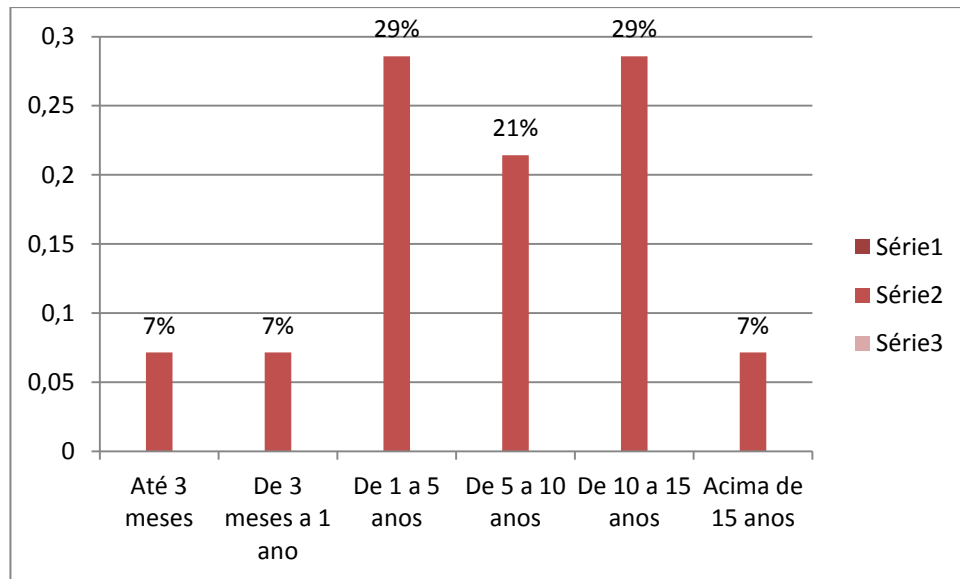


Gráfico 4: Tempo que saiu de casa
Fonte: Pesquisa de campo (2016)

Em análise ao gráfico 4, fica claro que apenas 1 pessoa está nas ruas há 3 meses. O restante está na rua no período entre 1 até 15 anos, vivendo, desse modo, em situação de rua, sendo que o de maior tempo está há 23 anos do afastamento inicial de sua casa/família.

5.2 As Principais dificuldades da vida na rua

As pessoas em situação de rua vivenciam inúmeras dificuldades. Entre elas sendo a mais evidente sua territorialização. A vulnerabilidade locacional impõe a esses sujeitos diversos tipos de carências e demandas, como: insalubridade, insegurança frente aos que lhe dirigem olhares de desconfiança, fome, calor, frio, abrigo, dentre outros. Podemos concluir que a população em situação de rua vive em situação de total desamparo. As batalhas pela reconstrução dos sentidos de si no mundo é rotina e permanente objeto de angústia. (VALENCIO et al, 2008).

Para Santana (2014), o discurso sobre a atenção às pessoas em situação de rua é um tema de grande relevância para a sociedade, principalmente no que diz respeito às questões de saúde e seus determinantes. Levando em consideração que a saúde e o ambiente estão entrelaçados, os fatores desfavoráveis aos quais esses sujeitos estão expostos como, por exemplo, a alimentação, frio, falta de higiene, de apoio familiar, insegurança, entre muitos outros, agravado ainda mais pelo estigma social, que por sua vez o sujeito internaliza, aumentando a barreira de acesso ao cuidado com sua saúde, o que maximiza as consequências

negativas para essa população, sobretudo levando em consideração (*ibidem*) o grande aumento do contingente da população em situação de rua, especialmente nas grandes metrópoles. Ou seja, há um aumento do impacto negativo do viver nas ruas para a saúde física, simbólica e mental dos sujeitos e a baixa ou quase nenhuma acessibilidade aos serviços de saúde.

Nesse sentido, os depoimentos obtidos a partir da coleta de dados caracterizam as principais dificuldades da vida na rua, pela ótica dos sujeitos em situação de rua:

Teto, banho, dormida, comida... a dificuldade é essa. E10

Primeiro de tudo é a alimentação, depois a segurança, falta da família. E9

A discriminação. E6

Conforme foi observado durante a pesquisa em campo, e alicerçado nas falas aqui trabalhadas, as condições em que esses sujeitos se encontram são sub-humanas, lhes faltam o básico para a sua própria sobrevivência, como a alimentação, a higiene, segurança e, principalmente, a falta do vínculo familiar. Ainda pudemos observar que esses sujeitos estão expostos significativamente ao preconceito, bem como a falta de acesso ao básico, no que refere à saúde, e devido às condições a que eles são submetidos, estão conseqüentemente mais propícios a desenvolverem vários agravos à sua saúde, sem esquecer as já existentes, que pouco ou quase nada são tratadas. Além de todas essas dificuldades encontradas, existe um fator muito importante a ser considerado, que é o uso de drogas pela maioria desses sujeitos, como será visto mais adiante, aumentando assim os riscos a sua saúde.

5.3 A questão do preconceito, o problema da violência e o estigma em relação às pessoas em situação de rua.

A pobreza é um tema que passa despercebido, principalmente nas grandes cidades, e é mais acentuado quando falamos de pessoas em situação de rua, sujeitos que se encontram numa situação de pobreza absoluta. Eventualmente, na cidade, cruzamos com eles todos os dias, embora não os vejamos ou simplesmente não queiramos vê-los, porém, eles se encontram lá nas ruas, construindo e também reconstruindo seus territórios diariamente (SOBRINHO, 2012).

As pessoas em situação de rua são alvos de diversas práticas de discriminação, sendo classificadas de forma depreciativa e sendo oprimidas pelos olhares avessos. O estigma é o

conceito desse processo de marginalização, oferecendo à pessoa que o carrega um reconhecimento de inferioridade perverso frente aos demais. Esse conceito de inferioridade vem a funcionar para justificar as práticas estigmatizadoras e para as várias agressões às pessoas em situação de rua, pois a vida desses sujeitos é basicamente construída por discriminação, preconceitos e violência. A marginalização na figura do preconceito tem como objetivo a manutenção da ordem social partindo da atribuição a determinados grupamentos de atributos de periculosidade e de perversidade. Assim, a estigmatização funciona como uma forma de opressão (JUNIOR; XIMENES; SARRIERA, 2013).

Para Goffman (2008), quando as marcas pelas quais as pessoas passam a ser identificadas socialmente são predominantemente negativas, neste caso ali está o estigma, e que, dentro da diversidade de formas sob as quais o estigma opera sobre os sujeitos, estão entre as principais: abominações do corpo, culpa de caráter individual, tribais e de raça, nação e religião.

As declarações a seguir descrevem alguns dos preconceitos sofridos pelos sujeitos em situação de rua.

Vê as pessoas como lixo. Quanto mais bonitinha a roupa que a pessoa tem, ela tem condição, vale mais. Aí se não tem roupinha bonita tá fedendo, desvaloriza. E1

Eu acho que eles não enxergam, ou pelo menos fingem. E9

Os sujeitos em situação de rua padecem com o problema da invisibilidade social, que é um fator marcante no processo de exclusão social, ou seja, um problema social, político e também de ordem econômica, que atinge todas as sociedades (SOARES, 2008). Isso pode ser constatado na fala do entrevistado a seguir, quando perguntado como eles acham que as pessoas, a sociedade, enxergam as pessoas em situação de rua:

Eles não enxergam a gente, eles fecham os olhos para os moradores de rua. A gente é um bicho perto deles, alguma coisa podre que eles logo saem de perto. E8

O uso de álcool e outras drogas é um dos principais fatores que levam os sujeitos para as ruas, seja por separação familiar, morte, abandono ou até expulsão do convívio familiar e de casa, ou seja, situações que remetem à vulnerabilidade social, econômica e ao alcoolismo. Na procura por uma solução para seus problemas, o sujeito excluído recorre às drogas, sendo o álcool uma das primeiras escolhas. Ao chegar às ruas a negligência ou a indiferença apresentada pela sociedade os isolam, deixando-os mais fragilizados, fazendo com que eles

procurem alguma forma de amenizar essa dor (KITAOKA; SOUZA; VERAS, 2011).

Quando perguntado aos entrevistados a causa de terem ido para às ruas e sobre o uso de álcool ou outras drogas, eles confirmam o referencial citado, conforme as falas:

As drogas. E1

As brigas em casa, o desprezo, falta de atenção. Senti-me sozinha. E10

Já usei várias drogas. Nunca injetei, mas já tomei, fumei e cheirei. E9

[...] Eu uso crack sempre que consigo dinheiro pra comprar. E8

Como podemos observar pelas falas destacadas anteriormente, os sujeitos em situação de rua confirmam os preconceitos sofridos por eles, e também o uso de álcool e outras drogas, corroborando com os referências citados.

Estamos em meio a uma sociedade marcada pela desigualdade social e pela supervalorização do capital em agravo aos direitos inalienáveis do ser humano. A população em situação de rua pode ser considerada como uma das mais dramáticas manifestações da questão social. Além da situação de extrema vulnerabilidade social, também tem sido objeto de atos de violência que manifestam a barbárie que se encontra a sociedade brasileira nos dias atuais (ARGILES; SILVA, 2011).

A policia já me bateu várias vezes E10

[...] Fui estuprada uma vez, me “rasgaram” toda. Foram três homens de uma vez só. E13

[...] Sentado no banco da praça, viu a gente e pensava que estávamos roubando, fazendo alguma coisa. Eu tenho essa costela quebrada, foi a policia. E1

As falas dos entrevistados 13, 10 e 1 confirmam o sofrimento e a violência, tanto física como emocional, vivida por essa população, sendo cometida, inclusive, por agentes do próprio Estado, que, *a priori* e teoricamente – constitucionalmente, inclusive – deveriam proteger todos os cidadãos indiscriminadamente, e não violentá-los.

5.4 A percepção das pessoas em situação de rua acerca do Programa Consultório na Rua.

O Programa Consultório na Rua foi instituído pela Política de Atenção Básica, no ano de 2011, pretendendo ampliar o ingresso da população em situação de rua aos serviços de saúde, concedendo de forma mais apropriada atenção integral à saúde para esse grupo populacional, no qual se encontra em situação de vulnerabilidade e com seus vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais, que ofertam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua *in loco*. Suas ações são realizadas de maneira itinerante, compartilhadas com as Unidades Básicas de saúde (UBS) e com os Centros de apoio Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2012).

É visível a necessidade de criação de vínculos com os sujeitos em situação de rua, a relação dialógica e o saber escutar se constituem como saberes necessários. A equipe do consultório na rua exerce a prática de acordo com a necessidade dos sujeitos e com as condições de trabalho que eles podem ofertar. Foi percebido através da observação em campo que eles utilizam a escuta, como ferramenta para identificar as suas necessidades, como uma consulta médica, uma internação no CAPS-AD, além de encaminhamento para associações beneficentes como a Reviver, bem como referenciá-los para as Unidades Básica de Saúde de referência do programa Consultório na Rua e também a realização de curativos e a promoção de saúde, através da educação em saúde, realizada no próprio espaço da rua, como revelam as falas a seguir:

[...] Já fizeram curativo, já me levaram para o hospital uma vez. E9

Foi ter me internado em uma clínica chamada reviver e eu ter tido meu menino com parto sossegado, com médicos. Fui atendida como qualquer outro ser humano. E2

Uma vez eles me levaram pra fazer uma consulta médica. E8

A observação em campo e a produção dos dados por meio da entrevista possibilitaram a visualização da significância do trabalho da equipe do consultório na rua, para oferecer um cuidado integral às pessoas em situação de rua e para assegurar, minimamente, garantia de cidadania e de direitos sociais. Neste sentido, a escuta, os conselhos, bem como o devido valor que a equipe oferta a essa população se inserem em todas as etapas da proposta de trabalho da equipe do consultório na rua, considerando que esta desenvolve um cuidado

diário, que depende da identificação das necessidades dos sujeitos em situação de rua. Este cuidado, porém, se estabelece a partir de uma relação de respeito, que entende as necessidades de escuta e a criação de vínculos com esses sujeitos como uma ferramenta para proporcionar o exercício de cidadania da população em situação de rua, destacadas nas falas a seguir:

Pra mim são tudo gente boa, já me ajudaram. E1

É uma boa pra nós, uma forma de a sociedade ver a gente como ser humano.
E10

Uma coisa boa pra nós que vivemos na rua. E9

5.5 Os benefícios do Programa Consultório na Rua pela ótica das pessoas em situação.

Nos dias atuais, existe um número cada vez maior de pessoas da população geral e principalmente as que se encontram em situação de rua, que estão excluídas das estruturas convencionais da sociedade, resultando no comprometimento de sua saúde, tanto física como psíquica, e conseqüentemente da sua sobrevivência. É no cenário das ruas onde vários desses sujeitos buscam “acolhimento”, e neste mesmo lugar se deparam com comportamentos e situações de risco, entre eles o uso de drogas, o que, posteriormente, pode ocasionar várias patologias. O aumento do consumo de drogas, por sua vez, se constitui um grave problema de saúde pública em todos os países do mundo, sendo objeto de planejamento de diversas estratégias para tentar minimizá-lo. (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

A frequência de sujeitos em situação de rua, não apenas sem um teto, mas sem horizontes, é um problema para qual ainda não há uma resposta efetiva. O poder público vem elaborando diversos programas para atenção às pessoas em situação de rua. As equipes de saúde estão voltadas para o atendimento da população em situação de rua, estando incorporadas ao departamento da Atenção básica, Ministério da Saúde e Saúde Mental, denominado de Consultório na Rua. As propostas dos Consultórios na Rua englobam além da saúde Mental, o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares, as doenças sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), doenças de pele, problemas ortopédicos decorrentes de situação de violência e atropelamento, dentre outras situações (SANTANA, 2014).

Diante da importância e necessidade de políticas públicas voltadas a essa população, segue as falas dos sujeitos quanto às suas visões dos benefícios do Programa Consultório na Rua:

[...] Eu comecei a ser atendida por eles quando eu estava gestante do meu último menino. Eles me deram a mão, me levaram lá pra clínica, que fez todo o procedimento com o negócio do pré- natal essas coisas. E2

Porque sabemos que se a gente precisar de algum atendimento na área de saúde, podemos contar com eles. Sem eles eu nunca conseguiria fazer nenhuma consulta, só porque ando mal vestido, sujo. E9

Eles são humanos e nos tratam como gente. E10

De acordo com as falas dos sujeitos em situação de rua e com a ajuda da observação em campo, os dados nos mostram que a população em situação de rua considera que o programa Consultório na rua é muito importante para eles, pois a equipe os tratam de maneira humanizada, fazendo o acolhimento verdadeiro e com isso conseguindo criar vínculos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou, a partir de seus objetivos, compreender a percepção das pessoas em situação de rua, após atendimento do Consultório na Rua sobre a atuação desse programa. Ao dar início a nossa coleta de dados, observamos que a maioria do nosso público alvo são pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, e que essa população tende a não se fixar em um único território, essa característica se constitui como um desafio inicial para se pensar a atenção à saúde desse grupo populacional.

Nossa pesquisa não sofreu muitos desafios para sua realização, pois contamos com o apoio da equipe do Consultório na Rua, desde o nosso primeiro dia de pesquisa. Visitas estas realizadas sempre nos fins de tarde, quando a noite já se iniciava, horário considerado mais fácil de encontrar a população em situação de rua. Ao andar pelas ruas da cidade, incluindo lugares mais e menos habitados, o pesquisador muitas vezes sentiu-se intimidado com cenas e situações do cotidiano de quem vive e está em situação de rua. Sentiu medo, percebeu-se um estranho, mas conseguiu aproximações e resultados. Essas questões transpassam a estada em campo, e são próprias de pesquisas que se instauram em territórios menos tradicionais, imprevisíveis. No entanto, esses territórios são substantivos produtores de subsídios e questionamentos para realização da pesquisa.

Ao chegar às ruas, nos territórios dos sujeitos da pesquisa, cuidamos para não invadir a intimidade de quem, por grande parte do dia, é observado por olhares estranhos, desrespeitosos, indignados, isso quando não são tomados como seres invisíveis. Perceber a condição do outro, sem rumo, sem possibilidades, praticamente sem vida, é perceber a própria fraqueza, de quem vive e é responsável por um mundo que não acolhe a todos.

A priorização e organização do que foi percebido e encontrado em campo, constitui também um desafio, sendo que priorizamos os dados que correspondiam aos objetivos desta pesquisa.

Ao debater os dados junto à fundamentação teórica, chegamos a alguns pontos. Sendo o primeiro deles que, para os sujeitos estudados existe uma grande relação de estar na rua e fazer uso de álcool e /ou outras drogas, sendo este tanto um fator que contribui para a saída de casa, como algo eu os mantem e sustentam no espaço da rua. O uso de drogas, como apontado nas análises e discussão dos dados, vem acompanhado de vários significados, dentre eles, o de lidar com suas dependências das drogas, como também para esquecer situações difíceis, que de certa forma marcaram suas vidas, e, igualmente, como forma de suportar o presente, dentre eles, o de estar em situação de rua.

Outro fator que ficou evidente é que o grupo entrevistado, mesmo sendo marcado pelo processo de preconceito, estigma e exclusão social, acessam os serviços de saúde, mesmo de forma muito irregular, não construindo vínculos capazes de instituir um cuidado sistemático com sua saúde. Nessa questão, podemos perceber que há certa intimidade dos sujeitos em situação de rua com relação às equipes do Consultório na rua facilitando uma criação de vínculos entre eles.

A partir dos dados da pesquisa, é possível perceber que o Consultório na Rua se constitui como uma ferramenta muito importante para os sujeitos entrevistados, pois a partir desta ferramenta é que eles são capazes de superar os preconceitos e receber atendimento, mesmo que de forma irregular, na área da saúde.

Vários significados foram atribuídos às equipes do Consultório na Rua, por seus usuários, nesta pesquisa. Para uns o Consultório na Rua é uma espécie de cuidado e acolhimento, de pessoas humanas, que escutam e entendem suas singularidades. Para outros, configura-se como um dispositivo muito importante para a população em situação de rua e que possibilita acessar o Sistema Único de Saúde (SUS). Desafio este para os profissionais que trabalham atuando com esse grupo populacional, principalmente aqueles que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.

Por fim, considerando que toda pesquisa tem seu tempo de validade e apresenta suas limitações e contingências, esta pesquisa, mesmo trazendo questões pertinentes para reflexão sobre as pessoas em situação de rua, o uso de drogas, o preconceito, estigma exclusão social, e sobre o Consultório na Rua, também não se pretende elucidar por completo e de forma cabal a temática, abrindo possibilidades para novas investigações e ponderações.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. **Pessoas em situação de rua, Uso de drogas e o Consultório na rua**. 2013.168 f. Dissertação (Mestrado Saúde Mental e atenção Psicossocial)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106896/321526.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.>Acesso em: 11 de Maio. 2016.

ALVÂNTARA, A. M.; VESCE, G. E. P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. In: **VIII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO**, Curitiba, 2008. Anais... Curitiba: PUCPR, 2008. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere>>Acesso em: 17 Mar. 2016.

AMARANTE, P. D. C; TORRE, E. H. G. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: Análise de Dois Projetos Pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, Vol. 25, Maio/Agosto de 2001, P. 26-34. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/A_CONSTITUI%C3%87%C3%83O_DE_NOVAS_PR%C3%81TICAS_NO_CAMPO_DA_ATEN%C3%87%C3%83O_PSIKOSSOCIAL.pdf. >Acesso em: 19 Mar. 2016.

AMARANTE, P. D. de C. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al (org.). **Políticas e Sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=AMARANTE%2C+P.+D.+de+C.+Sa%C3%BAde+Mental%2C+desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o+e+novas+estrat%C3%A9gias+de+cuidado.+Pol%C3%ADticas+e+Sistema+de+sa%C3%BAde+no+Brasil.+GIOVANELLA%2C+L.+et+al+%28org.%29+Rio+de+Janeiro:+Editora+FIOCRUZ%2C+2008.>Acesso em: 06 de Mar. 2016.

ARGILES, M. S; SILVA, V. R. Assistência Social e população em situação de rua. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luiz do Maranhão, 23 a 26 agosto, 2011. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/ppgss/v-jornada-internacional-de-politicas-publicas/>>Acesso em 04 de Nov. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade e Holocausto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1998. Disponível em: https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=BAUMAN%2C+Zygmunt.+Modernidade+e+Holocausto.+Rio+de+Janeiro:+Jorge+Zaha. >Acesso em: 03 Mar. 2016.

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**. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010. Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/31/documentos/consultorio_ rua_sus.pdf.> Acesso em: 30 Mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado**

à **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. > Acesso em: 27 Mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. > Acesso em: 29 Mar. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome –MDS. **Política Nacional de inclusão social da população em situação de rua**, 2008a, 25p. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/2297.pdf>. > Acesso em: 09 de jun. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Meta Instituto de Pesquisa de opinião. **Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua**. 2008. Disponível em: <http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/Pesquisa%20Nacional%20Sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>. > Acesso em: 09 de jun. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS/2004. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.sesc.com.br/mesabrasil/doc/Pol%C3%ADtica-Nacional.pdf>. > Acesso em: 09 de jun. 2016.

BRITTO JÚNIOR, Francisco de Álvaro e FERES JÚNIOR, Nazir. **A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos**. Evidência, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011.

COSTA, Ana Paula Motta. População em situação de Rua. **Revista virtual textos & contextos**, n. 4, Dez 2005. Disponível em: https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=COSTA%2C+Ana+Paula+Motta.+Popula%C3%A7%C3%A3o+em+situa%C3%A7%C3%A3o+de+Rua.+Revista+virtual+texto > Acesso em: 21 de Mar. 2016.

DAMATTA, R. **A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DAMATTA, Roberto. **O que faz o Brasil, Brasil?**. Rio de Janeiro; Rev. Rocco, 1986.

FIGUEIREDO, M. L. R; VATI, D. M. D; TAVARES, M. G. Entre Loucos e Manicômios: Histórias da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Ciências Humanas e Sociais**, v. 2, n. 2, p. 121-136, nov. 2014. Disponível em: https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=FIGUEIREDO%2C+M.+L.+R%3B+VATI%2C+D.+M.+D%3B+TAVARES%2C+M.+G.+Entre+Loucos+e+Manic%C3%B4mios:+Historias+da+Loucura+e+a+Reforma+Psiqui%C3%A1trica+no+Brasil.+Rev.+Ci%C3%A2ncias+Humanas+e+Sociais%2C+Vol.+2%2C+N.+2%2C+P.+121-136%2C+Nov.+2014. > Acesso em: 03 de Maio. 2016.

FRAGA, P. “**A rua de todos**”: Um estudo acerca do fenômeno população em situação de rua e os limites e possibilidades da rede de proteção no município de Florianópolis. 2011. 95 f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial303705>. >Acesso em: 30 de Abril 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas 2010.

GOÇALVES, A. M; SENA, R. R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos sobre o Cuidado com o Doente Mental na Família. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Vol. 9, N. 2, Ribeirão Preto, Mar./ Abril de 2001. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1551/1596>. >Acesso em: 03 de Mar. 2016.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000300013. >Acesso em: 03 de abril 2016.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro : LTC, 2008. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/308878/mod_resource/content/1/Goffman%20%20Estigma.pdf. >Acesso em: 11 de Jun 2016.

JOHNSON, Allan G. **Dicionário de sociologia**: guia prático da linguagem sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

JUNIOR, J. F. M; XIMENES, M. V; SARRIERA, C. J. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. **Revista de Psicologia**, Universidade de Chile. Out. 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/ANA%20Cristina/Downloads/30850-104224-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ANA%20Cristina/Downloads/30850-104224-2-PB%20(1).pdf) > Acesso em 05 de Nov. 2016.

KITAOKA, D. G; SOUZA, G. B; VERAS, R. M. População em situação de rua de Salvador: uma reflexão sobre vulnerabilidade familiar e qualidade de vida. **III Encontro Baiano de Estudos em Cultura**. Agosto. 2011. Disponível em: <http://www3.ufrb.edu.br/ebecult/> >Acesso em 03 de Nov. 2016.

LONDERO, M. F. P; CECCIM, R. B; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na Rua: Desafio para um Cuidado em Verso na Saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251. >Acesso em: 03 de Maio 2016.

MALHOTRA, N. K. et al. **Introdução a Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2005.

MELO M. C. Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, **Rev. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n.9, p. 84-95, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2127/2920>. >Acesso em: 09 de Mar. 2016.

MENEZES, Lucianne Sant'anna. **Pânico**: efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP. 2006. Disponível em: https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=MENEZES%2C+Lucianne+Sant'anna.+Pânico:+efeito+do+desamparo+na+contemporara. >Acesso em: 13 de Mar. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NOGUEIRA, F.G.P. **Hóspedes incômodos**: estudo sobre moradores de rua em um hospital de emergência. Rio de Janeiro, 2008. 94p. Dissertação de Mestrado- Departamento de Serviço Social. Pontifícia Universalidade Católica do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/13094/13094_4.PDF.>Acesso em: 09 de Jun. 2016.

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. **Consultório de rua**: relato de uma experiência. 2009. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009. Disponível em: http://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Dissertacao_final_MIRIAN_GRACIE_2.pdf.>Acesso em: 24 de Mar. 2016.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, abr./jun., 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>. >Acesso em: 11 de Jun. 2016.

REIS, D. **População em Situação de Rua e a sua Relação com o Trabalho**: As Estratégias de Sobrevivência Utilizadas pelas pessoas em Situação de Rua. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103473/TCC%20DAIANA%20DOS%20REIS.pdf?sequence=1>. >Acesso em: 11 de Jun. 2016.

RIBEIRO, Elisa Antônia. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência**: olhares e pesquisa em saberes educacionais, Araxá/MG, n. 04, p.129-148, maio, 2008.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(8): 1798-1800, ago, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1798.pdf>> Acesso em 10 de Nov. 2016.

SANTOS, Thiago. Sou morador de rua, mas não sou como aquele ali não: pessoas em situação de rua em Recife e as negociações de si mediante o estigma. In: **V REA XIV ABANNE**, 2015, Maceió, AL. (on-line). Disponível em: http://eventos.livera.com.br/trabalho/98-1020302_30_06_2015_23-09-30_4097.PDF. >Acesso em: 11 de Jun. 2016.

SILVA, F. P; FRAZÃO, I. S; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, vol.30 n.4 Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400805>Acesso em: 03 de Nov. 2016.

SILVA, Maria Lúcia Lopes. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo. Cortez, 2009. Disponível em: https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=SILVA%2C+Maria+L%C3%BAcia+Lopes.+Trabalho+e+popula%C3%A7%C3%A3o+em+situa%C3%A7%C3%A3o+de+rua+no+Brasil.+S%C3%A3o+Paulo.+Cortez%2C+2009.> Acesso em: 13 de Abril 2016.

SOARES, L. E; BILL, Mv; ATHAYDE, C. **Cabeça de Porco**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

SOBRINHO, A.S.O. A população em situação à luz da questão social na cidade de São Paulo na Contemporaneidade (206-2011). **Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades**. Niterói RJ: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, 03 a 06 de Setembro de 2012, ISSN 2316-266X. Disponível em: <http://coninter.blogspot.com.br/p/edital.html> > Acesso em 05 de Nov. 2016.

VALENCIO, N. F. L. S. et al. Pessoas em situação de rua no Brasil: Estigmatização, desfiliação e desterritorialização. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 7, n. 21, pp. 556 a 605, dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/NormaArt.pdf> > Acesso em 07 de Nov. 2016.

VALENCIO, N. F. L. S. et al. Pessoas em situação de rua no Brasil: Estigmatização, desfiliação e desterritorialização. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 7, n. 21, pp. 556 a 605, dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/NormaArt.pdf>. > Acesso em: 11 de Jun. 2016.

VASCONCELLOS, V. C. **A dinâmica do Trabalho em Saúde Mental: Limites e Possibilidades na Contemporaneidade e no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2008. 270 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fio cruz), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/5440/2/997.pdf>. > Acesso em: 01 de Abr. 2016.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas. 2003.

WACHELKE, João Fernando Rech et al. Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. **Estud. Psicol.**, v.13, n.2, p.107-116, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X2008000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. > Acesso em: 11 de Jun. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a):

Eu Lázaro Fabrício de França Souza, pesquisador responsável e professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN, e a aluna Ana Maria Cristina Freitas Rosa estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: **“A Percepção Das Pessoas Em Situação De Rua Acerca Do Projeto Consultório Na Rua”**.

Tem-se como objetivo geral: Analisar a percepção das pessoas em situação de rua, após atendimento, sobre o Programa Consultório na Rua. E como objetivos específicos: Conhecer na percepção das pessoas entrevistadas as atividades ofertadas pelo Programa Consultório na Rua; Identificar na percepção das pessoas entrevistadas as facilidades e as resistências do Programa Consultório na Rua; Analisar na percepção das pessoas entrevistadas a satisfação e a importância do Programa Consultório na Rua.

A relevância desse estudo está pautada em poder contribuir com a sociedade, academia e a melhoria da qualidade da assistência no atendimento às pessoas em situação de rua, uma vez que vamos ouvir dos próprios usuários do serviço quais as suas principais dificuldades de aceitação do atendimento, contribuindo para que os profissionais do Consultório na Rua possam estar repensando suas práticas e estratégias, visando uma melhor aceitação desse público, para assim poder tratar da melhor forma possível esta clientela.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas a respeito do conhecimento sobre o programa Consultório na Rua. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar risco (s) para o (a) participante de constrangimento que possa ser gerado diante dos questionamentos, no entanto, os mesmos serão minimizados através da utilização de um instrumento que não proporcione conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, bem como a realização da coleta de dados em um local reservado que proporcione total privacidade.

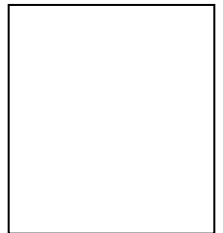
A participação do (a) senhor (a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. A pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o (s) objetivo (s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró-RN, ____ de _____ de 2016.

Responsável da Pesquisa

Participante da Pesquisa



Testemunha

¹Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701- Bairro Alto de São Manoel- Mossoró- RN – Brasil CEP:59.628-000. Fone: (84) 3312-0143. E-mail: lazaro@facenemossoro.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - Entrevista

Nº _____

I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Sexo: ()Feminino ()Masculino

Frequentou a escola? ()sim ()não

Exerce algum trabalho? ()sim () não Qual: _____

Há quanto tempo está na rua: _____

II – DADOS EM RELAÇÃO À TEMÁTICA:

- 1- Para você, o que significa estar em situação de rua?
- 2- Quais as principais dificuldades da vida na rua?
- 3- Você costuma ter contato com a família ou ir em casa? Com qual frequência?
- 4- Na sua opinião, o que o levou a viver na rua?
- 5- Você tem amigos em situação de rua? Como fez esses amigos, em que situações?
- 6- Você usa ou usou algum tipo de droga? Se sim, qual e com que frequência?
- 7- Como você acha que as pessoas, a sociedade, enxergam as pessoas em situação de rua?
- 8- Você já sofreu algum tipo de preconceito por estar em situação de rua? ()sim ()não
Descreva.
- 9- Você já sofreu algum tipo de violência por estar em situação de rua? De que tipo?
- 10- Você tem vontade de sair das ruas?
- 11- O que você acha do programa Consultório na rua?
- 12- O atendimento realizado pela equipe do Consultório na Rua você considera importante? ()sim () não Por quê?
- 13- Antes do programa Consultório na Rua como você fazia para ter atendimento na área da saúde?
- 14- Há quanto tempo você é atendido pelo programa?
- 15- Qual a sua opinião sobre a atuação da equipe do Consultório na Rua?
- 16- Você acha que precisa mudar alguma coisa no atendimento do programa Consultório na Rua? ()sim () não O quê?
- 17- Quais os benefícios que o programa Consultório na Rua lhe trouxe?

18- No início do programa Consultório na Rua, nas primeiras abordagens, quais foram suas impressões e reações? Houve algum receio em aceitar o atendimento? Qual?

19- Você já foi encaminhado para alguma unidade de saúde pelo programa Consultório na Rua? ()sim ()não Como foi recebido na unidade de saúde, por estar em situação de rua?

ANEXOS

ANEXO A – Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 4ª Reunião Extraordinária realizada em 31 de Agosto 2016 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado **“A PERCEPÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA ACERCA DO PROJETO**

CONSULTÓRIO NA RUA”, Protocolo CEP: 103/2016 e CAAE: 58797116.0.0000.5179. Pesquisador Responsável: **LÁZARO FABRÍCIO DE FRANÇA SOUZA** e das Pesquisadoras Associadas: **ANA MARIA CRISTINA FREITAS ROSA, SARAH AZEVÊDO RODRIGUES CABRAL E RÚBIA MARA MAIA FEITOSA.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2016, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 27 de Setembro de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE