

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

FELICIALE PEREIRA DA SILVA

**AS PRÁTICAS DE SAÚDE DAS EQUIPES DOS CONSULTÓRIOS DE
RUA**

RECIFE

2013

FELICIALLE PEREIRA DA SILVA

**AS PRÁTICAS DE SAÚDE DAS EQUIPES DOS CONSULTÓRIOS
DE RUA**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Educação em saúde nos diversos cenários do cuidar.

Grupo de Pesquisa: Saúde mental e qualidade de vida no ciclo vital.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Iracema da Silva Frazão

RECIFE

2013

Catálogo na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

S586p Silva, Felicialle Pereira da.
As práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua / Felicialle Pereira da Silva. – Recife: O autor, 2013.
102 f. : il. ; tab. ; quad. ; 30 cm.

Orientador: Iracema da Silva Frazão.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Educação em saúde. 2. Sem-teto. 3. Saúde mental. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Usuários de drogas. I. Frazão, Iracema da Silva (Orientador). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2013-044)

FELICIALLE PEREIRA DA SILVA

AS PRÁTICAS DE SAÚDE DAS EQUIPES DOS CONSULTÓRIOS DE
RUA

Dissertação aprovada em:

Profa. Dra. Iracema da Silva Frazão (Presidente) - UFPE

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório Cavalcanti - UFPE

Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares - UFPE

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro - UFPE

RECIFE

2013

Às equipes dos Consultórios de Rua dos municípios de Olinda e Recife, pelo trabalho grandioso que vem sendo desenvolvido para as pessoas em situação de rua, cujo entrosamento e atitudes são exemplos para que este trabalho seja disseminado, não só entre os atores da saúde, mas em toda rede intersetorial.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser a razão de tudo. Graças a Ele, consegui seguir adiante e ainda mais, com o desejo de continuar...

Aos meus pais, Cleodon e Felícia, que sendo pessoas simples e sem titulações acadêmicas, sempre me apoiaram e de tudo fizeram para que eu tivesse a melhor educação.

Às minhas filhas Sylvia Louise e Rúbia Maria que são os maiores incentivos que eu tenho. Minha única irmã Francialle, que sempre me dá suporte em todos os momentos que eu preciso. Rubens Albertino por ter sido um companheiro paciente durante toda essa caminhada.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco pela dedicação e disponibilidade para contribuir com nosso crescimento científico, dentro de uma pedagogia de amor e acolhimento. Em especial, à Profa. Dra. Eliane Vasconcelos pelas palavras de incentivo que sempre me fortaleceram.

À minha orientadora Profa. Dra. Iracema Frazão, pela sua tranquilidade, compreensão e sabedoria em conduzir-me durante todo o processo de construção da nossa dissertação.

Às minhas nove pérolas amigas do mestrado, as quais eu agradeço infinitamente a Deus por tê-las conhecido e partilhado tantas coisas boas, entre estas: as trocas de saberes e o crescimento mútuo.

À minha amiga Josinês Rabêlo a quem busquei nos primeiros momentos para construir meu projeto para seleção de mestrado e que foi o meu norte me dando visibilidade para um potencial que até então eu desconhecia. Graças a ela eu acreditei.

Às equipes dos Consultórios de Rua, que me acolheram e me fizeram sentir parte da equipe e aos usuários que estão em situação de rua, sinto que esse trabalho me fez melhorar muito como ser humano. O sentimento de gratificação é indescritível.

SILVA, FP. **As práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua** [The healths practices of the teams by street offices] Recife, 2013. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

RESUMO

A demanda expressiva do consumo de drogas e os consequentes danos à saúde é um dos fatores que leva o indivíduo à exclusão social e à perda dos direitos sociais e de cidadania, muitas vezes conduzindo o indivíduo ao espaço das ruas. Devido a essa problemática, os Consultórios de Rua (CR) foram criados para atender aos usuários de drogas em situação de rua em seus próprios contextos de vida, promovendo acessibilidade aos serviços de saúde. Assim, o eixo norteador da presente dissertação constituiu conhecer as práticas de saúde das equipes dos CR. Os objetivos específicos descrevem as estratégias de atuação das equipes e entendimento destas sobre educação em saúde, bem como desvelar as percepções sobre o processo de trabalho aos usuários em situação de rua. O artigo de revisão objetivou conhecer o contexto cultural que permeia a vida nas ruas. As bases de dados utilizadas foram: MEDLINE, LILACS, PUBMED e Periódicos CAPES, resultando em 07 artigos, publicados no Brasil e em outros países, em português, inglês e espanhol, entre 2000 a 2010. Identificou-se que a população de rua se constitui de grupos heterogêneos com destaque importante na violência como cultura de rua. O número de publicações com essa temática é reduzido. No artigo original os objetivos correspondem aos mesmos da dissertação. O estudo foi descritivo, exploratório, qualitativo, realizados em dois municípios de Pernambuco. Participaram 15 profissionais de saúde das equipes que responderam entrevistas semiestruturadas, conduzidas pelas seguintes questões: Como são as atividades que você desenvolve em sua prática nos CR? ; O que você entende por educação em saúde? ; Como você se sente realizando esse trabalho? Foi utilizada também a técnica da observação participante, com registros em diário de campo. As informações colhidas foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática e interpretadas à luz de dois dos constructos freireanos: autonomia e conscientização. Dessa análise, emergiram 5 categorias temáticas: atividades em equipe nos CR; valorização da construção do vínculo; educação em saúde como estratégia na redução de danos; satisfação com a proposta de cuidado do CR; desafio proposto na atuação do CR. Nas falas os entrevistados revelaram a necessidade em compreender a dinâmica do contexto de vida do usuário, realizando a educação em saúde como metodologia de trabalho da equipe.

Reconhecem o diálogo como abordagem essencial para construção do vínculo e de uma relação de respeito mútuo. A redução de danos aparece como uma estratégia que permite o acolhimento e a construção de uma proposta terapêutica, respeitando as possibilidades do usuário de drogas. Logo, frente a um trabalho inovador, existe uma mistura entre a satisfação e o desafio, mediados pelo compromisso efetivo da conscientização no desenvolvimento de uma práxis que respeita o outro como ser pensante e que precisa ser ouvido para que possa conhecer novas possibilidades de escolha para sua vida. O CR é uma importante estratégia que ainda necessita ser aprimorada, considerando os determinantes sociais e os efeitos nocivos das drogas para saúde física e mental dos usuários.

Descritores: Educação em Saúde; Sem-teto; Enfermagem; Saúde Mental; Pesquisa Qualitativa; Usuários de Drogas.

ABSTRACT

The expressive demand of drug use and its damage to health is one of the factors that lead the individual to social exclusion and loss of social rights and citizenship, often leading him to the space of the streets. Due to this problem, the Street Offices (SO) were created to cater the drug users on the streets in their own life contexts, promoting accessibility to health services. Thus, the guiding principle of this dissertation consisted in meeting the health practices of SO teams. The specific objectives describe the operational strategies of these teams and their understanding about health education, as well as uncover the perceptions of the work process to users on the street contexts. The review article aimed to know the cultural context that permeates life on the streets. The databases used were MEDLINE, LILACS, PUBMED and CAPES Journals, resulting 07 articles published in Brazil and other countries, in Portuguese, English and Spanish, from 2000 to 2010. It was found that the homeless population is made up of heterogeneous groups, with major emphasis on violence as street culture. The number of publications with this topic is limited. On the original article, the goals correspond to the same ones on the dissertation. The study was descriptive, exploratory and qualitative, being conducted in two municipalities of Pernambuco. Fifteen health professionals from the teams attended the study, who answered the semi-structured interviews conducted by the following questions: How are the activities that you develop in your practice in SO? What do you mean by health education? How do you feel doing this work? It was also used the technique of participant observation, with records in a field diary. The data collected were subjected to content analysis in the thematic modality, being interpreted in the light of two of “freireanos” constructs: autonomy and awareness. From this analysis, five themes emerged: team activities in SO; valuation of the bond construction; health education as a strategy for harm reduction, satisfaction with care proposal of SO; challenge proposed in actions of SO. In their speech, respondents revealed the need to understand the dynamics of the user’s life context, performing the health education as work methodology of the team work. They recognize the dialogue as essential approach to build the bond, as well as a relationship of mutual respect. Harm reduction appears as a strategy that allows the reception and construction of a therapeutic proposal, respecting the drug user’s possibilities. Therefore, before a groundbreaking work, there is a mix between satisfaction and challenge, mediated by the effective commitment of awareness in developing a praxis that respects the other as a thinking being who needs to be heard so that he can meet new possibilities of choice for his life. The

SO is an important strategy that still needs to be improved, considering the social determinants and the harmful effects of drugs for physical and mental health of users.

Descriptors: Health Education; Homeless; Nursing, Mental Health, Qualitative Research; Drug Users.

ABREVIATURAS

CAPS Ad- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CCS- Centro de Ciências da Saúde

CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CETAD- Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CR- Consultório de Rua

DST- Doença Sexualmente Transmissível

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH- Índice de Desenvolvimento Urbano

LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social

MS- Ministério da Saúde

ONG- Organização não Governamental

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

PIEC- Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas

PNPISPSR- Política Nacional para Inclusão para Pessoas em Situação de Rua

PNPR- Política Nacional para População em Situação de Rua

SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 16 |
| 2.1 | População de rua: contexto sócio, político, histórico e cultural..... | 16 |
| 2.2 | Dependência Química na População de Rua..... | 20 |
| 2.3 | Abstinência e Redução de Danos..... | 23 |
| 2.4 | Consultórios de Rua e Consultórios na Rua..... | 24 |
| 2.5 | A Educação libertadora proposta por Paulo Freire..... | 26 |
| 3 | CAMINHO METODOLÓGICO..... | 29 |
| 3.1 | Primeiro Artigo: A Interface entre a Enfermagem e o Cuidado às Pessoas em Situação de Rua: Revisão Integrativa..... | 29 |
| 3.1.1 | Desenho do Estudo..... | 29 |
| 3.1.2 | Etapas Percorridas pela Revisão Integrativa..... | 29 |
| 3.2 | Segundo Artigo: “A Práxis da Educação em Saúde nas Equipes de Consultórios de Ruas..... | 31 |
| 3.2.1 | Desenho do Estudo..... | 31 |
| 3.2.2 | Cenários do Estudo..... | 31 |
| 3.2.3 | Sujeitos da Pesquisa..... | 32 |
| 3.2.3.1 | Critérios de Inclusão..... | 32 |
| 3.2.3.2 | Critério de Exclusão..... | 33 |
| 3.2.4 | Procedimentos os para Coleta de Dados..... | 33 |
| 3.2.5 | Instrumento de Coleta..... | 33 |
| 3.2.6 | Análise de dados..... | 34 |
| 3.2.7 | Aspectos Éticos e Legais..... | 35 |
| 4 | RESULTADOS..... | 36 |
| 4.1 | Artigo de Revisão Integrativa..... | 36 |
| 4.2 | Artigo Original..... | 57 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 78 |
| | REFERÊNCIAS..... | 80 |
| | Apêndices..... | 85 |
| | Anexos..... | 90 |

1 INTRODUÇÃO

A prática de utilizar o espaço das ruas como meio de sobrevivência não é um problema novo, entretanto, mais recentemente, pode ser percebida como uma das consequências do processo de ruptura social do crescimento do capitalismo e das consequentes desigualdades sociais¹.

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, sexo de sobrevivência, entre outros². Estas condições expõem os indivíduos a situações de vulnerabilidade negativas para saúde, constituindo-se em determinantes importantes para morbimortalidade dessa população³.

As consequências decorrentes dos fatores de risco supracitados, não tardam a aparecer nas ruas, de forma que se faz necessário que ações de saúde específicas sejam planejadas e implementadas para acessibilizar os serviços de saúde a essa clientela. No Brasil, dentre estas ações, destaca-se a proposta dos Consultórios de Rua (CR)⁴.

O CR foi resultado de uma experiência que surgiu no início de 1999, em Salvador, estado da Bahia, inicialmente financiada pela prefeitura municipal entre 1999 e 2006. Devido à eficácia reconhecida, em 2009 foi reativado pelo projeto das Ações Integradas de Enfrentamento de Drogas, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Esse projeto, idealizado pelo professor e psiquiatra Antônio Nery Filho, foi inspirado no trabalho da Organização Não Governamental (ONG) francesa “Médicos do Mundo”, que atuava com pessoas em situação de vulnerabilidade social. A preocupação inicial que antecedeu este projeto foi o aumento de crianças em situação de rua e a baixa frequência das mesmas nos postos de saúde⁵.

Após a avaliação dessa experiência pioneira no Brasil, admitiu-se a possibilidade do uso deste dispositivo como alternativa para abordagem e atendimento aos usuários de drogas em situação de rua. Foi considerada a vulnerabilidade a que estão expostos, agravadas pelo uso de drogas, bem como das dificuldades em aderir aos modelos tradicionais de serviços da rede de saúde. Desta forma, o Ministério da Saúde (MS) ampliou as ações de enfrentamento para esta população, sendo inicialmente incentivada a implantação de 35 CR em 31 cidades brasileiras⁶.

O CR se constitui numa modalidade de atendimento extramuros. É um dispositivo clínico-comunitário, que oferta cuidados de saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, ou seja, no espaço da rua, promovendo assim a acessibilidade aos serviços de saúde,

bem como o fortalecimento de uma rede de enfrentamento aos graves problemas de saúde pública, entre estes, o uso de drogas⁷.

Inicialmente, os CR foram designados à Coordenação Nacional de Saúde Mental, tendo sido transferidos para Coordenação Nacional da Atenção Básica através da portaria 122 de 25 de janeiro de 2012, no intuito de ampliar o acesso das ações de saúde nos moldes de uma atenção integral⁸.

Para atender a tal demanda, se faz necessário que as ações ofertadas pela equipe de saúde sejam norteadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que estas propõem uma clínica ampliada, dentro de uma ética de cuidado integral, focada na promoção da saúde.

A lógica da atuação nos cenários de rua propõe ações e estratégias singulares, além de uma atuação fundamentada nas práticas da interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e da educação em saúde. Considerando que a educação em saúde deve nortear as ações desenvolvidas pelas equipes dos CR, se fazem necessárias ações dialogadas, articuladas ao desenvolvimento de competências para aquisição de novos comportamentos e práticas⁹.

A educação em saúde está configurada na atuação dos profissionais de saúde, como elemento essencial para produção de um saber coletivo, produtor de autonomia e de emancipação do indivíduo, bem como instrumento transformador da realidade¹⁰.

O enfermeiro como integrante da equipe multidisciplinar, oferece intervenção terapêutica focada na promoção da saúde, tendo na sua prática a proposta da educação em saúde em todos os níveis de atenção¹¹. Os requisitos básicos para esta prática incluem além da capacidade técnica e científica, a capacidade da consciência crítica, bem destacada nos constructos de Paulo Freire¹².

Desta forma, sob a ótica da saúde mental e da atenção básica, o enfermeiro também necessita fundamentar sua prática dentro de uma perspectiva holística, preocupando-se com esta temática que trata de questões sociais que são determinantes importantes nas questões de saúde. Este profissional adquire em sua formação profissional conhecimentos teóricos e práticos que o subsidiam para o cuidado integral na rua. Além disso, as práticas de saúde realizadas fora dos espaços institucionais evidenciam o grande desafio em abolir a manutenção do modelo curativista e hospitalocêntrico que ainda predomina na nossa sociedade.

Assim, o planejamento desta pesquisa teve início pela reflexão da necessidade de se investir nesta temática, considerando sua relevância para saúde física e mental dos indivíduos

e da necessidade de atuação intersetorial, foco de destaque da IV Conferência Nacional de Saúde Mental¹³.

Com base na necessidade de refletir sobre as ações e estratégias de educação em saúde desenvolvidas nos CR, ressaltando a importância deste equipamento de saúde e de seu delineamento no estado de Pernambuco, o presente estudo se propôs a responder: Como ocorrem as práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes dos CR?

Neste intuito, esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer as práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes dos CR. As práticas de saúde neste sentido são aquelas que incorporam o cotidiano do trabalho em saúde¹⁴. Os objetivos específicos foram: descrever as estratégias de atuação em saúde utilizadas pelas equipes dos CR; conhecer o entendimento das equipes sobre educação em saúde; desvelar as percepções das equipes sobre o processo de trabalho na rua. Para embasamento teórico serão utilizados dois dos constructos de Paulo Freire: autonomia e conscientização, uma vez que este autor considera que a ação educativa não pode existir fora da práxis¹².

Para o alcance dos objetivos optou-se por um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Em consonância com o formato estabelecido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a dissertação foi estruturada em quatro capítulos, com apresentação de dois artigos: um de revisão integrativa da literatura e outro do artigo original, a serem encaminhados para publicação em periódicos científicos.

O primeiro capítulo apresenta o referencial teórico que constituiu o alicerce para construção da pesquisa. Este apresentou alguns pontos da trajetória do contexto político e histórico sobre a vida nas ruas e as principais adversidades que acometem essa população específica. Ainda neste capítulo, são detalhadas as diretrizes para implementação dos CR, bem como a temática da educação em saúde com base nos constructos de Paulo Freire. O segundo capítulo refere-se ao percurso metodológico que foi utilizado nos dois artigos científicos.

O terceiro capítulo refere-se aos resultados da pesquisa, apresentados em forma de artigo, sendo o primeiro de revisão, intitulado: **“A interface entre a Enfermagem e o cuidado às pessoas em situação de rua: revisão integrativa”**, elaborado nos moldes de um periódico da área de saúde com vistas à publicação. Este teve como objetivo por meio das evidências científicas conhecer os contextos culturais relevantes que permeiam a vida das pessoas que vivem nas ruas para subsidiar o cuidado de Enfermagem. Destacou-se com embasamento teórico, a necessidade de um cuidado de Enfermagem com competência

cultural para os indivíduos em situação de rua. Assim, emergiram categorias temáticas relacionadas que responderam ao objetivo da revisão integrativa.

No quarto capítulo é proposto o artigo original: **“As práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua”**, cujo objetivo geral foi conhecer as práticas de saúde das equipes que atuam nos CR e os específicos foram: descrever a metodologia de trabalho das equipes; conhecer o entendimento sobre educação em saúde; desvelar a percepção das equipes sobre o processo de trabalho na rua. A construção do primeiro artigo contribuiu para ancorar o cenário cultural do objeto do estudo subsidiando a compreensão do segundo artigo, acerca da vivência das equipes do CR, no qual evidencia as práticas de saúde pelas equipes, a apreensão das mesmas sobre educação em saúde e os sentimentos desvelados pelo processo de trabalho na rua.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 População de rua: contexto sócio político, histórico e cultural.

O avanço tecnológico ao mesmo tempo em que incluiu a urbanização e industrialização contribuiu para agravar as questões sociais trazendo consequências negativas geradas pela desigualdade da produção e da distribuição de riqueza. Esta demanda de desigual distribuição de bens sociais, concomitantemente foi sendo associada a outros infortúnios tais como discriminação, desrespeito e involução de valores, entre outros¹⁵.

Desta forma a exclusão social foi atingindo grupos específicos, gerando desagregação social. Não obstante, estes espaços de recursos e de vida digna foram ficando fragmentados. Foi a partir destes pressupostos que o capitalismo emergiu, concorrendo para a diminuição da força de trabalho e o surgimento do desemprego como consequência deste processo, sendo este último, um determinante social importante, e um dos parâmetros mundiais para qualidade de vida de uma nação¹⁶.

O aumento crescente do desemprego possibilitou um tipo de passagem para o outro lado da sociedade capitalista, formando assim, indivíduos “sobrantes”, desnecessários, sem utilidade social para uma sociedade que construiu seus valores embasados no consumo. Neste contexto, inserem-se os indivíduos que ocupam os espaços das ruas, formando um grupo heterogêneo, porém que partilha características comuns, como condição de pobreza absoluta e falta de pertencimento à sociedade formal³.

No entanto, este fenômeno de habitar as ruas tem várias conotações ao longo da história, estudos relatam que desde a antiguidade havia registros de grupos de pessoas habitando as ruas em estado de mendicância, desde a civilização grega à era industrial¹⁷. Compreende-se, porém, que se trata de dois momentos históricos que marcam uma mudança significativa em termos de representação da pobreza, com mudanças de contextos que perpassam a análise literária e documental em todo o mundo.

No Brasil, a pesquisa acerca da pobreza foi iniciada no período colonial a partir da atividade mineradora do século XVIII abordando a força do trabalho escravo, bem como os que eram libertos desta condição. Entre estes, muitos se tornavam desclassificados, não lhes restando outras opções a não ser a mendicância como uma alternativa de sobrevivência. Nessa perspectiva, a vida nas ruas foi tornando-se uma estratégia à ausência de sistemas necessários à sobrevivência, passando seus personagens a fazerem parte do cotidiano das grandes metrópoles. Assim, entre os séculos XX e XXI a população de rua até então designada como

mendigos, não apenas incorporam o cenário das grandes cidades nos países de terceiro mundo, mas em todo mundo¹⁸.

A rua passa então a ser o *habitat* dessas pessoas não lhes oferecendo condições de privacidade, dignidade e cidadania. Entende-se desta forma que os direitos de cidadania lhes são negados, uma vez que é o poder de consumo que parece determinar esse direito. No Brasil, dados estatísticos mostram um aumento significativo da população de rua nos últimos 30 anos, chegando a um contingente de 60 milhões no início da década de 90¹⁹.

O Brasil é um país em desenvolvimento que vem apresentando mudança favorável ao crescimento de sua economia, no entanto está entre os 15 países com pior distribuição de renda do planeta, onde estas desigualdades repercutem negativamente dentro das cidades brasileiras, sendo ainda um obstáculo para o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Segundo relatório do IDH (2011) ocupa a 84ª posição do ranking mundial²⁰.

O aumento visível da população de rua vem se ampliando nas últimas décadas, bem como a discussão acerca da pobreza e das consequências devastadoras pela negação dos direitos sociais. Essa necessidade, fez com que organizações civis de diferentes setores se unissem em busca de conquistas de liberdade democrática e de justiça social. Esses movimentos sociais, iniciados no final da década de 70, avançaram na conscientização popular, rumo à luta por melhores condições de vida, direitos e participação política. As ações direcionadas às pessoas de rua simbolizadas pelo Grito dos Excluídos foram promovidas pela Pastoral Social, igrejas cristãs, movimentos sociais, entidades e organizações da sociedade civil²¹.

A luta dos movimentos sociais pela cidadania resultou em direitos inscritos na Constituição Federal do Brasil de 1988, assegurando que os direitos sociais fossem extensivos a toda nação brasileira, neles incluídos: educação, saúde, trabalho, moradia, lazer e segurança. Tais direitos também se encontram inseridos no conceito ampliado de saúde, de forma que a privação destes está associada à perda de cidadania, bem estar e ao mesmo tempo em adquirir toda sorte de estigmas. Em 1993, foi instalado o Fórum Nacional de Estudos sobre a população de rua, o qual proporcionou mais visibilidade sobre esta temática, possibilitando uma maior mobilização da população em situação de rua^{21,22}.

A Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS foi regulamentada ainda em 07 de dezembro deste mesmo ano pela lei 8.742, constituindo um grande marco social assumindo o estatuto de direito de cidadania²³. Em 2005, foi realizado o I Encontro Nacional de População em Situação de Rua que objetivou conhecer os desafios e estabelecer estratégias para

construção de políticas públicas, resultando na aprovação da lei 11.258 que dispõe sobre a criação de programas específicos de assistência social para as pessoas que vivem na rua²¹.

A Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua foi publicada pelo Governo Federal em maio de 2008 com a finalidade de orientar a execução das políticas públicas, tendo sido fruto de reflexões e debates por uma equipe de trabalho interministerial. Além disso teve ainda como objetivo, estabelecer diretrizes com o intuito de possibilitar a (re) integração das pessoas em situação de rua às suas redes familiares e comunitárias, bem como o acesso pleno aos direitos de cidadania. No que diz respeito à saúde, as ações estratégicas buscam a garantia de atenção integral à saúde, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁴.

Em dezembro de 2009 foi publicado o texto da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR), pautado na perspectiva de assegurar integralidade das políticas públicas e do acesso aos direitos de cidadania às pessoas em situação de rua. Assim, a PNPR reconheceu no país os direitos das pessoas em situação de rua, ganhando relevância e sendo incluída no Programa Nacional dos Direitos Humanos (PND-3)²⁵.

A Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua, publicada ainda em 2009, identificou nas 71 cidades onde foi realizada, um contingente de 31.922 pessoas adultas em situação de rua, contudo não englobou crianças e adolescentes e não abrangeu a totalidade dos municípios brasileiros²¹.

As lutas e conquistas históricas continuam dando segmento para efetivação das políticas direcionadas a essa população para que lhes sejam assegurados os direitos humanos, com base nos princípios de igualdade e equidade, direitos estes que ainda não lhes foram totalmente assegurados.

Em 6 de julho de 2011, foi aprovada a lei 12.435(Lei do SUAS), que altera a LOAS que veio fortalecer este processo, uma vez que considera as desigualdades socioterritoriais de uma forma mais flexível para adaptações à realidade local. Possui programas e projetos direcionados à proteção social de modo a garantir a integralidade de proteção a famílias e indivíduos²¹.

Apesar da expressa preocupação das políticas públicas observadas nas diversas iniciativas para estabelecer instrumentos legais que resgatassem os direitos das pessoas em situação de rua, em termos práticos, este grupo não existe para fins estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma vez que por não possuírem casas, não participam dos censos demográficos²⁶.

Tal dado confere uma contradição por parte do próprio Estado na medida em que não dá visibilidade a um dos grupos vulneráveis ditos como alvo das suas ações sociais. Desta forma, torna-se complexo precisar a quantidade de pessoas que estão cada vez mais presentes nas ruas, vítimas principalmente do aumento da miséria e da desigualdade social. Existe uma série de fatores que permeiam o contexto destes usuários que por condições diversas ocupam o espaço das ruas, por falta de opção ou mesmo para dela se utilizar como meio de sobrevivência.

Existem algumas considerações relacionadas a estar na rua *recentemente*, ficar na rua *circunstancialmente* e ser de rua *permanentemente*. O “ficar na rua” está relacionado à situação de precariedade e ausência de recursos para sobrevivência, fazendo-se necessária a intervenção de programas para proteção social. “Estar na rua” parece relacionar-se com um caráter transitório, para os que buscam novas alternativas de sobrevivência, enquanto que o “ser de rua” torna este espaço o lugar de referência do indivíduo²⁷.

Entretanto, ficar, estar ou ser de rua implica de uma forma mais abrangente numa articulação de fenômenos que resulta em exclusão social e vulnerabilidade extrema. Estes indivíduos muitas vezes estão privados de vínculos familiares e sociais, de sua cidadania e de condições mínimas para sobreviverem. As pessoas de rua não são reconhecidas pelo senso comum como portadoras de direitos, e sim como indivíduos perigosos, drogados, perseguidos e sujeitos.

Assim, essas pessoas em sua maioria não são percebidas pelas pessoas que passam, ou são definitivamente ignoradas devido a sua condição de inutilidade social. São invisíveis, porém incomodam. Existem outras situações que podem conduzir os indivíduos às ruas além da pobreza, como àquelas relacionadas aos problemas familiares por atitudes violentas e hostilidades.

Os personagens que hoje compõem o cenário de rua são muito mais abrangentes do que na época em que só a mendicância determinava esse destino. São homens, mulheres, crianças, idosos, e até mesmo famílias, que muitas vezes se formam nas ruas. Viver na rua pode nem sempre significar viver sem dinheiro, pois muitos indivíduos dela obtêm o mínimo necessário ao seu sustento, bem como não expressa viver sozinho, uma vez que o indivíduo pode nela estabelecer novos vínculos²⁸. Estes vínculos vão se formando à medida que a rede de vínculos construída na rua passa a ser uma referência mais significativa para o indivíduo do que a própria família.

O fato é que viver nas ruas oferece condições desumanas de sobrevivência, expondo estes grupos a um maior número de doenças por dormirem no chão, em papelões, ficar muito

tempo sem tomar banho, alimentação inadequada, falta de agasalho, entre muitas outras. A despeito do acesso aos serviços de saúde, não há como assegurar que os usuários de rua busquem estes serviços, pois visivelmente existem barreiras entre oferta e busca pela saúde, tornando-se este um quadro complexo e com poucos dados disponíveis sobre o perfil de morbimortalidade desta população²⁸.

Concorre ainda que estes indivíduos no processo de formação de uma subcultura de rua, não raramente utilizam drogas psicoativas, agravando suas condições de vida, além do risco em tornarem-se dependentes químicos.

2.2 A Dependência Química na População de Rua

O termo “droga” segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) possui um uso variado, representando para medicina o potencial de prevenir ou de tratar doenças, ao mesmo tempo em que está popularmente associado ao proibido, imoral e prejudicial²⁹.

Sabe-se que o consumo de drogas acompanha o homem ao longo do tempo, desde os primeiros ancestrais herbívoros que faziam das plantas psicoativas parte da dieta alimentar, fato este que caracteriza um comportamento milenar sobre o aprendizado das pessoas com utilização de plantas, substratos vegetais e de origem animal para produzir estados alterados de consciência dentro dos mais variáveis propósitos^{7, 29}. Compreende-se desta forma, que a humanidade vem repassando de geração a geração as heranças culturais apreendidas quanto ao emprego de substâncias psicoativas.

As drogas, no entanto, eram compreendidas com neutralidade pela sociedade que buscava em sua maioria tratamento para seus males, e neste sentido várias civilizações se utilizaram de substâncias psicoativas, compreendendo-as como substâncias essencialmente neutras, cujos efeitos positivos ou negativos dependeriam da dosagem utilizada.

O uso de droga parece ter sido secularmente associado à busca do prazer ou como alívio do sofrimento humano, passando a ser estigmatizada com o advento da cristianização do império romano, sendo associada a cultos mágicos e religiosos, bem como pela reprovação ao seu uso terapêutico, pois a dor e o sofrimento eram concebidos pelos cristãos como forma de aproximação de Deus⁷.

O uso de drogas mesmo tendo sido uma prática presente na humanidade desde os primórdios da existência, seu contexto de uso sofreu mudanças a partir do século XX, onde se deu o processo de regulamentação da circulação e uso destas substâncias, com a classificação

em drogas lícitas e ilícitas. As drogas que foram consideradas como ameaçadoras à ordem social e aos problemas de saúde, foram classificadas como ilícitas³⁰.

No entanto, o status de ilegalidade das drogas parece ter contribuído para o crescimento da oferta e valorização destas substâncias, ampliando o consumo. No Brasil, a transformação do uso de drogas em problema público ocorreu nas últimas décadas do século XIX, instituindo novas práticas de controle social, como forma de solucionar os males do país. Nesta época, a maconha associada aos negros e aos índios, ganhou a representação da malandragem e vagabundagem, tornando-se a “erva maldita”³¹.

As drogas ilícitas também contribuíram para o processo de estigmatização do usuário, enquadrando-o como “marginal”. O ciclo de intolerância às drogas foi um fenômeno mundial, caracterizado por muitos questionamentos, sendo associados a uma contracultura e de uma nova ordem social. No final da década de 1970, o cenário das drogas passou por outro processo de mudanças, especialmente voltado para o consumo de drogas ilícitas onde as mesmas passaram a ser relacionadas à pobreza, violência, abandono, insucessos pessoais e falência financeira²⁹.

Apesar das substâncias psicoativas serem utilizadas por pessoas de diferentes classes sociais, a associação entre a marginalidade e ser de rua, é bastante difundida na sociedade. Fato é que a população de rua é mais vulnerável para inúmeras doenças, incluindo-se entre elas as doenças sexualmente transmissíveis DST/AIDS, que tem o uso e abuso de drogas apontadas como um dos principais fatores de risco^{32, 33}.

O uso de múltiplas drogas é considerado uma prática regular nesta população, porém não se pode afirmar se estes são hábitos adquiridos na rua, ou se eram prévios, ou até mesmo determinantes para ida às ruas^{28, 34}. As drogas muitas vezes permitem a inserção social nos grupos de rua, podendo também assumir uma função capaz de amenizar sofrimento, angústia e abandono, além de proteger da fome e da dor³⁵.

Em estudo realizado com jovens de rua na Califórnia (EUA), 8% responderam que o álcool e outras drogas eram necessárias para mantê-los saudáveis mentalmente³⁶. Entende-se que com a continuidade do uso e a influência da cultura de rua, não é rara a configuração do abuso destas substâncias que como consequência pode levar o indivíduo à dependência química.

A dependência química compreende um conjunto de sintomas físicos e mentais, resultante da interação entre o organismo e uma determinada substância psicoativa, levando o indivíduo à compulsão de usar a droga para experimentar o seu efeito psíquico ou evitar o desconforto pela ausência da mesma¹¹. Este ciclo geralmente é instalado sem que o indivíduo

perceba. O dependente químico que no início admitia o uso por opção passa a reconhecer a reação do organismo e acreditar que o único alívio para esses sintomas é continuar o consumo.

E é desta forma que a dependência química se instala, podendo incluir uma dependência psíquica que fecha um ciclo contínuo complexo e aprisionador. A expansão do consumo de substâncias psicoativas de um modo geral vem sendo alvo de uma preocupação mundial. No Brasil, os principais levantamentos nacionais vêm sendo desenvolvidos pelo SENAD, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID/UNIFESP³⁷.

O consumo abusivo geralmente envolve circunstâncias que podem estar intimamente relacionada ao contexto onde este consumo acontece com consequentes implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas em nível individual e coletivo³⁸.

Torna-se relevante destacar que as políticas de saúde pública permitiram a existência de uma lacuna assistencial considerável na política de saúde pública, uma vez que a questão das drogas era referenciada para instituições de justiça, segurança pública e associações religiosas. Essa lógica contribuiu para a disseminação de uma cultura que associou drogas à criminalidade e ofertas de tratamento em modelos de exclusão³⁹.

Neste sentido, para essa população específica, usuária de drogas, os dispositivos de atenção à saúde sempre privilegiaram os cuidados na atenção terciária, onde os sujeitos geralmente chegam vitimados de um longo processo de adoecer, evidenciando-se as graves consequências pela falta de acesso às práticas de cunho preventivo, ou ainda, da não efetividade das mesmas⁶.

Assim, considerando-se a diversidade de rebatimentos, contextos e de pessoas envolvidas, pode-se afirmar que o abuso de substâncias psicoativas é considerado um grave problema de saúde pública¹¹.

No estado de Pernambuco este cenário cada vez mais ampliado, acompanha o restante do país. De acordo com pesquisa realizada pela Confederação Nacional dos Municípios em 07/11/11, o consumo de drogas vem crescendo assustadoramente em grande parte das cidades pernambucanas, com índices de 95,2% e com um aumento de 30% a 40% de demanda de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) em relação ao ano anterior¹⁶.

Quase metade dos municípios entrevistados nesta pesquisa afirmou não conseguir identificar quem são os consumidores de drogas, talvez justamente por estes não expressarem demanda aos serviços de saúde e ou estarem em situação de rua⁴⁰.

O enfrentamento desta problemática acontece em nível mundial, uma vez que se estima de acordo com a OMS, que cerca de 10% da população de centros urbanos de todo mundo consomem substâncias psicoativas de forma prejudicial, tornando essa questão emergente no discurso político e no reconhecimento deste como um problema social complexo³⁹.

Outrossim, não sendo recente o uso e abuso de substâncias psicoativas, e ainda diante da popularização crescente dessas substâncias, o referido contexto estudado como fenômeno, vem sendo alvo de muitas tentativas de apreendê-lo e solucioná-lo por meio das políticas públicas, buscando inovar posturas e modelos de reorientação, dentre estas: a estratégia da redução de danos(RD).

2.3 Abstinência e Redução de Danos

Considerando-se o indivíduo como doente e incapaz de responder por suas escolhas, os modelos de tratamento exclusivamente convergiam para o uso imperativo da abstinência. Este modelo de abordagem considerada tradicional se processa na redução da oferta e da demanda, além de uma transmissão passiva de informações dentro de uma política global de “guerra às drogas”⁴¹.

O Programa Nacional de Atenção Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas foi implementado pelo Ministério da Saúde em reconhecimento do problema do uso prejudicial de substâncias, tendo como proposta a ampliação do acesso ao tratamento, da promoção do direito com abordagem centrada na RD⁴².

A presente estratégia teve início no Reino Unido em 1926, porém somente na década de 1980, as ações baseadas neste princípio foram sistematizadas nos programas de atenção à saúde^{31, 43}. No Brasil, a RD foi adotada como estratégia de saúde pública no município de Santos (SP), devido aos altos índices de transmissão de HIV e sua associação com o uso de drogas injetáveis⁴¹.

O enfoque da RD no Brasil se fortaleceu a partir do ano 2000, tornando-se uma estratégia alternativa às que são centradas no modelo da abstinência, favorecendo um novo delineamento e orientação direcionados aos usuários de álcool e outras drogas⁴³.

A RD se constitui num conjunto de medidas em saúde com o objetivo de minimizar as consequências adversas ao uso e abuso de substâncias psicoativas, tendo como princípio fundamental o respeito à liberdade de escolha pelo indivíduo⁴⁴. Compreende-se que esta “liberdade de escolha” possibilite aos usuários de drogas refletirem sobre o que é melhor para

sua saúde e que possam fazer escolhas de acordo com o seu julgamento, resgatando sua autonomia, sem a exigência imediata da abstinência.

Parte-se da premissa que a não obrigatoriedade da abstinência no tratamento pode trazer benefícios valiosos como a possibilidade de estabelecer vínculos terapêuticos produzindo uma (re) significação da experiência com as drogas. Essas práticas permitem o acolhimento sem julgamento, ofertando o que é possível, com a participação do sujeito na construção do seu projeto terapêutico singular. Consequentemente cada usuário é reconhecido por sua singularidade e com ele são traçadas estratégias para manutenção da sua saúde.

Os CAPS Ad são dispositivos estratégicos dessa rede para usuários de drogas, implantados nas grandes regiões metropolitanas ou em municípios com indicadores relevantes. Com articulação à rede de atenção psicossocial e fundamentação na abordagem da redução de danos, busca-se estabelecer uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares⁴⁰. Neste sentido, a construção de um projeto terapêutico singular para os usuários acolhidos nos CAPS Ad torna-se muitas vezes um processo complexo, considerando inclusive que uma grande parcela destes indivíduos está com seus vínculos familiares rompidos ou completamente fragmentados pelo uso de drogas.

2.4 Consultório de Rua e Consultório na Rua

O acesso aos serviços de saúde e ampliação da rede de tratamento são estratégias importantes para redução de danos. Tais pautas contribuíram para o surgimento dos CR, pela necessidade de articulação e intervenções biopsicossociais efetivas, constituindo-o como importante dispositivo público, tendo como princípios norteadores o respeito às diferenças, promoção de direitos humanos e a inclusão social.

Esta experiência foi concretizada pela primeira vez em Salvador (BA) em janeiro de 1999, idealizada e proposta pelo psiquiatra Antônio Nery Filho, originada a partir de uma experiência denominada “banco de rua”, em parceria com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), uma instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Este projeto inicial foi impulsionado em virtude da constatação da vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua. A avaliação desta experiência realizada entre 1999 e 2006, permitiu seu reconhecimento como exitosa, tendo sido proposto pelo Ministério da Saúde em 2009 a inclusão no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD) e em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (PIEC)⁶.

No estado de Pernambuco, esta estratégia foi implantada inicialmente nos municípios de Olinda e Recife, tendo sido lançados oficialmente em Olinda em 26 de novembro de 2010 e em Recife em 10 de dezembro de 2010, apresentado à população por meio de mobilizações, tais como: esquete teatral, grupo de percussão e distribuição de abraços pelos agentes redutores de danos⁴⁵.

Os CR constituem modalidades de atendimento extramuros com objetivo de promover acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, bem como assistência integral e a promoção de laços sociais, com enfoque intersetorial. A prática dos CR é norteada pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade. A proposta do CR requer uma equipe interdisciplinar que atue fora das paredes institucionais e que conheça os problemas, hábitos e condutas de risco dos usuários. A interdisciplinaridade pressupõe o exercício da clínica ampliada que tem como fundamentos básicos o acolhimento, o diálogo e a troca de olhares das disciplinas para dentro e além das mesmas, possibilitando uma atenção integral aos usuários⁶.

Segundo o Ministério da Saúde, estão entre as diretrizes dos CR:

- Constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em saúde mental, oferecendo às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas ações de promoção, prevenção e cuidados primários nos espaços da rua ;
- Promover ações que enfrentem as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças, adolescentes e jovens.
- Ter como eixos o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma.
- Assegurar o cuidado no território, na perspectiva da integralidade, do trabalho em redes, garantindo uma atenção diversificada aos usuários de álcool e outras drogas⁶.

A experiência do CR de Salvador tornou-se referência para novos projetos pelo Ministério da Saúde (MS), que objetiva ampliar o acesso e o fortalecimento da rede de atenção à saúde. Assim, surgem os Consultórios **na** Rua, instituído pelo MS, sob a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que transfere para a Atenção Básica o atendimento à população em situação de rua a partir da atuação das equipes dos CR. Esta portaria define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório **na** Rua, tendo como parágrafo único a sua inserção na atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial de acordo com os fundamentos e diretrizes definidas na Política Nacional da Atenção Básica. Estabelece as características da equipe por modalidades I, II e III. A modalidade I contempla minimamente dois profissionais de nível superior e dois de nível médio, seguida pela II com três de nível

superior e três de nível médio, finalizando a modalidade III, com o mesmo quantitativo da equipe II, sendo acrescida de um profissional médico⁸.

A presente portaria contempla e enfatiza o trabalho multiprofissional das equipes que lidam com diferentes problemas e necessidades das pessoas em situação de rua, estando nela incluídos os cuidados aos usuários de múltiplas drogas. A estrutura de funcionamento para esta atuação in loco requer uma equipe volante, de caráter interdisciplinar, constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, da assistência social, médico, redutores de danos e técnicos de enfermagem, bem como oficinas que possam desenvolver atividades de arte-expressão⁴⁶.

Entende-se que o Consultório **de** Rua proposto inicialmente como uma das estratégias do PEAD e incorporado ao PIEC, construiu o seu foco principal de atuação centrado no usuário de álcool e outras drogas³⁷. Entretanto, em consonância com os mesmos princípios e diretrizes, o Consultório **na** Rua insere-se em um espaço de atuação mais amplo, em uma tentativa de ir além do modelo da doença, abrangendo tanto usuários de diferentes drogas e de diferentes faixas etárias, assim como busca envolver um trabalho conjunto com a comunidade e vários segmentos sociais.

Neste sentido, compreende-se que o trabalho da equipe dos CR deve possuir uma abordagem que não está apenas centrada no uso e abuso de substâncias, mas na compreensão das desordens de ordem biopsicossocial e cultural que estes acarretam não só a vida do usuário, como também a sociedade em geral. Esse entendimento pressupõe que o profissional estando aberto e consciente das demandas que emergem pelos sujeitos que se encontram nas ruas, desempenha a condição de acolhedor, além de um importante papel de educador em saúde.

2.5 A Educação libertadora proposta por Paulo Freire

Educação em saúde é uma prática que consiste levar informações de saúde a uma população, portanto, uma prática que necessita de reflexão, pois o educador necessita compreender que esta se encontra muito além de simplesmente “passar informação”. Neste processo, o educador pernambucano Paulo Freire deixou em seu legado, constructos valiosos que também dizem respeito à educação em saúde. Suas teorias revolucionaram o pensamento e as teorias sobre Educação, à frente de uma pedagogia libertadora, no qual educador e educando são sujeitos ativos do conhecimento⁴⁷.

Paulo Freire tornou-se um dos maiores nomes da educação do século XX, seus constructos são discutidos de forma ampla nos cenários onde a Educação está inserida. A conscientização proposta por Freire propicia ao indivíduo a refletir sobre sua realidade para que assim possa emergir plenamente consciente, comprometido a assumir-se, intervindo na sua própria realidade¹². Essa prática subsidia um saber necessário à prática educativa: o respeito à autonomia do ser do educando. Compreende-se desta forma, que o respeito à autonomia e à dignidade de cada um são preceitos éticos que não podem inexistir na prática do educador, independente do cenário em que a educação esteja inserida¹⁴.

A arte de educar compreende propostas amplas, que incluem redução de vulnerabilidades pessoais e crescimento humano por meio de escolhas conscientes que contribuam positivamente com a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Para atingir tais propósitos, gestores e educadores lançam mão das mais diversas estratégias em busca de vencer os desafios em conscientizar pessoas nos mais variáveis contextos. Ação e reflexão para Freire tornam-se indissolúveis dentro da práxis educativa, estando estas incluídas entre as suas seis “ideias-força” e incorporadas à Pedagogia da Educação em Saúde¹².

O abuso e a dependência de substâncias psicoativas constituem desafios ainda maiores evidenciados pela dimensão e proporção do problema e do envolvimento de tantas pessoas neste processo. A comunicação em massa, considerada um importante meio de transmitir informação para maioria da população mostram-se contraditórios uma vez que ao mesmo tempo em que veiculam matérias sobre “os perigos das drogas”, por outro lado, exibem sofisticadas e atrativas campanhas publicitárias envolvendo drogas lícitas como as bebidas alcoólicas e tabaco.

Cabe ainda ressaltar que a mídia muitas vezes retrata a dependência química como um “caminho sem saída” estreitando as possibilidades de ação de muitos familiares e profissionais de saúde.

A Educação é um fenômeno amplo, que acompanha o homem ao longo da vida, capacitando o mesmo para viver em sociedade. Neste sentido, para Freire, o ser humano deve ser considerado como um ser em constante desenvolvimento, e, portanto, inacabado⁴⁸.

As estratégias verticalizadas de educação no que dizem respeito à saúde, partem de premissas de que apenas disponibilizar informação seria suficiente para dar aos indivíduos o poder de mudar suas práticas cotidianas, como se suas decisões dependessem apenas de suas razões ou desejos. Este pensamento reflete a responsabilização e culpabilização da vítima, no entanto, não é o que a realidade aponta, pois muitas vezes as pessoas não têm escolhas.

É neste sentido que Freire se refere que ensinar não é apenas transferir conhecimentos e conteúdos, ensinar é algo que certamente inexiste sem aprender⁴⁸. Esta prática conseqüentemente exige uma autenticidade, consciência crítica e uma ética que não pode ser dissociada desta prática educativa.

Nesta abordagem, Freire deixa claro que o educador necessita estar aberto para aprender enquanto ensina, pois do contrário torna-se um mero transmissor de informações. E para dar seguimento a esta ideologia, o educador necessita pautar seus objetivos nos interesses e necessidades de seu educando, onde para tal ele necessita compreender o indivíduo, seu contexto e sua cultura⁴⁷.

A Enfermagem, como integrante das equipes da atenção básica e da saúde mental, compreende uma formação profissional com bases holísticas que enfoca o cuidar em saúde nas áreas de promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como atua na (re) inserção social das pessoas⁴⁹. Compreende-se este trabalho como complexo e desafiador onde a educação em saúde é a ferramenta que fundamenta a práxis dos profissionais nesta tarefa educativa singular, justo aos usuários de drogas em situação de rua.

Este maior desafio é uma das tarefas mais importantes da prática educativa: propiciar condições ao indivíduo para assumir-se como ser pensante e conscientemente poder fazer suas próprias escolhas e adquirir habilidades para o seu autocuidado.

Neste sentido, o enfermeiro pode contribuir de forma significativa para atenção à saúde das pessoas em situação de rua, uma vez que seu papel de educador é uma das características mais marcantes de sua prática que será valiosa para o exercício da clínica ampliada pelas equipes nos CR.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Esta dissertação foi estruturada a partir da construção de artigos científicos, conforme as normas de apresentação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Como resultados têm-se dois artigos: um de revisão integrativa, intitulado: **“A Interface entre a Enfermagem e o cuidado às pessoas em situação de rua: revisão integrativa”** e o artigo original, intitulado: **“As práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua”**.

3.1 Primeiro Artigo: **“A interface entre a Enfermagem e o cuidado às pessoas em situação de rua: revisão integrativa”**.

3.1.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um artigo de revisão integrativa, cujo método possibilita sumarizar pesquisas concluídas possibilitando uma síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática a partir de um tema de interesse⁵⁰.

Este tipo de revisão é considerado um instrumento válido da Prática Baseada em Evidências (PBE), por gerar um panorama consistente de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes, sobretudo para o cenário atual da enfermagem brasileira⁵¹.

3.1.2 Procedimentos Metodológicos

Para o alcance do embasamento teórico acerca do objeto do estudo, foram percorridas as seguintes etapas que fundamentam o estudo do tipo Revisão Integrativa: questão condutora, definição dos objetivos da revisão integrativa; critérios de elaboração da seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, discussão e apresentação dos resultados da revisão/síntese do conhecimento⁵².

Na primeira etapa, foi identificado o objetivo da pesquisa por meio do interesse de integrar dados relevantes sobre a temática do estudo, de onde emergiu a pergunta norteadora, seguida pela segunda etapa, com seleção dos seguintes critérios de inclusão: a) artigos publicados disponíveis nas bases de dados nacionais e internacionais nos idiomas português, inglês e espanhol no período compreendido entre 2000 a 2010; b) estarem indexados nas

bases de dados utilizadas. Optou-se adotar como critérios de exclusão: artigos com uma descrição pouco clara sobre a metodologia utilizada; artigos que não respondessem aos objetivos da revisão. Os artigos repetidos em uma ou mais base de dados obtiveram uma única contabilização.

Vale salientar que não foram estabelecidos critérios de inclusão ou exclusão relacionados ao tipo de metodologia utilizado nos estudos, no entanto, não foram encontrados artigos com metodologia quantitativa que respondessem aos objetivos da revisão.

O acesso e a busca das informações acerca das publicações sobre o tema foram realizados nas bases de dados eletrônicas com verificação das referências de estudo relevantes. As bases de dados analisadas foram Literatura Latino-Americana do Caribe (LILACS), US National Library of Medicine-National Institutes of Health (PUBMED) e os periódicos CAPES, por meio da pesquisa integrada e utilização dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading(MeSH): ‘sem-teto’, AND ‘ cultura’ AND ‘ enfermagem’.

Na terceira etapa, os artigos foram analisados primeiramente com a leitura dos títulos para encontrar a temática do contexto de vida dos moradores de rua e, posteriormente, a leitura dos resumos antes de ser dada continuidade a análise dos artigos na íntegra. Quando o título e o resumo não deixavam claro se o estudo incluía a cultura das pessoas em situação de rua, o texto integral era examinado.

Foi realizada a análise dos artigos selecionados por meio da leitura criteriosa dos estudos encontrados objetivando observar, descrever e classificar os dados relevantes para reunir o conhecimento produzido sobre o tema na revisão integrativa. Foram selecionados inicialmente artigos publicados que retratavam estudo de casos, reflexões, trajetórias e percursos de pessoas em situação de rua, com abordagem da cultura em seus contextos de vida.

As estratégias realizadas utilizadas para localizar os artigos tiveram como eixo a pergunta norteadora e os critérios de inclusão da revisão integrativa previamente estabelecidos, com o auxílio de um instrumento previamente elaborado para assegurar que a totalidade dos dados relevantes fossem extraídos, bem como identificação dos níveis de evidências⁵³.

A primeira busca nas fontes resultou na identificação da totalidade de 45 artigos, sendo: 01 artigo pelo LILACS, 05 pela MEDLINE e 39 artigos pelo PUBMED. A amostra final desta revisão foi constituída de 07 artigos, sendo 01 do LILACS e 06 do PUBMED, com evidências de nível 4 e 5⁵¹.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, foi elaborado pela pesquisadora um quadro sinóptico que contemplou os seguintes aspectos considerados relevantes: nome da pesquisa, nome dos autores e do periódico, ano de publicação, o enfoque da cultura no fenômeno estudado, resultados e recomendações/conclusões.

Na quinta etapa, foi realizada uma justaposição, a partir da interpretação e síntese dos resultados, pela qual foram identificados núcleos de sentido que deram origem às categorias temáticas para discussão.

A sexta etapa contemplou a apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos de forma descritiva, em formato de artigo, possibilitando um melhor entendimento para aplicabilidade prática no sentido de fornecer subsídios ao enfermeiro para sua atuação com pessoas em situação de rua⁵⁴.

3.2 Segundo artigo: “As práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua”.

3.2.1 Desenho do Estudo

Este estudo constituiu em um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, com observação participante. Optou-se pelo estudo qualitativo por permitir uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, incorporando-os como construções significativas. A escolha da observação participante possibilitou que a pesquisadora estivesse face a face com os observados, participando da vida deles e coletando dados dentro deste cenário cultural⁵⁵.

A escolha pela observação foi considerada pela importância da pesquisa “*in loco*”, uma vez que são nestes cenários que os profissionais do CR atuam junto às pessoas em situação de rua. Trata-se de uma etapa exploratória, desenvolvida com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o objeto do estudo.

3.2.2 Cenários do Estudo

A pesquisa foi realizada nos municípios de Recife e Olinda no estado de Pernambuco. Trata-se de dois serviços que contemplam a estratégia do CR, com articulação em rede, com equipes de diferentes configurações, rotinas e organização.

Recife é o município mais populoso do estado de Pernambuco, capital do estado, com população estimada em 1.422.905, constituindo-se em uma populosa área metropolitana do nordeste. Possui 17 serviços especializados em atenção psicossocial, sendo 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para transtorno mental e 06 CAPS ad para álcool e outras drogas e 24 residências terapêuticas. Olinda-PE é um município localizado a 6 km do Recife-PE, tendo uma população estimada em 367.902 habitantes e a rede de saúde mental possui 08 serviços, incluindo 01 CAPS para transtorno mental, 01 CAPS Ad e 01 residência terapêutica⁵⁶.

3.2.3 Sujeitos da Pesquisa

As equipes dos CR que estão distribuídas nos municípios, a seguir: Recife possui 06 consultórios e em cada um destes, uma equipe constituída por 01 técnico de nível superior, 04 redutores de danos, com atuação de 04 arte-educadores e 06 oficinairos. Redutores de danos são agentes de saúde, geralmente escolhidos entre pessoas da comunidade, que possuem compromisso quanto à promoção da saúde e cidadania de usuários de drogas⁴⁴. O município de Olinda possui um CR, com equipe composta por 01 psicólogo, 01 enfermeiro, 01 assistente social e 04 redutores de danos. Considerando os critérios de inclusão e exclusão da amostra, foram incluídos nesta pesquisa 15 trabalhadores das equipes dos CR.

3.2.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os trabalhadores de saúde das equipes interdisciplinares que atuam nos Consultórios de Rua que foram implantados até o mês de junho do ano de 2011. Foram considerados como trabalhadores de saúde neste estudo os profissionais que desenvolvem trabalho direto com formação de vínculo com a população de rua, entre estes, profissionais de saúde de nível superior, técnicos de Enfermagem e redutores de danos.

As equipes são heterogêneas quanto a sua composição e ao quantitativo de membros participantes, sendo o município do Recife o único a possuir mais de uma equipe. Considerando que Recife possui o mesmo formato de equipe nos 06 CR, optou-se por incluir na amostra apenas uma destas equipes, considerando a primeira equipe implantada no Município devido a uma maior vivência dentro da estratégia dos CR.

3.2.3.2 Critérios de Exclusão

Membros da equipe que estavam de férias, licença ou afastamento no período da coleta.

3.2.4 Procedimentos para Coleta de Dados

Durante a fase de construção do projeto, a pesquisadora contactou os coordenadores dos CR de cada município sinalizando o interesse em realizar a pesquisa e foi informada sobre os número e formatação das equipes, bem como dos procedimentos para obtenção das cartas de anuência (ANEXOS C e D).

Anteriormente ao início da coleta, por meio de um novo contato, a pesquisadora se reuniu com as equipes dos CR para explicar os propósitos do estudo, objetivando nesta oportunidade conhecer as equipes, quando foi desta forma iniciado um processo de preparação para entrada no campo e início de formação do vínculo com as equipes. Neste momento, a pesquisadora agendou com o grupo o período para início e término da coleta, como também os horários dos turnos.

Sendo assim, a coleta de dados foi iniciada nos meses de junho e julho, com a participação da pesquisadora nas atividades cotidianas das equipes, onde oportunamente as entrevistas foram acontecendo. A observação participante foi realizada durante o período da coleta de dados, onde a pesquisadora inserida na equipe participou de reuniões de estratégia de campo, bem como da imersão nos cenários de rua, acompanhando as abordagens aos usuários pelas equipes.

3.2.5 Instrumento de Coleta

Para coleta dos dados, foram utilizadas as técnicas da entrevista semiestruturada e da observação participante, conforme roteiro de observação (APÊNDICE B), com registros em diário de campo. Buscou-se desta forma, a triangulação de métodos, sendo esta uma técnica que combina várias estratégias de coleta de dados, para reforçar a credibilidade do estudo⁵⁷. Ao iniciar as entrevistas individuais, cada uma com duração de aproximadamente 40 minutos, os participantes foram novamente informados sobre a natureza do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento semi-estruturado relacionou nove tópicos de caracterização dos entrevistados contendo informações como: sexo, idade, categoria profissional, tempo de atuação e vínculo profissional, tempo de serviço na área de saúde mental e nos CR (APÊNDICE A). Considera-se que estas variáveis são importantes para a atuação do profissional para este trabalho complexo e especializado. As falas foram gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra.

As entrevistas buscaram responder as seguintes questões norteadoras: Como são as atividades que você desenvolve em sua prática nos CR? O que você entende sobre educação em saúde? Como você se sente realizando este trabalho?

3.2.6 Análise dos Dados

Na análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo que permitiu a identificação de núcleos de sentido. Os dados foram codificados e caracterizados em categorias temáticas. Para o instrumento do tratamento dos dados, este seguiu o modelo da análise de conteúdo de modalidade temática proposta por Bardin⁵⁸. As falas foram transcritas na íntegra para grelhas de análise (APÊNDICE D), separadas por questões norteadoras para cada entrevistado, tendo sido analisadas minuciosamente.

Posteriormente, foram recortados os trechos das falas contendo os núcleos de sentido, onde foi realizada a categorização pelo sentido expressado. Estes dados foram discutidos em acordo com os constructos teóricos conscientização e autonomia de Paulo Freire, que dizem respeito à educação em saúde. Tais constructos se referem à educação como instrumento para ajudar o homem a ser sujeito de si, a partir da conscientização que o capacita para o empoderamento^{12, 48}.

Os dados apreendidos por meio das observações registradas em diário de campo foram articulados com as falas das equipes para enriquecer a discussão. Para composição deste roteiro, foram elencados itens relevantes para compreender a dinâmica do trabalho e das situações que emergem nos cenários de rua, tais como: descrição dos cenários, horários de funcionamento dos consultórios, abordagens e ações desenvolvidas, assim como a formação de vínculos entre as equipes e população e o registro das atividades pelos profissionais.

Após a identificação preliminar dos resultados da análise temática, foi realizada verificação com os participantes no sentido de oportunizar questionamentos, bem como *feedback* aos mesmos quanto às interpretações preliminares. Esta técnica de verificação é considerada importante para o estabelecimento de credibilidade dos dados qualitativos⁵⁷.

3.2.7 Aspectos Éticos e Legais

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, tendo recebido parecer favorável sob o n. CAAE 01184312.5.0000.5208, em consonância com os preceitos éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 que rege a realização de pesquisas envolvendo seres humanos⁵⁹. Foram solicitadas cartas de anuência aos municípios incluídos no estudo respeitando as formalidades exigidas pelos mesmos.

O consentimento dos entrevistados para participar da pesquisa ocorreu após a assinatura dos mesmos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atestando a voluntariedade, assim como a retirada a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos pessoais ou profissionais, com a garantia de esclarecimentos antes, durante e depois da pesquisa. Ao serem abordadas, as equipes foram esclarecidas sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como da responsabilidade assumida pela pesquisadora sobre os preceitos éticos, por meio da assinatura do termo de compromisso. Para preservar o anonimato dos participantes, os mesmos foram codificados pela letra “E”, de entrevistado, com números sequenciais que foram de E1 a E15.

4 RESULTADOS

4.1 Artigo de Revisão Integrativa

A INTERFACE ENTRE A ENFERMAGEM E O CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: REVISÃO INTEGRATIVA*

THE INTERFACE BETWEEN THE NURSING AND CARE FOR HOMELESS PEOPLE:
INTEGRATIVE REVIEW

LA INTERFAZ ENTRE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y PERSONAS EN
SITUACIÓN DE CALLE ACES: REVISIÓN INTEGRADORA

Felicialle Pereira da Silva¹; Cleide Maria Pontes²; Francisca Márcia Pereira Linhares³,
Iracema da Silva Frazão⁴.

1. Mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem (UFPE), enfermeira assistencial do CAPS de transtorno mental.
Rua Joaquim Nabuco, 529 ap 704 Derby Recife PE CEP 52011-000 Brasil.
ciale@hotmail.com
2. Enfermeira doutora em Nutrição pela UFPE, coordenadora do programa de pós-graduação em Enfermagem da UFPE, professora adjunta (UFPE). Av. Prof. Morais Rego, SN. Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, Bloco A, Cidade Universitária, Recife PE CEP 50670.901Brasil. cmpontes@hotmail.com
3. Enfermeira doutora em Nutrição, docente do quadro permanente do programa de pós-graduação em Enfermagem da UFPE. Av. Prof. Morais Rego, SN. Centro de Ciências da Saúde. 1º andar Bloco A Cidade Universitária, Recife PE, Brasil.
CEP: 50670-901 marciapl@terra.com.br
4. Enfermeira doutora em Serviço Social, docente do quadro permanente do programa de pós-graduação em Enfermagem da UFPE, relatora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE. Av. Prof. Morais Rego, SN. Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, Bloco A, Cidade Universitária, Recife PE, Brasil. CEP: 50670-901. isfrazao@gmail.com

RESUMO

Ao considerar que as diretrizes do Sistema Único de Saúde defendem a garantia da atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, este estudo preocupou-se com a população em situação de rua, excluída dos sistemas convencionais da sociedade. Trata-se de uma revisão integrativa que objetivou conhecer o contexto que permeia a vida dos moradores de rua. Foram utilizadas as bases de dados indexadas no LILACS, MEDLINE, PUBMED e periódicos CAPES, com os descritores do DeCs: 'sem-teto' and 'cultura' and 'enfermagem', resultando um total de 07 artigos. Após a análise dos artigos incluídos na revisão, os estudos apontaram que a população de rua é heterogênea, porém possui similaridades de uma cultura que se constitui nos códigos de rua. Faz-se necessário um agir em saúde com parcerias intersetoriais, além de postura reflexiva dos profissionais sobre um cuidado integral e inclusivo às pessoas de rua.

DESCRITORES: Sem-Teto; Enfermagem; Saúde Mental; Cultura.

ABSTRACT

Taking as a point of departure to the guidelines of the Unified Health defend guarantee health care to every citizen, this study was concerned with the homeless population, excluded from conventional society. It is an integrative review aimed to know the context that permeates the lives of the homeless. We used the databases indexed in LILACS, MEDLINE, PUBMED and periodicals CAPES, with descriptors of DeCs 'homeless' and 'culture' and 'nursing', resulting in a total of 07 articles. After analyzing the articles included in the review, studies showed that the homeless population is heterogeneous, but has similarities to a culture that is in the code of the street. It is necessary to act on health with intersectoral partnerships, and reflective attitude of professionals about the peculiarities of the people on the streets, as indispensable to subsidize care.

DESCRIPTORS: Homeless Persons; Nursing; Mental Health; Culture

RESUMEN

Tomando como punto de partida a las directrices del Sistema Único de Salud defender garantizar la atención sanitaria a todos los ciudadanos, este estudio se refiere a la población sin hogar, excluidos de la sociedad convencional. Se trata de una revisión integradora tuvo como objetivo conocer el contexto que atraviesa la vida de las personas sin hogar. Se utilizaron las bases de datos indexadas en LILACS, MEDLINE CAPES, Pubmed y revistas, con descriptores de 'sin techo' DeCS y 'cultura' y 'enfermería', lo que resulta en un total de 07 artículos. Después de analizar los artículos incluidos en la revisión, los estudios mostraron

que la población sin hogar es heterogénea, pero tiene similitudes con una cultura que está en el código de la calle. Es necesario actuar sobre la salud con alianzas intersectoriales y la actitud reflexiva de los profesionales sobre las peculiaridades de la gente en las calles, como indispensables para subsidiar la atención.

DESCRIPTORES: personas sin hogar, enfermería, salud mental, la cultura.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde não se limita apenas às dimensões biológicas e psicológicas. Esta compreensão pode ser considerada um consenso no meio científico e está inserida no conceito ampliado de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde, que a considera como um bem estar físico, mental e social⁽¹⁾. Com base nessa definição, compreende-se que a saúde está diretamente relacionada com as condições de vida dos seres humanos, que por sua vez sofrem influências diversas, entre estas, das políticas sociais e econômicas vigentes.

O Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado pela Constituição Federal de 1988, possui diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade e descentralização, visando à construção de um modelo que garanta os direitos sociais em lei, assim como a capacidade de oferta de ações e serviços públicos de saúde⁽²⁾.

Entretanto, sabe-se que há um número crescente de pessoas que são excluídas das estruturas convencionais da sociedade, impulsionadas não apenas pela absoluta pobreza, porém tendo como resultado o comprometimento de sua sobrevivência física por diversos fatores de risco para saúde. É neste cenário onde se encontram as pessoas de rua, constituído por milhares de sujeitos, com ou sem suas famílias, crianças, adolescentes e ainda idosos, que vivem **na** e **da** rua⁽³⁾.

A complexidade que envolve o contexto ecológico de vida dessas pessoas que se utilizam das ruas como espaço de sobrevivência envolve diversos fatores que contribui para o aumento desta população, principalmente nos grandes centros urbanos, aglutinando-se a outros grupos que se utilizam destes espaços para fazer uso de drogas e prostituição.

Sabe-se que recorrer às ruas como meio de sobrevivência não é um fenômeno novo. Em termos históricos se constitui num fenômeno associado à pobreza, resultante da produção das desigualdades sociais. No Brasil, existe uma considerável parcela populacional abaixo da linha de pobreza, desta forma, muitos passam a viver nas ruas na condição de indigência, sendo uma população ignorada, discriminada, rejeitada e até mesmo exterminada fisicamente⁽⁴⁾.

Em 2008, foi realizada uma pesquisa em 71 cidades brasileiras que identificou um contingente de 31.922 adultos em situação de rua, no entanto, estima-se que exista um quantitativo ainda maior, uma vez que o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), principal censo demográfico do Brasil tem o território como referência para coleta dos seus dados. Logo, o mesmo não tem poder para reconhecer a existência dos

moradores de rua nas cidades brasileiras visto que os mesmos não possuem endereço definido⁽⁵⁾.

Ainda como consequência, estes indivíduos além da situação de extrema vulnerabilidade a que estão expostos, a estes são negados os direitos inerentes de cidadãos, como por exemplo, a falta de acesso à educação, segurança, saúde e proteção social⁽⁶⁾.

A definição de população de rua é difícil pela multiplicidade de condições pessoais que permeiam o contexto de vida dessas pessoas, por outro lado observa-se que as políticas públicas voltadas para essa população têm sido de modo geral, basicamente compensatórias e assistencialistas⁽⁷⁾. Diante dessa realidade, em 2008 foi implantada no Brasil a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, objetivando estabelecer diretrizes para possibilitar a re (integração) dessas pessoas às suas redes familiares e comunitárias⁽⁵⁾. Esta política defende o direito constitucional de cidadania integral dentro de uma abordagem interdisciplinar, excluindo a responsabilidade que anteriormente era exclusivamente atribuída à esfera da assistência social.

Frente a esta realidade, para atender a tal demanda de atuação, se torna imperiosa a necessidade de um agir em modelos de intervenções abrangentes e a necessidade de políticas públicas que minimizem as desigualdades econômicas com propostas centradas na realidade do contexto em que estas pessoas se encontram⁽³⁾. Desta forma, merece relevância compreender aspectos relevantes da vida dos moradores de rua, considerando que a cultura vivenciada neste contexto permeia a relação do cuidar. Cultura neste sentido refere-se a comportamentos sociais peculiares relacionados ao modo de vida de um grupo⁽⁸⁾.

Esta compreensão é fundamental para o estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e a população de rua para subsidiar o cuidado a essa clientela. Essa atitude no entanto, é um desafio ao profissional, considerando os diversos aspectos que influenciam a sua relação com os sujeitos, como a experiência, o conhecimento e o acesso aos recursos disponíveis.

Assim sendo, o enfermeiro como integrante da equipe de saúde, tanto da saúde mental, como da atenção básica, precisa estar atento a esta realidade para poder intervir junto a população em situação de rua propiciando o acesso aos serviços de saúde nos moldes de uma abordagem integral e intersetorial.

Devido a esta necessidade, buscou-se os pressupostos da Pesquisa Baseada em Evidências (PBE), com o objetivo de identificar informações relevantes sobre a realidade dos que vivem nas ruas, pela análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema, visando subsidiar o cuidado para as pessoas em situação de rua. A prática baseada em

evidências torna-se facilitadora deste processo por meio da busca de conhecimento científico produzidos na literatura. Este processo facilita a síntese do conhecimento e a melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos científicos⁽⁹⁾.

Este estudo tem como objetivo conhecer contextos relevantes para saúde sobre a vivência das pessoas em situação de rua. Com base neste objetivo, para guiar este estudo, foi formulada a seguinte questão norteadora: Quais são os contextos relevantes para o cuidar em saúde com as pessoas em situação de rua?

MÉTODO

Para elaboração do presente estudo, foram percorridas as seguintes etapas que fundamentam esse método de pesquisa: questão condutora do estudo; estabelecimento de objetivos da revisão integrativa; dos critérios de inclusão e exclusão (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, discussão e apresentação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽¹⁰⁾.

O acesso e a busca das informações acerca das publicações sobre o tema foram realizados nas bases de dados eletrônicas com verificação das referências de estudo relevantes. As bases de dados analisadas foram Literatura Latino-Americana do Caribe (LILACS), US National Library of Medicine-National Institutes of Health (PUBMED) e os periódicos CAPES, por meio do método da pesquisa integrada com os seguintes descritores do DeCs e do MeSH: ‘sem-teto’, AND ‘cultura’ AND ‘enfermagem’.

Os critérios de inclusão definidos inicialmente para esta revisão integrativa foram: artigos publicados disponíveis nas bases de dados em português, inglês e espanhol no período compreendido entre 2000 a 2010. Foram excluídos artigos com uma descrição pouco clara sobre a metodologia utilizada ou que não respondessem aos objetivos da revisão.

A primeira busca nas fontes resultou na identificação de na totalidade de 45 artigos, sendo: 01 artigo pelo LILACS, 05 pela MEDLINE e 39 artigos pelo PUBMED. Primeiramente foi realizada a leitura dos títulos para encontrar a temática da cultura dos moradores de rua e, posteriormente, a dos resumos antes de ser dada continuidade a análise dos artigos na íntegra. Quando o título e o resumo não deixavam claro se o estudo incluía a cultura das pessoas em situação de rua, o texto integral era examinado.

Foram selecionados inicialmente artigos publicados que retratavam estudo de casos, reflexões, trajetórias e percursos de pessoas em situação de rua com abordagem da cultura em seus contextos de vida. As estratégias realizadas utilizadas para localizar os artigos tiveram

como eixo a pergunta norteadora e os critérios de inclusão da revisão sistemática previamente estabelecidos.

A busca foi realizada pelo acesso on-line, nas bases de dados selecionadas e com base nos critérios de inclusão. A amostra final desta revisão foi constituída de 07 artigos, sendo 01 do LILACS e 06 do PUBMED. Ainda como estratégia de avaliação do nível de evidência, os artigos foram analisados com o auxílio de um instrumento previamente elaborado para assegurar que a totalidade da relevância dos dados fosse extraída^(9,11).

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi elaborado quadro sinóptico que contemplou os seguintes aspectos considerados relevantes: nome da pesquisa, nome dos autores e do periódico, ano de publicação, o enfoque do contexto de vida no fenômeno estudado, resultados e recomendações/conclusões.

Na quinta etapa, foi realizada uma justaposição, a partir da interpretação e síntese dos resultados, pela qual foram identificados núcleos de sentido que deram origem às categorias temáticas para discussão.

A sexta etapa contemplou a apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos de forma descritiva, possibilitando subsídios ao enfermeiro para sua prática com pessoas em situação de rua⁽¹²⁾.

RESULTADOS

Na presente revisão integrativa, foram analisados 07 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e por seguinte, foi realizada uma apresentação panorâmica geral dos artigos avaliados, divididos em categorias temáticas. Dentre os artigos incluídos na amostra, seis são de autoria de enfermeiros, entre estes, enfermeiro psiquiátrico com outros profissionais entre os autores e um por outro pesquisador da área de saúde.

Dos artigos avaliados, cinco foram realizados em centros comunitários especializados para atender a clientela de rua e dois foram artigos de reflexão. Com relação ao delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, constatou-se que todos os artigos tiveram o tipo de estudo baseado nos pressupostos da análise qualitativa, publicados em revistas de enfermagem, sendo seis delas, internacionais, com níveis de evidência 4 e 5. Quanto aos países onde os estudos foram realizados, constatou-se que quatro foram realizados nos Estados Unidos da América, dois no Canadá e um no Brasil.

A partir da leitura exaustiva dos artigos selecionados, foram elencadas para discussão, cinco categorias temáticas, abordando aspectos da realidade do contexto de vida das pessoas

em situação de rua. As categorias selecionadas foram: a violência como cultura de rua; crianças e adolescentes em situação de rua; uso e abuso de substâncias psicoativas pela população de rua; distúrbios mentais na população de rua; equidade e acesso aos serviços de saúde e o cuidado de enfermagem à população de rua.

Os quadros 1, 2 e 3 apresentados a seguir, sintetizam os artigos incluídos na presente revisão.

Quadro 1- Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

| Título do artigo, Título do periódico, autores e ano de publicação | População estudada | Fenômeno estudado | Resultados | Considerações/ Recomendações |
|--|---|--|--|--|
| Uprooted and Displaced: A critical narrative study of Homeless, Aboriginal, and Newcomer girls in Canada 2008 BERMAN, H. e col. Mental Health Nursing | Jovens sem-teto Ontário, CA | Â interferência da aculturação na saúde mental de jovens no Canadá e em situação de rua. | Os resultados apontam para relevância da construção de bases e direções de acordo com as características culturais. | É necessária a negociação de novos espaços, para formar e reformar alianças onde as fontes de suporte constituem o caminho a ser percorrido. |
| Being in Another-World: Transcultural Student experiences using service learning with families who are homeless 2009 HUNT, R. J.; SWIGGU, M. P. Journal of Transcultural Nursing | Estudantes de Enfermagem que atuam com famílias sem-teto em abrigos | Experiências transculturais com estudantes de enfermagem em serviços rotativos comunitários para pessoas de rua. | São relatadas informações valiosas para reestruturação da clínica do aprendizado promovendo o entendimento das diferenças culturais e similaridades. | É necessário que sejam implementadas estratégias de promoção transcultural entre os serviços, com base nas experiências vivenciadas no modelo tradicional. |

Quadro 2- Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa (Cont.)

| Título do artigo, Título do periódico, autores e ano de publicação | População estudada | Fenômeno estudado | Resultados | Considerações/ Recomendações |
|---|--|--|--|---|
| <p>O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença.</p> <p>Rev Bras Enferm, 2006</p> <p>ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRETAS, A. C. P.</p> | Trabalhadores de um Centro Comunitário | O significado do processo saúde-doença-cuidado para pessoas em situação de rua e trabalhadores de um centro comunitário de atendimento ao povo de rua na cidade de São Paulo | A crítica dos trabalhadores ao atendimento nos equipamentos de saúde do SUS fundamenta-se no despreparo dos e discriminação dos profissionais em lidar com o povo de rua. | Deve-se respeitar as peculiaridades dessa população e implementar políticas públicas que minimizem as desigualdades econômicas e capacitar profissionais para este cuidado. |
| <p>Barriers and bridges to care: voices of homeless female adolescent youth in Seattle, Washington, USA.</p> <p>2002</p> <p>Blackwell Science Ltd</p> <p>ENSIGN, J. PANKE, A.</p> | Adolescentes sem-teto | O acesso ao cuidado e à saúde reprodutiva à população adolescente em situação de rua. | A pesquisa mostra que estas populações só procuram os serviços de saúde quando não resolvem problemas com aconselhamento com outras mulheres de rua. As maiores barreiras para o cuidado são a segurança, transporte e preconceito pela sociedade. | Para o cuidado em saúde a essa clientela é necessário o reconhecimento do contexto de vida e das atitudes adaptativas que envolvem o viver na rua. Os profissionais devem ser adequadamente treinados acerca da relação entre cultura e a busca dos seus comportamentos de saúde. |
| <p>Homeless People Need Nurses...Especially</p> <p>2007</p> <p>Arch Psychiatric Nurse</p> <p>MITCHELL, C. K.</p> | Ensaio Teórico | A importância do cuidado de enfermagem a população das pessoas de rua. | As enfermeiras treinadas em psiquiatria podem contribuir significativamente para o cuidado a população de rua com abordagem holística no planejamento do cuidado. | O sistema de saúde mental necessita de enfermeiras treinadas para trabalhar com a população de rua e que é necessário o investimento na formação profissional. |

Quadro 3- Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

| Título do artigo, Título do periódico, autores e ano de publicação | População estudada | Fenômeno estudado | Resultados | Considerações/ Recomendações |
|---|---|--|---|---|
| Perspectives of homeless people on their health needs priorities 2007 Journal of Advanced Nursing DAISKI, I. | População sem-teto em abrigos | Perspectivas das pessoas de rua sobre suas necessidades de saúde. | Os participantes descreveram sua visão de saúde no sentido holístico se reportando sobre estresses e vícios. A vida em abrigos proporciona propagação de doenças e falta de privacidade. Prevalcem relatos de sofrimento emocional pela exclusão e despersonalização. | Os problemas de saúde da população de rua devem ser minimizados, ressalta-se a necessidade de mudanças das atitudes negativas da sociedade e a reintegração das pessoas de rua na comunidade. |
| A culture of Homelessness? 2008 Mental Health Nursing FLASKERUD, J. H.; STREHLOW, A. J. | Ensaio teórico sobre a cultura dos moradores de rua | Estudo reflexivo acerca da cultura que permeia a vida dos moradores de rua | As diferentes perspectivas mostram que a população de rua não é uma população homogênea. Entretanto, existem vários contextos culturais comuns entre esta população. | Faz-se importante o reconhecimento e a reflexão sobre a importância da responsabilidade individual do profissional de saúde em reconhecer a cultura própria da população de rua e que esta também pode estar relacionada como parte de nossa própria visão dentro da sociedade. |

DISCUSSÃO

A população de rua se constitui de grupos heterogêneos que são determinados pela relação variável entre o tempo na rua e os mais diversos vínculos sociais⁽¹³⁾. A existência desses indivíduos em situação de rua reflete a profunda desigualdade social existente nas sociedades contemporâneas e traz a marca do estigma e da exclusão⁽⁵⁾. Nesta perspectiva, algumas considerações se fazem importantes para traçar o perfil deste grupo, entre estas: ficar na rua como momento circunstancial, estar na rua como o local de pernoite ou ser de rua como espaço de moradia praticamente definitiva. Essa denominação de situação de rua visa caracterizar o princípio de transitoriedade deste processo de absoluta exclusão social⁽⁷⁾.

A população em situação de rua tem presença marcante nas grandes metrópoles, pois essas áreas parecem oferecer mais possibilidades de viabilizarem a sobrevivência na rua⁽¹⁴⁾. Neste sentido, a rua pode se constituir de abrigo para aqueles que dormem sob marquises de lojas, viadutos, bancos de jardim ou ainda, ser um modo de vida para os que já construíram nela seu habitat.

Um estudo sobre as representações sociais das pessoas em situação de rua demonstrou a existência de representações pejorativas com designações comuns dirigidas às pessoas de rua como vagabundo, preguiçoso, bêbado, perigoso, coitado e mendigo, corroborando que este é um discurso dominante com relação a essa população^(15,16). Estes conteúdos conseqüentemente interferem na constituição da identidade dessas pessoas. Outro fator que parece ter grande significância é o tempo na rua, que acaba por determinar as chances de um indivíduo sair da rua: quanto menos tempo na rua, maiores as probabilidades, e inversamente, estas possibilidades se tornarão menores.

A cultura compartilhada entre os indivíduos na situação de rua envolve suas crenças, valores, normas e comportamentos, além das similares estruturas sociais em seu meio. Alguns autores^(13,17) consideram a existência de uma subcultura, limitada ou incompleta, considerando este espaço social como não sendo criado ou desejado pelas pessoas que vivem nas ruas, mas tendo sido direcionadas para este “destino”: o de sobreviver nas ruas⁽¹⁸⁾.

No entanto, com o passar do tempo, a relação dentro dos espaços das ruas vai sendo transformada e inicia-se um processo de profunda identificação com outros sujeitos em situações semelhantes permitindo que seja estabelecida uma nova rede de relações e uma adesão aos códigos da rua⁽¹⁹⁾. Tais considerações podem interpretar que a cultura própria de rua tem um impacto poderoso na visão do indivíduo, inclusive da sua própria saúde^(20,21).

Categoria 1: A violência no contexto de vida na rua

Entre os valores e normas da cultura de rua, destaca-se a violência. Esta condição está relacionada a diversos fatores os quais as pessoas em situação de rua estão expostas, inclusive a vulnerabilidade de serem alvo de violência. Esta condição contribui para aumentar o estigma do medo e da aversão da sociedade. Entretanto isso não significa afirmar que as pessoas de rua são violentas, porém para serem tratadas com respeito no ambiente de rua, não podem demonstrar fraqueza para com os outros, nem chamar as autoridades em caso de problemas entre eles, pois tal situação os coloca em potencial situação de isolamento social pelo seu próprio grupo⁽⁴⁾.

Outro estudo a que se reporta esta mesma realidade, relata que as múltiplas formas de violência individual e sistêmica, são características centrais na vida das pessoas de rua⁽¹⁷⁾. Uma norma é constituída entre eles como sendo necessária para sobrevivência nestes ambientes de rua, onde muitos tentam impressionar demonstrando poder com o porte físico e ou com atitudes agressivas.

Este mesmo comportamento é observado em muitos países, como nos Estados Unidos, inclusive também com mulheres em situação de rua pela necessidade de autodefesa⁽²²⁾. Desta forma compreende-se que a violência é a forma privilegiada para resolução de conflitos e intimidações, sendo inevitável e legítima na concepção destes indivíduos, quando usada para defesa própria. Os ataques são geralmente motivados por dinheiro ou favores, ou simplesmente pelo prazer em atormentar e/ou intimidar. Entre as formas de violência também estão incluídas as atividades criminais que podem trazer conseqüências extremas como prisões e morte prematura⁽¹³⁾. A violência, no entanto, independente dos motivos gera prejuízos nas áreas de desenvolvimento físico, emocional, social, cognitivo e moral do indivíduo⁽²³⁾.

Categoria 2: Crianças e adolescentes em situação de rua

A vida na rua é considerada um fator de risco com conseqüências negativas para o desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes, onde a violência, a falta de cuidados básicos, uso de drogas, ausência de adultos cuidadores, altos índices de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros problemas, torna-os extremamente vulneráveis⁽²³⁾.

Muitos adolescentes que vão para as ruas, estão muitas vezes fugindo dos dados reais de suas vidas, que lhes causam sofrimento físico e psicológico, assim como das condições de moradia precária, insalubridade, violência doméstica e fome. Desta forma pode-se compreender que o motivo de “escolha” das ruas se traduz na busca de saúde mental, porém, por outro lado, ao mesmo tempo em que significa liberdade, expõe esse grupo a todo tipo de violência⁽²⁴⁾.

Por outro lado, estudos documentais que analisaram jornais e documentos diversos concluíram que a opinião pública caracteriza o menino de rua tanto através do mito da negatividade, sujeira, lascívia, ociosidade, preguiça, delinqüência, bem como pelo abandono, carência e vitimização⁽²⁵⁾. Com base neste estudo identifica-se uma representação social dos meninos como agressivos, perversos e sujos, ou carentes, abandonados e explorados.

A realidade de vida na rua expõe crianças e adolescentes a uma série de fatores de risco, como o uso de drogas, sexo de sobrevivência, gravidez precoce, abrigo seguro, além da

falta de atendimento às necessidades básicas de alimentação e higiene que podem comprometer significativamente a saúde dos mesmos⁽²⁶⁾. O sexo de sobrevivência para esse grupo pode significar uma das formas de conseguir dinheiro para sobreviver.

Embora seja frequentemente destacada a baixa procura pelos serviços de saúde, não se evidencia a expansão de atividades extramuros que agreguem o cuidar em uma perspectiva intersetorial, de forma a possibilitar o alcance de uma maior “fatia” de crianças e adolescentes, que são justamente aquelas que não expressam a procura ao serviço de saúde às suas necessidades⁽²³⁾.

É pontual o desafio para a efetivação de uma política voltada para a criança e o adolescente em situação de rua, que considerem que essa fragilidade exerce uma significativa influência no atendimento oferecido, evidenciando-se a necessidade da transformação de uma cultura ainda fundada nos moldes institucionais⁽²⁷⁾.

Categoria 3: Uso e abuso de substâncias psicoativas pela população de rua

O abuso de substâncias é apontado como sendo um dos principais fatores de risco para população de rua, seguidos do desemprego e desavenças familiares⁽²⁶⁾. O uso de álcool e outras drogas são considerados hábitos penetrantes na cultura de rua, principalmente entre os adolescentes, trazendo inúmeras conseqüências negativas. Existe uma importante associação ao aumento do número de óbitos relacionado ao uso de drogas em todo mundo, sendo a heroína, cocaína e o crack as mais utilizadas, e as pessoas de rua são descritas como particularmente vulneráveis^(28,29).

Estudo realizado nos EUA reportou que 40% das pessoas de rua consomem álcool e outras drogas⁽¹³⁾. Em 2006, em um estudo realizado no Brasil com a população de rua, os participantes responderam que um dos maiores problemas entre eles era o uso do álcool, inclusive apontado por alguns como o motivo que os levaram às ruas⁽³⁾.

O álcool e as drogas fazem parte da realidade das ruas onde muitas vezes torna-se o único contexto no qual se estabelecem relações significativas com outras pessoas, assim sendo, passam a fazer parte do cotidiano e a cumprir o papel social que permite a inserção e uma identidade grupal⁽²³⁾. Muitas vezes, estas relações construídas nos grupos envolvendo uso de drogas envolvem criminalidade e prostituição.

É relevante compreender que o uso de drogas também pode estar relacionado à história familiar de consumo de drogas. Outro estudo qualitativo realizado relatou que um dos principais motivos apontados por adolescentes de rua sobre o uso de drogas e a não procura de tratamento se deve a crença de que seus corpos não sobrevivem mais sem elas. Desta

forma, a dependência química se instala nessa população dificultando ainda mais a interrupção deste ciclo nocivo⁽²⁸⁾.

Categoria 4: Distúrbios mentais na população de rua

O fato de morar nas ruas significa um importante determinante do status de saúde, estando este associado ao aumentado risco para saúde física e mental, quando comparado a população geral⁽³⁰⁾. Estudos realizados nas cidades canadenses Montreal e Quebec, mostraram que 60% da população que utiliza serviços especializados para as pessoas de rua apresentaram transtornos mentais em algum momento de suas vidas⁽³¹⁾. Outro estudo realizado nos Estados Unidos da América reportou que 25% da população de rua têm transtornos mentais⁽¹²⁾.

As condições adversas de sobrevivência dos moradores de rua podem ser responsáveis pelo agravamento de problemas mentais orgânicos, tendo uma maior prevalência em homens solteiros quando comparados a outros subgrupos⁽³²⁾. Este fator parece estar associado a um maior período de vivência nas ruas, aumentando o risco de comprometimento da doença física e mental. Fato relevante a este aspecto, é que em geral, esta condição precária de existência nas ruas pode levar a uma alta incidência de comorbidades. Outra questão relacionada em estudos foi o desenvolvimento do estresse pós-traumático em adolescentes em situação de rua por sua exposição aos perigos e traumas inerente ao ambiente⁽³³⁾.

A depressão é o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e outras atividades da vida cotidiana, sendo responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano. Um estudo relatou o rastreamento para depressão e detectou prevalência de 56,3% entre homens moradores de rua, uma taxa consideravelmente elevada⁽³²⁾. Existem outros achados em que os diagnósticos do grupo das psicoses esquizofrênicas constituem um subgrupo específico entre os moradores de rua.

Há inferências que, em alguma medida, no Brasil, os doentes mentais que perambulam pelas ruas são público alvo da Política de Saúde Mental que ainda vem sofrendo nos últimos anos um processo de reordenamento, adequando-se às alternativas antimanicomiais preconizadas pela reforma psiquiátrica brasileira⁽¹⁸⁾.

Categoria 5: Equidade e acesso aos serviços de saúde

O SUS garantiu legalmente o acesso igualitário aos serviços de saúde, no entanto na prática, não se observa a extensão desses direitos à população de rua⁽³⁴⁾. Apenas o fato de ter serviços de saúde disponíveis, não garante o acesso desta população por existirem aspectos que podem influenciar, tanto positiva como negativamente. Entre estes estão à acessibilidade

relacionada às facilidades geográficas do serviço e às formas de trabalho organizadas para atenção, além da aceitabilidade como dimensão relacionada às características da população⁽³⁴⁾. Torna-se relevante compreender que acessibilidade supera o entendimento que apenas a disponibilidade de recursos disponíveis assegura sua utilização⁽³⁴⁾.

O acesso aos serviços de saúde se apresenta como obstáculo significativo para esta população, em especial, na atenção primária, onde são citados outros aspectos como exigência de documentação, restrição no atendimento da demanda espontânea e limites na atuação intersetorial. Exigir documentação do povo de rua, muitas vezes, implica em bloquear seu acesso à saúde, o que leva ao rompimento com os princípios doutrinários previstos na legislação do SUS.

A garantia de acesso aos serviços de saúde tem sido uma das grandes preocupações e um dos maiores desafios dos gestores, sendo necessárias novas abordagens e novos processos de trabalho na atenção à saúde dessa população.

Devido a esta realidade, faz-se necessário que a assistência seja prestada “in loco”, com atuação integrada com os diversos segmentos da comunidade, na perspectiva de estabelecer canais de diálogo e criar vínculos e compromissos compartilhados intersetoriais, além da específica capacitação da equipe⁽³⁵⁾.

Com relação aos aspectos específicos da capacitação profissional, foram enfatizadas a importância de se incorporar temáticas e reflexões sobre a população de rua e as peculiaridades do processo saúde-doença-cuidado dessa população. É necessário o entendimento de que o SUS tem por obrigação assegurar o atendimento integral, universal e equânime a todos os brasileiros, criando e mantendo serviços, capacitando trabalhadores para o cuidado profissional. No que tange ao cuidado, observa-se que além de competência técnica e científica, é requerido do profissional comprometimento com a vida humana, despendo-se de preconceitos e discriminações.

Categoria 6: O cuidado de Enfermagem à população de rua

Para o cuidado de Enfermagem à população de rua se faz necessária a compreensão da “cultura de rua”, na qual se faz imprescindível conhecer e considerar fatores peculiares desta população: quem são estas pessoas? Como elas vivem? Quais são suas condições de sobrevivência física, psicológica e social? Que sentido é atribuído às suas vidas? A competência cultural na enfermagem é reconhecida como uma estratégia teórica, porém parece ser pouco entendida e utilizada^(7,36).

Entende-se que a provisão deste cuidado com competência cultural é um processo dinâmico que requer do profissional compreender a cultura do outro, independente de seus próprios valores e crenças. Essa lógica está fundamentada na teoria transcultural de Leininger onde o contexto cultural dos seres humanos, assume diversidades e similaridades, sendo conseqüentemente uma ferramenta importante para a integralidade e a diversidade do cuidar⁽³⁶⁾. Este cuidar deve ser pautado em uma perspectiva interdisciplinar, que visa unir esforços para busca ou resgate de cidadania e deve ser pautado na transdisciplinaridade, onde a enfermagem desenvolve um papel importante, contribuindo com sua formação holística para este suporte à saúde.

Faz-se necessária a reflexão no sentido de que para cuidar de pessoas em situação de rua é necessário que exista um significado de humanidade ao cuidado. Essa reflexão pode agregar valor à produção científica do conhecimento na enfermagem e no que a cultura representa para fundamentar o cuidar, tecendo redes e introduzindo novos indicadores na assistência nos diferentes equipamentos de saúde. A saúde mental necessita de enfermeiros treinados na área para atuarem com esta clientela de rua, contribuindo significadamente com o cuidado holístico⁽³⁷⁾.

CONCLUSÃO

Concluindo a presente revisão integrativa, na busca da evidência dos contextos que permeiam a vida das pessoas que vivem nas ruas, evidenciou-se que o conhecimento destes são relevantes para subsidiar o cuidado de saúde a essa clientela. Para tanto, faz-se necessária uma avaliação mais profunda acerca das características, histórias, valores, significados, estratégias de sobrevivência, condições de vida e de saúde, física e mental, que possibilite uma abordagem holística de atuação na saúde. Compreende-se desta forma, ser fundamental a compreensão dos motivos que levam essas pessoas a procurarem as ruas como espaço de sobrevivência.

As evidências encontradas destacam a realidade das condições que as pessoas de ruas estão expostas fazendo-se compreender o compartilhamento de uma cultura de violência, refletida nas representações sociais como um forte fator de exclusão. A exposição de crianças e adolescentes neste cenário é preocupante, pois estes estão sendo privados de seus direitos de proteção, educação, saúde e lazer, podendo ser vítimas de abuso e exploração. O uso de drogas como parte da realidade das ruas traduz a existência de um ciclo contínuo que levam

estes indivíduos à criminalização e ou tornarem-se dependentes químicos. Esta realidade não pode ser ignorada pelos gestores, profissionais de saúde e sociedade em geral.

Para enfermagem, integrante da equipe interdisciplinar de saúde, deve-se priorizar o desenvolvimento de habilidades, intervenções e parcerias intersetoriais no intuito de se trabalhar em conjunto, formando vínculos, possibilitando um caminho para intervenção nas políticas públicas de saúde e na defesa dos direitos de cidadania dos que estão excluídos da sociedade.

Em qualquer cenário que o cuidar esteja inserido, é necessário que uma postura reflexiva seja adotada pelos profissionais para avaliação de suas práticas profissionais, pois tais considerações fazem parte de um empreendimento indispensável para execução de uma assistência em que o processo do cuidar possa ocorrer dentro de uma perspectiva horizontalizada, dialógica e recíproca. Os estudos relacionados à temática com a prática da enfermagem são escassos, se fazendo necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas que produzam evidências da realidade do tema investigado, assim como a sensibilização por parte do enfermeiro desta realidade de saúde pública a da atuação que lhe confere esta questão.

A eficácia de qualquer ação depende do nível de conhecimento que se possui da realidade, podendo-se contribuir para a efetivação das políticas públicas implementadas, garantindo assim à população de rua seus direitos de cidadania e de solidariedade humana, desconstruindo estigmas e promovendo ressignificações positivas.

REFERÊNCIAS

1. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis* (Rio J.) [Internet]. 2011 [citado 2011 out. 10]; 17(1): 29-41. Disponível em: www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf
2. Moura MC, Bernardes SB, Rocha MLF. A percepção dos enfermeiros de uma universidade pública do Piauí sobre saúde mental na estratégia saúde da família. *Enferm. foco* (Brasília) [Internet]. 2010 [citado 2011 out. 10]; 1(2):66-8. Disponível em: revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/18/19
3. Rosa AS, Secco MG, Bretas ACP. O cuidado em situação de rua: revendo o significado saúde doença. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2006 [citado 2011 out. 12]; 59(3): 331-6. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a15v59n3.pdf

4. Gomes WG. População adulta de rua: a perversa exclusão social. In: Congresso Internacional da Rede Brasileira de Cooperação em Emergência, 4. 2000, Goiana. IV Congresso.... Goiana: [s.n.], 2000.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Morais NA, Morais CA, Reis S, Koller SH. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. *Psicol. soc. (Online)*. 2010; 22(3):507-18.
7. Rosa AS, Cavicchiole MGS, Bretas ACP. O Processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev. latinoam. enferm.*. 2005; 13(4):576-82.
8. Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Büttgenbender E, Pippi NC, Ressel LB. A Cultura Permeando os Sentimentos e as Reações Frente à Dor. *Rev Esc Enf USP*. 2007;41(1):36-43.
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010; 18(1):102-6.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2008; 17(4):758-64.
11. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura 2005. 130f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
12. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2008;17(4):771-8.
13. Flakerud JH. A culture of homelessness? *Ment. Health Nurs*. 2008;29:1151-4.

14. Carneiro JN, Jesus CH, Crevelim MA. A estratégia de saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc.* 2010; 19(3):709-16.
15. Mattos RM, Ferreira RF. Quem vocês pensam que (elas) são?-Representações sobre as pessoas em situação em rua. *Psicol. soc. (Online)*. 2004; 16(4): 47-58.
16. Berman H, Mulcahy GA, Forchuk C, Edmunds KA. Uprooted and displaced: a critical narrative study of homeless, aboriginal, and newcomer girls in Canada. *Ment. Health Nurs.* 2009; 30:418-30.
17. Snow D, Anderson L. Desafortunados: um estudo sobre o povo de rua. *Horizontes Antropológicos*. 2004; 10(21):324-66.
18. Costa APM. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Textos contextos (Porto Alegre)*. 2005;4(1):1-15.
19. Ghirardi MIG, Lopes SR, Barros DD, Galvani D. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface comun. saúde educ.* 2005; 9(18):601-10.
20. Ensign J, Panke A. *Barriers and bridges to care: voices of homeless female adolescent youth in Seattle*. Blackwell Science. 2002.
21. Daisky I. Perspectives of homeless people on their health needs priorities. *J. adv. nurs.* 2008; 58(3):273-81.
22. Zdun S. *Violence in street culture: Cross-cultural comparison of youth groups and criminal gangs*. Wiley InterScience. 2008.
23. Paludo SS, Koller SH. Resiliência na rua: um estudo de caso. *Psicol. teor. pesqui.* 2005; 21(2):187-95.

24. Oliveira NS, Medeiros M, Munari DB. Aspectos da autoestima de crianças e adolescentes em situação de rua: reflexões para o cuidado de enfermagem. *Ciênc. cuid. saúde*. 2004; 3(3):233-42.
25. Botelho A. P, Silva SLF, Kassab MJ, Leite LC. Meninos de rua: desafiliados em busca de saúde mental. *Psicol. estud.* 2008; 13(2):361-70.
26. Scappaticci ALSS, Blay SL. Mães adolescentes em situação de rua: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. psiquiatr.* 2010; 32(1):3-15.
27. Oliveira AP, Sapiro CM. Políticas públicas para adolescentes em vulnerabilidade social: abrigo e provisoriedade. *Psicol. ciênc. prof.* 2007; 27(4):622-35.
28. Hudson AL, Nyamathi A, Slagle A, Greengold B, Griffin DK, Khalilifard F. The Power of the drug, nature of support, and their impact on homeless youth. *J. addict. dis.* 2009; 2(4):356-65.
29. Wright N, Oldham N, Jones L. Exploring the relationship between homeless and risk factors for heroin-related death- a qualitative study. *Drug alcohol rev.* 2005; 24(3): 245-51.
30. Joyce DP, Limbos M. Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless man: before and after access to primary health care. *Can. fam. physician.* 2009; 55(11):1110-1.
31. Bonin JP, Fournier L, Blais R. Predictors of mental service utilization by people using resources for homeless people in Canada. *Psychiatr. ser.* 2007; 58(7):936-41.
32. Botti NCL, et al. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. *J. bras. psiquiatr.* 2010; 59(1):10-6.
33. Mcmanus HH, Thompson SJ. Trauma among unaccompanied homeless youth: the integration of street culture into a model of intervention *J Aggress Maltreat Trauma.* 2008;16(1):92-109.

34. Aristides JL, Lima JVC. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. *Espaç. saúde (Online)*. 2009;10(2):43-52.
35. Barry PJ, Ensign J, Lippek SH. Embracing Street Culture: Fitting health care into the lives of street youth. *J. transcult. nurs.* 2002; 13(2):145-52.
36. Hunt RJ, Swiggum P. Being in another world: transcultural student experiences using service learning with families who are homeless. *J. transcult. nurs.* 2007; 18(2):167-74.
37. Mitchell CK. Homeless people need nurses...especially! *Arch. psychiatr. nurs.* 2007;21(1):48.

4.2 Artigo Original

AS PRÁTICAS DE SAÚDE DAS EQUIPES DOS CONSULTÓRIOS DE RUA*

Felicialle Pereira da Silva¹; Iracema da Silva Frazão².

Resumo

Introdução: Existem dois fenômenos distintos que se interligam, considerados graves problemas de saúde pública: o viver nas ruas e o uso de drogas. Diante desta problemática e da necessidade em minimizar os agravos a que os indivíduos nas ruas estão expostos, os Consultórios de Rua foram implementados privilegiando a abordagem nos contextos de vida do usuário morador de rua. **Objetivo:** Conhecer as práticas de saúde realizada no cotidiano das equipes dos Consultórios de Rua. Os objetivos específicos foram descrever as estratégias de atuação das equipes, conhecer o entendimento das equipes sobre educação em saúde e desvelar os sentimentos sobre o processo de trabalho na rua. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foi utilizada a técnica da observação participante, com entrevistas a 15 profissionais e análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Da análise das entrevistas emergiram cinco categorias temáticas: atividades em equipe nos consultórios de rua; valorização da construção do vínculo; educação em saúde como estratégia na redução de danos; satisfação com a proposta de cuidado do CR; desafio proposto na atuação do CR. **Conclusão:** As práticas de saúde pelas equipes privilegiam o vínculo e o acolhimento às pessoas em situação de rua, reforçando a importância do protagonismo do usuário e da interdisciplinaridade, bem como o trabalho em rede intersetorial. A proposta dos Consultórios de Rua deve ser ampliada, bem como a capacitação das equipes para fortalecimento das políticas públicas que visam assegurar o direito à saúde.

Descritores: Sem-teto; Enfermagem; Saúde mental; Educação em saúde; Usuários de droga.

Abstract

Introduction: There are two distinct phenomena that are interconnected, as serious public health problems: living on the streets and using drugs. Faced with this problem and the need to minimize the harm to individuals that are exposed on the streets, the Street Offices have been implemented in the contexts favoring the approach of the user's life homeless. **Objective:** To know the health practices performed in teams of everyday Offices Street. Specific objectives were to describe the strategies, know the teams understanding of health education and uncover feelings about the process of working on the street. **Methodology:** This was a

qualitative study in which we used the technique of participant observation, interviews with 15 professionals and content analysis proposed by Bardin. **Results:** The analysis of these interviews revealed five thematic categories: team activities in clinics street; valuation of the bond construction; health education as a strategy for harm reduction, satisfaction with care proposal of CR; challenge the proposed action in CR. **Conclusion:** The health practices by teams favor the bond and the reception people on the streets, reinforcing the importance of the role of the user and the interdisciplinary and intersectoral networking. The proposal of Street Offices should be expanded, as well as training teams to strengthen public policies aimed at ensuring the right to health.

Descriptors: Homelessness, Nursing, Mental Health, Health Education; Drug users

Introdução

Existe um número crescente de pessoas da população geral que estão excluídas das estruturas convencionais da sociedade, tendo como resultado o comprometimento de sua saúde, tanto física como psíquica, e conseqüentemente da sua sobrevivência. É no cenário das ruas onde muitas dessas pessoas buscam “acolhimento”, ao mesmo tempo em que se deparam com situações e comportamentos de riscos, entre estes: o uso de drogas. O aumento do consumo de drogas por sua vez, constitui um grave problema de saúde pública em todo mundo, sendo alvo de planejamento de várias estratégias para minimizá-los ^{1,2}.

Assim, para compreensão do objeto de estudo desta pesquisa, abordaremos dois fenômenos distintos que se interligam: o uso de drogas e o viver nas ruas. Esses fenômenos historicamente não são recentes e estão associados a causas multifatoriais que acompanham a humanidade ao longo do tempo³. Desde a antiguidade grupos de pessoas já habitavam os espaços da rua em estado de mendicância, entretanto, a distribuição desigual de bens sociais acentuadas pelo capitalismo, tem culminado em grave exclusão social ⁴.

Por outro lado, o uso de substâncias psicoativas pela humanidade remonta a um comportamento milenar que envolveu o aprendizado das pessoas sobre a utilização de plantas, substratos de origem vegetal e animal para produzir alterações no estado de consciência⁵.

Este comportamento foi compreendido com neutralidade por várias civilizações que delas se utilizaram, porém a partir do século XX este contexto sofreu mudanças com a regulamentação do uso dessas substâncias, tendo estas sido classificadas em lícitas e ilícitas ⁶. Este status de

ilegalidade parece ter contribuído para o crescimento da oferta e valorização dessas drogas, ampliando o seu consumo⁷.

No Brasil, a transformação do uso de drogas num problema público ocorreu nas últimas décadas do século XIX, instituindo novas práticas de controle social, como formas de solucionar os males do país. No final da década de 70, o cenário das drogas passou por outro processo de mudanças, especialmente voltado para o consumo de drogas ilícitas onde estas passaram a ser relacionadas à pobreza, violência, abandono, insucessos pessoais e falência financeira⁸.

Apesar das substâncias psicoativas serem utilizadas por pessoas de diferentes classes sociais, a associação entre marginalidade e “ser” de rua é bastante difundida na sociedade. Verifica-se que o uso de múltiplas drogas é uma prática regular nesta população, porém não se pode afirmar se esses hábitos são prévios, adquiridos nas ruas, ou até mesmo determinantes para ida às ruas⁹.

Torna-se relevante destacar que as políticas públicas de saúde historicamente permitiram a existência de uma lacuna assistencial, uma vez que a questão das drogas era referenciada para instituições de justiça, segurança pública e associações religiosas. Assim, sendo o indivíduo considerado doente e incapaz de responder por suas escolhas, os modelos de tratamento tradicionais convergiam para o uso imperativo da abstinência¹⁰.

Em reconhecimento a essa problemática, o Programa Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas implementado pelo Ministério da Saúde (MS), tem como proposta a ampliação do acesso ao tratamento e a promoção do direito de cidadania com abordagem na Redução de Danos (RD)^{11,12}. A RD é uma estratégia que constitui um conjunto de medidas em saúde com o objetivo de minimizar as consequências adversas provenientes do uso e abuso de substâncias psicoativas, tendo como princípio fundamental o respeito à liberdade de escolha do indivíduo e o acesso aos serviços de saúde¹³.

Tais pautas, contribuíram para o surgimento dos Consultórios de Rua (CR), a partir de uma experiência idealizada e proposta pelo doutor Antônio Nery Filho, na cidade de Salvador, estado da Bahia, com ofertas de serviços na modalidade de atendimento extramuros que objetivam promover acessibilidade aos serviços de saúde, assistência integral aos usuários em

situação de rua e promoção de laços sociais com enfoque intersetorial. A avaliação dessa experiência realizada entre 1999 a 2006 foi considerada exitosa, permitindo a inclusão do CR no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) e em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack¹⁴.

A experiência do CR de Salvador tornou-se referência para novos projetos pelo MS contribuindo na ampliação do acesso aos serviços e o fortalecimento da rede de atenção à saúde. Assim, sob a portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, surgem os CR na rua transferindo para Atenção Básica o atendimento à população em situação de rua a partir da atuação das equipes dos CR¹⁵. Neste sentido, na busca de uma assistência integral para as pessoas em situação de rua, entende-se que as ações educativas dirigidas a essa população, são estratégias essenciais para prática das equipes, e, portanto, devem ser pautadas em ação-reflexão-ação, como processo de leitura da realidade, dialogicidade e conscientização¹⁶.

Assim, este estudo teve como objetivo geral conhecer as práticas de saúde das equipes do CR e como objetivos específicos: descrever a metodologia de trabalho; conhecer o entendimento das equipes dos CR sobre educação em saúde; desvelar os sentimentos das equipes sobre o processo de trabalho na rua. As práticas de saúde neste sentido são aquelas que incorporam o cotidiano do trabalho em saúde¹⁷. Foram utilizados na discussão os constructos da autonomia e conscientização de Paulo Freire, uma vez que estes constructos configuram uma atividade essencial e reflexiva da prática educativa¹⁸. Tais considerações irão contribuir para dar visibilidade aos profissionais de saúde para que esta prática possa ser compreendida enquanto realidade complexa e plural de um trabalho singular para uma população que ainda ocupa um espaço invisível na sociedade.

Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, inserido nos pressupostos da análise qualitativa. Optou-se por essa abordagem uma vez que trabalha “com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”¹⁹.

A pesquisa foi realizada no estado de Pernambuco, nos municípios de Recife e Olinda, tendo estes sido contemplados com os CR, com articulação em rede e com equipes de diferentes configurações, rotinas e organização. Os CR funcionam nos períodos da manhã e da tarde nos

dias úteis, com ações e estratégias para o período noturno. Os usuários atendidos são cadastrados em formulário próprio para possibilitar o acompanhamento dos casos pelas equipes.

Participaram do estudo 15 trabalhadores de saúde do CR que desenvolvem trabalho direto de formação de vínculo com a população de rua, entre estes, encontram-se profissionais de saúde de nível superior e redutores de danos. Os redutores de danos são agentes de saúde, geralmente escolhidos entre pessoas da comunidade, que possuem compromisso quanto à promoção da saúde e cidadania de usuários de drogas²⁰. A pesquisa foi realizada na base operacional dos trabalhadores e na rua, uma vez que são nestes cenários que os profissionais atuam.

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica da entrevista semiestruturada e da observação participante, registrada em diário de campo, buscou-se desta forma a utilização da triangulação de métodos para reforçar a credibilidade do estudo²¹.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de junho e julho de 2012 e foram conduzidas pelas seguintes questões norteadoras: Como são as atividades que você desenvolve em sua prática nos CR? O que você entende sobre educação em saúde? Como você se sente realizando este trabalho? As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas em aparelho de voz digital e transcritas na íntegra em grelhas de análise. Ao final da transcrição foi realizada uma leitura exaustiva. Os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo de modalidade temática proposta por Bardin²².

A análise dos dados permitiu a identificação de núcleos de sentido, após os recortes, dos trechos das falas, onde foi realizada a categorização pelo sentido expressado. Estes dados foram discutidos em acordo com os constructos teóricos autonomia e conscientização de abordagem proposta por Paulo Freire^{23,24}.

Após a identificação preliminar dos resultados da análise temática, realizou-se a verificação com os participantes no sentido de oportunizar questionamentos, bem como *feedback* aos mesmos quanto às interpretações preliminares. Esta técnica de verificação é considerada importante para o estabelecimento de credibilidade dos dados qualitativos²¹.

A observação participante foi realizada durante o período da coleta, onde a pesquisadora inserida na equipe participou de reuniões de estratégias de campo e discussão de casos clínicos, bem como imersão nos cenários de rua onde os usuários são abordados. Foi utilizado um roteiro de observação contendo dados sobre as dinâmicas de funcionamento, abordagens e estratégias realizadas pelas equipes.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos da resolução 196/06 que regem pesquisas com seres humanos, aprovada com número do CAAE 01184312.5.0000.5208 ²⁵. Para preservar o anonimato dos participantes, os mesmos foram codificados por letras e números sequenciais de E1 a E15.

Resultados

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 15 profissionais de saúde, sendo 08 do sexo masculino e 07 do sexo feminino, distribuídos nas duas equipes, compostas na totalidade por: 01 enfermeira, 01 psicóloga, 02 assistentes sociais e 11 redutores de danos. Os redutores de danos possuem formação por meio de capacitações promovidas pelas secretarias de saúde.

A faixa etária dos entrevistados variou entre 24 e 50 anos, concentrando-se entre 25 a 34 anos. Quanto ao tempo de experiência profissional, a maioria (08) está entre 1 a 2 anos, enquanto que na área de saúde mental, apenas 02 referiram possuir essa especialidade. Participaram de capacitações promovidas pelos municípios para atuação nos CR nove profissionais. Quanto à forma de ingresso, 09 foram por indicação de outros colegas, tendo vínculo por contrato e 06 por processo seletivo de concurso público.

Observou-se que mais da metade dos participantes referiram que a experiência profissional foi adquirida durante a prática do CR. Observou-se que entre os participantes do estudo, apenas dois referiram experiência anterior na área de saúde mental.

Da análise de conteúdo, emergiram cinco categorias temáticas: (1) Atividades em equipe nos consultórios de rua; (2) Valorização da construção do vínculo; (3) Educação em saúde como

estratégia na Redução de Danos; (4) Satisfação com a proposta de cuidado do CR; (5) Desafio proposto na atuação do CR.

Tema I - Atividades em equipe nos Consultórios de Rua

As equipes dos CR, distribuídas nos municípios pesquisados, não constituem uma configuração homogênea do ponto de vista do número de profissionais e da multidisciplinaridade, sendo uma equipe contemplada por um assistente social e quatro redutores de danos e a outra equipe por uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga e seis redutores de danos. Entretanto, todos se consideram redutores de danos pelo entendimento de que a estratégia da RD é a ferramenta de direcionamento da clínica do CR.

A equipe dispõe de um transporte como um carro tipo “van” que serve tanto para o deslocamento dos profissionais, como levar insumos e transporte de usuários. Este carro além das funções citadas, também referencia a equipe na área, uma vez que tendo sido as áreas previamente mapeadas no território, os usuários sabem que a equipe estará naquele determinado local e horário para atendê-los.

“[...] a gente entra em todo tipo de lugar, mesmo a van ficando parada em um único ponto, que é justamente o ponto onde eles [moradores de rua] sabem que a van está ali, a gente entra nas comunidades, vai para as favelas, para as bocas de fumo [...]E9.

A atuação das equipes do CR é precedida de reuniões de pré-campo para planejamento das atividades e discussão de estratégias e do pós-campo para avaliação das mesmas. O discurso dos participantes foi unânime sobre as abordagens aos usuários de rua “*in loco*”, tendo o território como referência, compreendendo-se aqui tanto a inclusão de moradores de rua, como pessoas em situação de rua, como se observa nas seguintes falas:

“[...] a gente atua fazendo intervenção nos locais onde eles [moradores de rua] estão, seja ponto de uso, seja residência”... né? (E1)

“lá mesmo... na rua mesmo e fazendo o monitoramento deles no dia da área” (E2)

Os territórios são previamente estudados e mapeados pelas equipes, a fim de selecionar as prioridades de atenção de acordo com um índice maior de violência e de pessoas em situação de rua e ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Este mapeamento que as equipes referenciam como abertura de campo, é também articulado com as lideranças comunitárias e com os agentes da rede básica de saúde, servindo de referência para visitas posteriores.

Contemplando as necessidades no território, as ações noturnas são estratégias que objetivam alcançar usuários que as equipes não conseguem acessar no período diurno. Entretanto, uma das equipes analisadas desenvolve duas formas de funcionamento diferentes entre o dia e a noite. Essa forma diz respeito à formatação da equipe que durante o dia atua separadamente nos distritos de saúde, e a noite em grupos, como pode ser observado nas falas dos E12 e E15, respectivamente:

“[...] essa instituição [CR] tem duas configurações: a equipe do dia e a da noite, que trabalha mais com a situação de rua.” (E12)

“já à noite a gente trabalha mais a lógica de grupo, o grupo todo para o território”. (E15)

Os cenários de atuação variam conforme o território. Em um mesmo município, cada território pode apresentar características absolutamente distintas. O município que possui mais de uma equipe tem áreas divididas em território de saúde (TS), onde cada redutor de danos fica responsável por uma TS. São pelas calçadas e praças, onde os usuários muitas vezes se “amontoam” para partilhar um universo particular, com seus poucos pertences dentro de sacos plásticos pelo chão. Colchões rasgados são visualizados pelas calçadas durante o dia onde privacidade tem um sentido inexistente.

A observação em campo e a produção dos dados por meio da entrevista visualizaram a significância do trabalho em equipe para oferecer um cuidado integral às pessoas em situação de rua. O sentido de pertencimento que emana do fenômeno de grupo é claramente destacado por meio de uma práxis que entende que cada um tem um olhar diferenciado e saberes plurais para poderem vasculhar diferentes áreas do conhecimento. Na fala que se segue, percebe-se que se trata de uma necessidade consciente na práxis da equipe dos CR.

“[...] somos uma equipe multidisciplinar que tem uma quantidade de olhares diferenciados e saberes plurais para poder estar atendendo de forma integral a essas pessoas: biopsicossocial”. (E9)

“[...] nós fazemos a inserção deles na rede de saúde prioritariamente e em toda rede intersetorial, na rede de assistência social e outras mais que eles precisarem.” (E9)

Neste sentido, a equipe referencia um dos membros para situações específicas que emergem nas situações de rua, como pode ser observado nas falas do E1 e E3:

“Se ele [morador de rua] traz uma demanda de saúde, faço uma interlocução com a enfermeira, para que ela tenha um olhar e tal... e trabalho com ele a redução de danos.” (E1)

Outra questão que também diz respeito à multidisciplinaridade referida pela equipe é que cada profissional deve ter seu papel delimitado dentro da sua área do conhecimento para desta forma a equipe exercer uma prática interdisciplinar. A fala de um dos entrevistados ressaltou que a área de saúde mental necessita de reflexão acerca da compreensão das especificidades, não generalizando o que cada um pode fazer, respeitando o potencial do trabalho interdisciplinar. Essa dificuldade emerge como muita força, pois a equipe entende que a abordagem ampliada permite apreensão conjunta, sendo essencialmente necessária para ações integrais às pessoas de rua.

“[...] a área de saúde mental ainda é um campo de trabalho com uma lógica psicologizante, não entende que as profissões não estão ali para se digladiar, pelo contrário, estão ali para se complementarem e oferecer um serviço de qualidade para o usuário”. (E13)

Ainda nesta fala, este entrevistado considerou que o profissional deve refletir sobre seu papel e firmar seu espaço dentro do compromisso da construção de um cuidado ético.

Tema II- Valorização da construção do vínculo

Para o desenvolvimento do trabalho os entrevistados consideraram imprescindível a construção do vínculo com os usuários de rua. Esta tarefa, no entanto, requer da equipe o exercício de

uma práxis que envolve criatividade e subjetividade como construções humanas significativas para este trabalho diferenciado, bem destacado na fala do E1:

“É você ter um olhar técnico-humano né... é um trabalho diferenciado”. (E1)

“[...] geralmente os redutores de danos, eles são pessoas que se adaptam aos usuários, por conta até do visual também e a linguagem. A gente chega normalmente e dar um bom dia, começa a conversar que eles se sentem bem...”(E3)

É visível nos relatos acima que no exercício dessa construção do vínculo com a população de rua, a relação dialógica e o saber escutar se constituem como saberes necessários. A equipe exerce a prática de acordo com a necessidade do campo, utilizando-se de oficinas de arte em geral como a música, pinturas, desenhos, capoeira, instrumentos de percussão, entre outros. Neste sentido as equipes reconhecem que estas atividades realizadas na rua permitem que os usuários sintam-se mais à vontade para participação e construção do vínculo.

“Aí assim, a gente trabalha muito com a música, com a arte em geral, questão de desenho, de pintura, leva a atividade para o campo, para que eles se sintam à vontade lá na área deles, em casa, porque na verdade a casa deles é a rua mesmo [...]” E8.

Essa solidariedade e sensibilidade tão presentes neste trabalho são traduzidas quando a maioria dos entrevistados refere que não há resistência por parte dos usuários, que estes não oferecem obstáculos para serem cuidados.

As ações de saúde realizadas no cotidiano de trabalho das equipes buscam identificar as demandas dos usuários de rua numa abordagem integral articulada à rede básica de saúde e à rede intersetorial. São realizadas várias ações viabilizadas pela educação em saúde, entre estas: cuidados de higiene, curativos, orientações diversas de saúde e assistência social, entre muitas outras. O usuário de rua em sua maioria encontra-se com vínculos familiares rompidos ou completamente fragilizados, desta forma, a tentativa das equipes em resgatar estes vínculos é bastante vivenciada nesta prática.

“[...] e aí a gente articula os serviços e não só os serviços da rede de saúde, da rede psicossocial, mas também outros atores da comunidade”. (E14)

Para esse trabalho tão complexo, existe a necessidade de incluir outros atores no território por meio de parcerias para atuação em conjunto. Algumas ações como as oficinas regulares de capoeira realizam-se estrategicamente como atividade cultural em um dos municípios pesquisados e acontecem nos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS ad).

Tema III- Educação em saúde como estratégia na Redução de Danos.

As equipes reconhecem que as pessoas que estão em situação de rua não dispõem de saúde, de acesso à educação e dos direitos de cidadania, portanto se propõem a ser um elo entre a rua e a saúde. Essa premissa entra como estratégia central das equipes do CR, tanto para entrada no campo, como no desenvolvimento da prática.

“[...] a gente é um elo entre a saúde e a rua, eles como são moradores de rua, não dispõem de saúde, de documentação dessas coisas... e a gente procura dizer que quer levar isso para ele [morador de rua], a saúde”. (E4)

“[...] na verdade a gente funciona como uma ponte para eles terem acesso à rede de saúde básica... a gente tenta fazer essa ponte e serve como link dessa população e a atenção básica”. (E5)

Neste sentido a educação em saúde se insere em todas as etapas da proposta de trabalho da equipe considerando que esta desenvolve um cuidado diário que depende da identificação das necessidades dos moradores de rua. Este cuidado, porém, se estabelece a partir de uma relação de respeito, que entende a educação em saúde como uma ferramenta para proporcionar o exercício de cidadania dos usuários de rua, bem destacadas nas falas a seguir:

“[...] educação em saúde para mim é levar o sujeito a refletir sobre suas escolhas, suas demandas né... e exercer e potencializar o exercício de cidadania desses usuários.” (E12)

“Educação em saúde seria a gente trabalhar a qualidade de vida desse sujeito... eu vou falar da clínica ampliada, ou seja, com uma visão mais ampla, quando a gente vai fazer a abordagem, eu não vou focar apenas a droga desse sujeito, mas também outras questões além do uso da droga.” (E15)

A redução de danos no entendimento da equipe não é exclusiva aos usuários de substâncias psicoativas, e, portanto, considerada tanto como porta de entrada, como proposta de metas e estratégias para construção do projeto terapêutico do usuário de rua.

“[...] educação em saúde eu vejo... voltado para o tipo de trabalho que a gente faz, eu acho que ela traz muito a questão da redução de danos... a gente faz com essa população [de rua], seja ela usuária de drogas ou não.” (E4).

“[...] fazer educação em saúde no meu entender, é você viver bem... redução de danos também é tudo isso aí, se você consegue usar aquela droga de forma menos danosa, você vai ter mais saúde... você vai ser uma pessoa melhor” (E6).

“[...] ele é corresponsável pelo cuidado de si... uma das coisas que me chama à atenção na redução de danos é que esse sujeito se autorregula...”(E12)

Tema IV- Satisfação com a proposta de cuidado do CR

Essa categoria destacou a gratificação pessoal em desenvolver um trabalho direcionado para pessoas que precisam de atenção. Essa atenção, no entanto, está desvinculada de um olhar puramente assistencialista, considerando as pessoas em situação de rua como seres humanos como de fato são. Essa concepção resulta em um profundo desdobramento interno em perceber-se melhor como pessoa humana, como pode ser observado nas seguintes falas:

“[...] além do respeito que você ganha das pessoas, tem que eu acabei melhorando muito como ser humano. Confesso que antes de trabalhar com moradores de rua não existia uma visão para um morador de rua, mais pena do que uma visão de um cara que precisa de ajuda...”. (E1)

“mas o importante de tudo é você fazer contato com pessoas né... é você estabelecer linhas de cuidado com pessoas, com pessoas diferentes, com singularidades e particularidades, individuais e únicas”. (E10)

Esse reconhecimento do trabalho da equipe se apresenta bem detalhado no relato do entrevistado E1 sobre um diálogo entre ele e um morador de rua:

”Eu gosto de vocês porque vocês veem a gente como gente. Mas vocês são gente. Eu sei que sou gente, mas as pessoas pensam que eu não sou gente” (E1)

As pessoas em situação de rua parecem reconhecer a si mesmos como oprimidos e imersos em uma realidade do qual muitas vezes não conseguem superar e uma delas é não se sentirem reconhecidos como pessoas humanas pela sociedade.

A equipe reconhece e vivencia esta realidade, e considera representativa à aplicação dos sentidos humanos em colocar sempre em primeira escala o desejo do usuário, fato este que rejeita a possibilidade deste ser reduzido a um trabalho frustrante, considerando as dificuldades sociais e mesmo internas desta população de rua.

Tema V- Desafio proposto na atuação do CR

Neste trabalho, as equipes defendem que existem desafios para o cuidado às pessoas de rua no modo geral. Estes desafios constituem barreiras que dificultam, inibem ou até mesmo inviabilizam o acesso do morador de rua à rede de saúde e à rede intersetorial. A barreira social foi citada como uma das principais, da qual envolve o estigma do morador de rua e reforça a invisibilidade destas pessoas, como pode ser observado na fala de E1:

“A barreira mais gritante é a social, infelizmente esta estigmatização que as pessoas têm com usuários de drogas e morador de rua [...]E1

Este entrevistado refere que o fator social acaba influenciando diretamente os profissionais que as equipes precisam acessar, principalmente os da saúde. Não que a questão seja exclusivamente relacionada à rede de saúde, mas uma questão explicitamente social, como se refere em seu depoimento a seguir:

“[...] é uma coisa mais social mesmo, aquelas coisas que são referências que a gente traz e que a gente acaba se tornando profissional e acaba reproduzindo da mesma forma, sabe, a

gente ta acostumada a receber aquela pessoa limpinha, organizada, que tem documentos, que tem endereços e tal...” E1]

Essa expressão reflete o preconceito social que conseqüentemente atinge os profissionais de saúde e os direciona ao trabalho pautado em diretrizes burocráticas, sendo uma das barreiras que dificultam o acesso das pessoas de rua à rede de saúde. Mediante essa realidade, a equipe se contrapõe reconhecendo que uma pessoa não deixa de ser um ser humano por não ter endereço, documentos ou higiene.

A responsabilidade reflexiva em poder fazer o melhor, buscar o que de melhor pode ser feito para o cuidado aos moradores de rua está refletida no sentimento de desafio, como pode ser observado na fala a seguir:

“[...] você se depara com um desafio e em relação ao desafio, você tem o receio de não estar fazendo o que deveria ser feito, vamos dizer assim.” (E13)

“[...] muita gente diz que este tipo de trabalho é muito frustrante, porque você encaminha os usuários, de repente eles passam por um tratamento, daqui a pouco eles voltam, tem uma recaída e aí o pessoal se frustra né? Mas na realidade é como eu digo: o desejo que tem que ta em jogo é o desejo do usuário e não o desejo o do profissional...” (E5)

Discussão

O texto para II Oficina nacional dos CR, publicado pelo MS, refere que a equipe volante mínima do CR deve ser constituída por profissionais da saúde mental, entretanto que a portaria 122 de 25 de janeiro de 2012 que dispõe sobre as equipes do CR na rua, não destaca esta particularidade na sua composição^{5,15}. Entende-se desta forma pelos formatos e heterogeneidade das equipes que estas estão sendo formadas em acordo com as respectivas gestões municipais, fato relevante que merece ser repensado.

As abordagens realizadas no campo pelas equipes do CR privilegiam uma estratégia de aproximação desenvolvendo uma oferta de cuidados e redução de agravos fora dos espaços institucionais. Essa lógica de trabalho integra o CR como dispositivo público componente da

rede de atenção substitutiva em saúde mental²⁶. Dando seguimento a essa lógica, os espaços de rua compõem o território como um todo, onde as equipes procuram assegurar o cuidado em redes buscando a integração destas às necessidades do usuário de rua.

Pode-se verificar que as ações de saúde realizadas na prática das equipes dependem prioritariamente das demandas dos usuários, portanto trata-se de ações variadas que precisam envolver vários atores na comunidade como parceiros essenciais para possibilitar ações conjuntas e efetivas. Entre estes atores, estão a assistência social e a rede básica de saúde, bem como outros dispositivos no território. Desta forma, considera-se que a atuação no próprio contexto de vida e a compreensão da identidade cultural do indivíduo são fundamentais para prática educativa e para construção conjunta de seu projeto terapêutico²³.

Entre as formas de atuação, foram citadas as ações em “sindicatos” que as equipes referem como sendo bares e barracas, nas escolas, de capacitação de agentes comunitários da área de abrangência e na articulação com a rede básica e com a própria comunidade. Neste sentido, a comunidade é uma importante parceira que identifica demandas, colaborando na busca ativa com as equipes do CR. Essas parcerias concluem e reforçam o entendimento de que a saúde é intersetorial conforme foi afirmado no relatório final da IV Conferência de Saúde Mental que defende a o acompanhamento intersetorial integral levando em conta as especificidades da população de rua, particularmente a de não ter território definido^{27,28}.

No imaginário das equipes, o cuidado ao indivíduo em situação de rua, além da competência técnica do profissional, depende de suas qualidades humanas, de solidariedade e intencionalidade para compreender a pessoa a ser cuidada e para que este cuidado seja prestado de acordo com suas necessidades. Isso inclui o enfrentamento de outro paradigma: a normose da invisibilidade social, uma manifestação mórbida da exclusão que é a mais visível das patologias sociais²⁹.

Essa compreensão inclui não permitir que interferências de preconceitos que rotulam as pessoas como viciado, de ladrão, do agressivo, do perigoso, os impeçam de ver a pessoa, descobrir o que ela sabe, o que ela traz de bom e no que pode melhorar. Esse pensamento da equipe corrobora com o pensamento de Freire na medida em que o compromisso assumido aqui não pode ser um ato passivo, mas práxis, ação e reflexão sobre a realidade, que só é válido quando carregado de humanismo³⁰.

Como forma de vínculo, identificou-se que o contato prévio da equipe com os parceiros da comunidade é uma importante estratégia para entrada no território, além de reforçar a referência do trabalho dos CR. Neste sentido, Freire reforça que a intercomunicação é processo que mediatizado pela realidade, produz autenticidade ao pensar do educador e do educando ¹¹.

As práticas educativas em saúde, para equipe também se referem a um processo efetivo de troca, onde ao se passar um determinado conhecimento específico para a população, a equipe aprende a forma de fazer deste determinado grupo. Portanto, é ressaltada a relevância de transmitir a informação da forma que o grupo possa compreender, entendendo a dinâmica vivenciada pelos sujeitos. De acordo com Freire, este processo perpassa a mera transmissão de conhecimentos, sendo uma “via de mão dupla”, onde a construção do conhecimento se dá por meio de reflexão crítica sobre a realidade vivenciada ²⁸. Esta compreensão se insere nos pressupostos da educação problematizadora, onde ambos, educador (equipe), educando (usuário de rua) se tornam sujeitos de crescimento e aprendizado mútuo ¹⁸.

Os discursos dos entrevistados convergem para constatação de que as práticas educativas realizadas com e para os usuários estão pautadas na política da redução de danos. Desta forma foram bastante citadas as formas práticas de abordagem à população de rua, bem como foram observadas em campo. No entendimento das equipes, o processo de educar em saúde envolve a necessidade de conhecer e compreender o contexto de cada indivíduo, a partir da realidade e possibilidades de cada um, com base no respeito à sua autonomia e direito do sujeito ativo no seu plano terapêutico.

Neste sentido, a educação em saúde pode ser concebida como uma prática libertadora, levando o indivíduo a refletir e intervir sobre sua realidade, transformando-a. O trabalho envolvendo a educação em saúde fornece subsídio para desenvolver outra prática, que é mais instigante, e que se refere a lidar com o empoderamento dos sujeitos. A informação leva o indivíduo ao empoderamento pela conscientização, e esta não pode existir fora da práxis, ou seja, sem o ato ação- reflexão- ação ²⁴.

Apesar dos obstáculos que este tipo de trabalho enfrenta, o sentimento de gratificação pessoal da equipe foi absolutamente marcante nos discursos, bem como na observação de campo. As

equipes referiram ter consciência de estarem contribuindo para “salvar vidas”, fazendo com que as pessoas possam viver mais e melhor, dentro de suas possibilidades.

A ação para integralidade nos cuidados de saúde necessita do olhar multiprofissional, para possibilitar apreensão ampliada das necessidades reais de uma população^{31, 32}. Além disso, devido à precariedade e situações adversas a que os indivíduos estão expostos nestes cenários, a presença do profissional enfermeiro na equipe é essencial, considerando que este possui uma valiosa contribuição advinda de uma formação holística com base no cuidar do ser humano, família e comunidade. Desta forma, torna-se relevante a compreensão de que para oferecer um cuidado compartilhado e integral, a presença deste profissional na equipe deve ser assegurada.

A falta de higienização é percebida como um dos principais motivos para rejeição nos serviços de saúde, porém quanto a este fato se poderia questionar: como e de que forma pode o usuário de rua se higienizar? Trata-se de questão importante para sociedade repensar e respondê-la às pessoas em situação de rua.

O desafio a que a equipe se refere, reflete um pensamento profundo de Freire de que quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados e ainda mais: obrigados a responder o desafio¹⁸. Outra questão relacionada ao desafio está na necessidade de reestruturação dos serviços em articulação com os demais componentes da rede. De acordo com Freire, a conscientização nos capacita para assumirmos o compromisso de sermos anunciadores e denunciadores em busca de transformar uma realidade¹⁸, o qual para as equipes do CR exige uma permanente busca, sendo a essência da sua práxis.

Considerações finais

A prática das equipes dos CR é observada em coerência nos discursos. A dinâmica deste trabalho permite a compreensão do desafio de conhecer e se apropriar de uma realidade para transformá-la. A realidade aqui referida está submersa na estrutura social da humanidade. Como modificá-la se ao passar por essas pessoas “fecham-se os olhos”? Essa pergunta incita uma profunda reflexão acerca de uma visibilidade que deve ser proporcionada não só aos

profissionais de saúde, mas também aos demais atores sociais, em repensar a transformação de uma realidade além das expectativas assistencialistas.

Não é fácil (re) significar o outro ofertando cuidado, sobretudo quando esse outro é usuário de drogas e ou morador de rua. Os desafios explicitados pelas equipes refletem a necessidade da incorporação de um novo paradigma, que envolve o morador de rua ocupando um novo lugar de destaque como sujeito de si e de suas escolhas.

É importante ressaltar que a estratégia do CR ainda é incipiente e suas ferramentas de trabalho são pautadas nas políticas públicas, planejadas com o propósito de uma assistência integral à população. No entanto, o compromisso de torná-las efetivas está no conhecimento da realidade, ou seja, de como estas políticas vem sendo implementadas e avaliadas, para possibilitar contribuição e o fortalecimento das mesmas.

As situações que emergem nos cenários das ruas são singulares dentro de um universo de demandas imprevisíveis e subjetivas, reforçando a imperiosa necessidade de compreender o cuidado numa perspectiva em que o profissional faça a distinção entre multi, inter e transdisciplinaridade e exerça e receba dos gestores o suporte necessário para o desenvolvimento de ações transdisciplinares, onde se fazem necessárias as trocas de olhares repletos de especificidade. Observou-se que entre os entrevistados, apenas dois referiram experiência anterior em saúde mental. Essa leitura reflete a necessidade dos gestores em rever a formação das equipes, considerando que as atividades das equipes incluem a busca ativa e o cuidado integral aos usuários de substâncias psicoativas.

Conclui-se que é necessário ampliar a proposta dos CR para atender à demanda de rua, bem como investir em recursos humanos especializados com formação em saúde mental e saúde coletiva, bem como na educação permanente em saúde para atuar junto às pessoas de rua, intensificando o trabalho nas comunidades, com os demais atores sociais.

Refletir sobre essa responsabilidade que é nossa enquanto ser humano é repensar uma ação social, em busca de estratégias para ser instrumento desta transformação, que não depende exclusivamente do setor saúde e sim de um todo, afinal a saúde é intersetorial!

Referências

1. Roseantock KIV, Neves MJ. Papel do enfermeiro da Atenção Básica de Saúde na abordagem ao dependente de droga em João Pessoa, PB, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2010 jul/ago;63(4):581-6.
2. Prata EMM, Santos MA. O processo de saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Prática* 2009 apr/june;25(2):203-11.
3. Moraes NA, Moraes CA, Reis S, Koller SH. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. *Psicologia & Sociedade* 2010 set/dez; 22(3):507-18.
4. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública* 2009;25(11):2309-19.
5. Nery Filho A, Valério ALR (Org.). Módulo de capacitação dos profissionais do Projeto Consultório de Rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD; 2010.
6. Raup LM, Adorno RCF. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. *Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade* 2011; (4):52-67.
7. Wodak A. Harm reduction is now the mainstream global drug policy. *Addiction* 2009; 104(3):343-5.
8. Moreira FG, Neil M, Silveira DX. Drogas, família e adolescência. São Paulo: Atheneu; 2009.
9. Aristides JL, Lima JVC. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: Aspectos do viver e do adoecer [periódico na internet]. *Rev. Espaço para Saúde* [cited 2011 out 12]. 2009 jun; 10(2):42-52. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo7.pdf>.
10. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construção alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade* 2011 abr.;23(1):154-62.
11. Lima AF. Dependência de drogas e psicologia social: um estudo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da teoria de identidade. *Psicologia & Sociedade* 2008 jan/abr.;20(1):91-101.

12. Souza KM, Monteiro S. A abordagem da Redução de danos em espaços educativos não formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2011july/sep;15(38):833-44.
13. Andrade, T. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011 dez; 16(12):4665-74.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Consultório de rua do SUS. Brasília, 2010.
15. Brasil. Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultório de Rua. Brasília; 2012.
16. Liberalesso RCB. Educação Social de Rua e os pressupostos educacionais freireanos. *Educere et Educare- Revista de Educação UFSM/RS* 2008 jan/jun;3(5):117-123.
17. Peduzzi M, Schraiber LB. Dicionário de educação profissional em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 [cited 2012 dez. 12]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>.
18. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 46th ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10th ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
20. Santa Catarina. SES (Secretaria de Estado e Saúde). *ABC: redução de danos*. Santa Catarina; 2009.
21. Polit DR, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 7thed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
22. Bardin L. *Análise conteúdo*. 5th ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
23. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 29th ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
24. Freire P. *Conscientização: teoria e pratica da libertação*. 3th ed. São Paulo: Centauro; 2006

25. Brasil. Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996: Sobre Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União 1996 out.11.
26. Ministério da Saúde. Abordagens Terapeuticas a usuários de cocaína/crack no sistema único de saúde. Brasília; 2010.
27. Ministério da Saúde. Relatório final. In: IV Conferencia Nacional de Saúde Mental-Intersetorial, 4, 2011, Brasília. Brasília; 2011.
28. Botti NCL et al. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2010; 59(1):10-6.
29. Leloup JY, Crema R. Normose: a patologia da normalidade. Campinas: Versus; 2003.
30. Freire P. Educação e Mudança. 29th ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
31. Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2010; 15(supl.1):1695-98.
32. Vargas D, Duarte FAB. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (caps ad); a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto e Contexto – Enfermagem* 2011 jan/mar; 20(1):119-26.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da saúde ainda sofre com a lógica da fragmentação e da precarização. Sabe-se que saúde é um direito constitucional, entretanto ao considerar o entendimento de saúde como resultante dos determinantes sociais como trabalho, moradia, lazer, educação, entre outros, as pessoas de rua retratam um contexto de desigualdade, que além das precárias condições de vida, também carregam o fardo pesado da invisibilidade. O CR ainda é uma estratégia incipiente, porém com potencial para dar visibilidade às demandas destes indivíduos, uma vez que os abordam em seus contextos de vida, conhecendo a realidade e formando vínculos.

O vínculo é uma ponte que permite “chegar junto”, uma vez que os usuários de rua acabam se escondendo mais quando os sistemas de saúde não estão preparados para recebê-los. O vínculo representa uma co-responsabilização dos profissionais com os problemas encontrados e com a busca de resolutividade. O trabalho na rua requer dos gestores um olhar crítico quanto à formação das equipes para atuar com esse usuário. São fundamentais as estratégias de educação permanente, privilegiando a interdisciplinaridade e formação na área da saúde mental e saúde coletiva, uma vez que esta população necessita de cuidados especializados nessas áreas.

A Enfermagem como integrante da equipe de saúde, necessita se apropriar da responsabilidade que lhe confere esse *locus* de trabalho, pelo compromisso do profissional especializado no cuidado integral. Percebeu-se através das falas dos entrevistados que o papel do enfermeiro é reconhecido na equipe para atuar nessa clínica ampliada. Assim sendo, devido à diversidade de situações que emergem nos cenários da rua, é importante garantir em portaria a presença deste profissional nas equipes do CR.

Ressalta-se que lidar com a pobreza, bem como a questão das drogas como problema de saúde, impõe uma reflexão sobre os paradigmas da saúde para um cuidado compartilhado. Assim sendo, torna-se imprescindível que haja mais articulação das políticas e práticas sanitárias às políticas sociais, além da permanente vigilância em verificar se o que está escrito está sendo levado à frente.

É imperioso o entendimento que a educação em saúde não se faz apenas quando se passa sobre o que deve ser feito em saúde, mas como dito por Paulo Freire, quando se trata da responsabilidade sobre o mundo, propiciando o empoderamento dos indivíduos. Faz-se necessário investir na formação continuada de profissionais para atuar na perspectiva da conscientização e autonomia nas ações de saúde. Neste contexto, o profissional de saúde

necessita compreender a existência de mundos diferentes e de culturas diferentes como ponto de partida para atuarem de maneira autêntica, como protagonistas e agentes de transformação e não apenas meros reprodutores. Neste sentido, conhecer os contextos culturais que permeiam a vida dessas pessoas é imprescindível para subsidiar o cuidado.

Os desafios a serem enfrentados em um mundo desigual nos leva a refletir que responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos significa prioritariamente melhorar a qualidade de vida, bem como reforçar as políticas de promoção da saúde, entre outras.

Os CR ainda configuram entre os desafios de uma rede em formação, necessitando-se de uma maior aproximação das necessidades da demanda, com a consciência de que as ações de saúde necessitam ser ofertadas a partir das necessidades do usuário.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MGP. Consultório de rua: relato de uma experiência [Dissertação]. Salvador: UFBA; 2009.
2. Morais NA, Morais CA, Reis S, Koller S. Promoção de Saúde e Adolescência: Um Exemplo de Intervenção com Adolescentes em Situação de Rua. *Psicologia e Sociedade* 2010; 22(3):507-518.
3. Costa APM. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Textos & Contextos* 2005 dez;4(1):1-15.
4. Ribeiro MO. A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. *Rev Lat.americana de Enfermagem* 2003 set/out; 11(5):622-629.
5. Proença D. Sem domicílio sim, sem saúde não. *Revista Brasileira Saúde da Família* 2011 jan/abr;12(28):20-5.
6. Brasil. MS (Ministério da Saúde). Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de Trabalho para II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília; 2010.
7. Nery Filho A, Valério ALR (Org.). Módulo de capacitação dos profissionais do Projeto Consultório de Rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD; 2010.
8. Brasil. Portaria N^o 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultório de Rua. Brasília; 2012.
9. Gazinelli MF, Gazinelli A, Reis DC. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública* 2005 fev;21(1):200-6.
10. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007;12(2):335-342.
11. Neves MJ, Rosentock KIV. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa. *Rev. Brasileira de Enfermagem* 2010; 63(4):581-6.
12. Freire P. *Conscientização: teoria e pratica da libertação*. 3th ed. São Paulo: Centauro; 2006.
13. Brasil. MS. Relatório final. In: IV Conferência Nacional de Saúde Mental; 2011; Brasília [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [cited 2011 nov 02]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663.
14. Peduzzi M, Schraiber LB. Dicionário de educação profissional em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 [cited 2012 dez. 12]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>.

15. Alves VS. Modelos de Atenção à Saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad.de Saúde Pública* 2009 nov.; 25(11):2309-2319.
16. Parente C. Uso do crack cresce até 40%. *Jornal do Comércio* 2011 nov 09, Caderno Cidades.
17. Simões Junior JG. *Moradores de rua*. São Paulo: Polis; 1992.
18. Nogueira FGP. População de rua e pobreza: conceitos e interseções históricas. In: _____. *Hóspedes incômodos: estudo sobre moradores de rua no hospital de emergência [dissertação]*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2008. Freire P. *Pedagogia da autonomia*. 43th ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
19. Maciel VR. *Os herdeiros da miséria: o cotidiano de mendicância no centro de Fortaleza [dissertação]*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2004.
20. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). *Relatório do desenvolvimento humano de 2011*. New York; 2011. Oliveira MSM, Oliveira MH. A população de rua e as relações capitalistas [periódico na Internet]. *Seminários Integrados [cited 2011 out 12] 2007;20071(1):1-14*. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/view/894/870>.
21. Brasil. MDSCF. *Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop*. Brasília; 2011.
22. Almeida DAC. Morador de rua: da questão social para a questão midiática; Puçá: *Revista de Comunicação e Cultura na Amazônia* 2011 jan/jun;1(1):77-102.
23. Gomes WA. População adulta de rua: a perversa exclusão social. *Fragmentos de cultura Goiânia* 2000 jul/ago;10(4):769-83.
24. Brasil. Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009: institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília; 2009.
25. Brasil. MJ. Programa Nacional de Direitos Humanos [internet]. Brasília; 2010. [cited 2011 out 12] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/direitos-do-cidadao/programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh>
26. Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005 jul/ago;13(4):576-82.
27. Amed Ali DM et al. *População de rua: necessidades de saúde e organização de Serviços*. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 1996.
28. Aristides JL, Lima JVC. Processo saúde-doença da população em situação de rua da Cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. *Revista Espaço para Saúde* 2009 jun;10(2):43-52.

29. Moreira FG, Neil M, Silveira DX. Drogas, família e adolescência. São Paulo: Atheneu; 2008.
30. Raup LM, Adorno RCF. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. *Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade* 2011; (4):52-67.
31. Nardi HE, Rigoni RQ. Marginalidade e cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudos* 2005 maio/ago;10(2):273-82.
32. Nunes ELG, Andrade AG. Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. *Psicologia & Sociedade* 2009;21(1):45-54.
33. Hwang SW, Kirst MJ, Chiu S, Tolomiczenko G, Kiss A, Cowan L et al. Multidimensional social support and the health of homeless individuals. *Journal of Urban Health* 2009;86(5):791-802.
34. Alves NL. Boca de rua: representações sociais sobre população de rua em um jornal comunitário [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
35. Paludo SS, Koller SH. Resiliência na rua: um estudo de caso. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2005 maio/ago; 21(2):187-95.
36. Hudson AL Nyamathi A, Slagle A, Greengold B, Griffin DK, Khalilifard F et.al. The Power of the drug, nature of support, and their impact on homeless youth. *Journal of Addictive Diseases* 2009 oct;2(4):356-65.
37. Jorge JS, Corradi-Webster CM. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde & Transformação Social* 2012;3(1):39-48.
38. Medeiros PFP, Bezerra LCA, Santos NTV, Melo EO. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do Município de Recife. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 2010 nov;10(supl. 1):S209-S17.
39. Mello MF, Mello AAF, Kohn R (org.). *Epidemiologia de saúde mental no Brasil: reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
40. Cavalcante F, Andrade C, Gadêlha W. Crack avança no interior do país. *Jornal do Comércio* 2011 nov 08, Caderno Brasil.
41. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construção alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade* 2011 abr.;23(1):154-62.
42. Lima AF. Dependência de drogas e psicologia social: um estudo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da teoria de identidade. *Psicologia & Sociedade* 2008 jan/abr.;20(1):91-101.
43. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e praticas. *Cadernos de Saúde Pública* 2009;25(11):2309-19.

44. Santa Catarina. SES (Secretaria de Estado e Saúde). ABC: redução de danos. Santa Catarina; 2009.
45. Correa L. Prefeitura do Recife lança Programa Consultório de Rua [Internet]. Recife; 2010 [cited 2011 out 12]. Disponível em:
http://www.recife.pe.gov.br/2010/12/09/prefeitura_do_recife_lanca_programa_consultorio_de_ rua_174640.php
46. Brasil. Portaria Nº 121, de 25 de janeiro de 2012: Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília; 2012.
47. Freire P. Pedagogia do oprimido. 46th ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
48. Freire P. Pedagogia da autonomia. 43th Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
49. Magalhães CR, Guimarães EC, Aguiar BGC. O papel do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós-operatório. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental 2004;8(1/2):115-9.
50. Domenico EBL, Ide CA. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2003 fev; 11(1):115-8.
51. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein 2010;18(1):102-6.
52. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e Contexto – Enfermagem 2008 out/dez;17(4):758-64.
53. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2006;14(1):124-31.
54. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. Texto e Contexto – Enfermagem 2008 out/dez;17(4):771-8.
55. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10th ed. São Paulo: Hucitec; 2007. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5th ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
56. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais [internet]. Rio de Janeiro; [s.d.]. [cited 2011 set. 18] Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadessat/default2.php>.
57. Polit DR, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7thed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
58. Bardin L. Análise do conteúdo. 5th ed. Lisboa: Edições 70; 2010.

59. Brasil. Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996: Sobre Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União 1996 out.11.



Apêndice A - Pesquisa: As Práticas de Saúde das Equipes dos Consultórios de Rua

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

- 1- SEXO: FEMININO () MASCULINO ()
 - 2- IDADE: _____
 - 3- CATEGORIA PROFISSIONAL _____
 - 4- TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL _____
 - 5- EXPERIÊNCIA NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL SIM () NÃO () TEMPO_____
 - 6- TEMPO DE ATUAÇÃO NOS CONSULTÓRIOS DE RUA _____
 - 7- COMO SE DEU SEU INGRESSO NOS CR? _____
 - 8- VÍNCULO INSTITUCIONAL _____
 - 9- HOUVE FORMAÇÃO PARA ATUAR NOS CR? SIM () NÃO ()
- QUAL? _____
- ONDE? _____

Perguntas norteadoras:

Como são as atividades que você desenvolve em sua prática nos CR?

O que você entende por educação em saúde?

Como você se sente realizando este trabalho?

Apêndice B - Roteiro para Observação em Diário de Campo

- 1- Descrição dos cenários onde atuam os Consultórios de Rua (CR);
- 2- Horários de funcionamento dos CR;
- 3- População atendida pelos CR;
- 4- Abordagens e estratégias utilizadas para aproximação e estabelecimento de diálogo com a população de rua;
- 5- Ações desenvolvidas pelos trabalhadores do CR;
- 6- Quais os dispositivos intersetoriais utilizados pelos profissionais do CR para as pessoas em situação de rua;
- 7- Como são realizados os registros das atividades da equipe;
- 8- Existência de vínculos entre a população assistida e a equipe.

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa, a qual não envolve nenhum tipo de remuneração. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Você pode recusar o convite, assim como retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco pelo telefone: 21268588, ou endereço: Av. da Engenharia s/n 1º andar Cidade Universitária- Recife PE CEP.740-600.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: Título do Projeto: “A práxis da educação em saúde nas equipes dos Consultórios de Rua”

Pesquisador Responsável: Felicialle Pereira da Silva

Rua Joaquim Nabuco, 529 ap 704 Derby Recife PE CEP 52011-000

Telefone para contato: (81) 99524333

Pesquisadora participante: Iracema da Silva Frazão

Av Prof Moraes Rego, s/n 1º andar Bloco A Recife Pe CEP 50670-901

Telefones para contato: (81) 21268543

A pesquisa tem por objetivo de conhecer as práticas de educação em saúde realizadas pelas equipes dos Consultórios de Rua. O uso das informações oferecidas por você está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE. Na publicação dos achados da pesquisa em veículos acadêmico-científicos, não haverá identificação dos participantes. Em todos os momentos da pesquisa, o anonimato e a confiabilidade dos dados estarão garantidos. A sua colaboração se fará por meio de entrevistas semi-estruturadas que terão caráter sigiloso, sendo gravadas e posteriormente transcritas para utilização da coleta de dados da pesquisa a partir dessa autorização. Em relação aos **riscos**, poderá causar constrangimentos por tratar-se de uma entrevista e quanto aos **benefícios**, os resultados dessa pesquisa poderão contribuir para análise dos Consultórios de Rua do SUS como uma importante estratégia de educação em saúde para uma população historicamente excluída da sociedade. A pesquisadora responsável pelo estudo se comprometerá em armazenar o material de áudio produzido, guardando-o em local seguro por cinco (5) anos no depto de Enfermagem da UFPE, resguardando o direito dos informantes de autonomia de participação. A participação na pesquisa estará formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, nas quais constarão a sua assinatura e a da pesquisadora. As assinaturas deste termo servirão unicamente como aceitação para participar

desta pesquisa.

♦ **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, _____, RG/ CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**A práxis da educação em saúde nas equipes dos Consultórios de Rua**”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer problema.

Recife, ___/___/20___.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora-Felicialle Pereira _____

Testemunhas: _____

Apêndice D: Grelha de Análise -E1

| allGrelha de Bardin 1 | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|--|
| Questão Norteadora | Transcrição das falas | Núcleos de sentido | Trechos da Entrevista | Codificação | Subcategorias | Categorias |
| Como são as atividades que você desenvolve em sua prática nos CR? E1 | Nós somos uma equipe interdisciplinar... a gente atua fazendo intervenção nos usuários nos locais onde eles estão, seja ponto de uso, seja residência né... A gente faz esse link dessa população com a rede institucional de saúde e a assistência social. A gente aborda os usuários e identifica as demandas que esse usuário traz. Se ele traz uma demanda de saúde, faço uma interlocução com a enfermeira para que ela tenha um olhar e tal...(pausa)e trabalho com ele a redução de danos. Se ele não tiver interesse em deixar a droga, a gente trabalha a RD. | equipe interdisciplinar fazendo intervenção nos locais onde eles estão... link dessa população com a rede institucional de saúde identifica as demandas que esse usuário traz demanda de saúde, faço uma interlocução com a enfermeira não tiver interesse em deixar a droga, a gente trabalha a redução de danos acompanha o usuário nos encaminhamentos | Nós somos uma equipe interdisciplinar, a gente atua fazendo intervenções nos usuários nos locais onde eles estão, seja ponto de uso, seja residência né. A gente faz esse link dessa população com a rede institucional de saúde e assistência social. Se ele traz uma demanda de saúde, faço uma interlocução com a enfermeira para que ela tenha um olhar e tal... Se ele não tiver interesse em deixar a droga, a gente trabalha a redução de danos... O redutor de danos acompanha o usuário nos encaminhamentos. | Equipe interdisciplinar As intervenções são realizadas nos locais onde os moradores de rua estão. É feito um link da população de rua com a rede institucional de saúde. Identificam-se as demandas de saúde desse usuário Caso haja demanda de saúde, é feita uma interlocução com a enfermeira. A redução de danos é trabalhada caso o usuário não queira deixar a droga. O redutor acompanha o usuário nos encaminhamentos. | As atividades são desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar que atua onde os moradores de rua estão fazendo um link desta população com a rede de saúde. A lógica de trabalho é a redução de danos, o diálogo como vínculo para identificar as demandas do usuário. Também são articuladas as lideranças comunitárias e a ESF. | As atividades em equipe nos CR A valorização do diálogo na construção do vínculo. |

Anexo A

NORMAS DA REVISTA DE ENFERMAGEM-REEUSP

Os artigos podem ser redigidos em português, inglês e espanhol e devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, na íntegra ou parcialmente, tanto no que se refere ao texto, como às figuras ou tabelas. Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação em qualquer fase.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A **REEUSP** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no *site* do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve ser registrado no final do resumo.

Os autores dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, conforme modelo anexo. A Revista condena vigorosamente o plágio e o autoplágio. Os autores devem se certificar de que o conteúdo é inédito e original. Ideias já publicadas devem ser citadas corretamente, em conformidade com as normas.

A REEUSP possui uma edição *on line* no idioma inglês. Quando o trabalho for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores

Categorias de artigos aceitos pela Revista

Artigo original: trabalho de pesquisa com resultados inéditos, com metodologia rigorosa, resultados claramente expostos, discussão adensada e que agregue valor à ciência de Enfermagem. Limitado a 15 páginas.

Estudo teórico: análise de construtos teóricos da ciência de enfermagem ou áreas correlatas, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

Artigo de revisão

Revisão integrativa: método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área ou tema específicos, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento. São necessários padrões elevados de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Limitada a 20 páginas.

Revisão sistemática: método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, com o objetivo de responder claramente a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados, que poderão ou não incluir metanálise ou metassíntese. Limitada a 20 páginas.

Relato de experiência profissional: estudo de caso contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros

em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.

Carta ao editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando ou não concordância sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Descrição dos procedimentos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado pela Secretaria quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas **Instruções aos Autores**, sendo devolvido para adequação, em caso de não atendimento às normas. Se aprovado nessa fase, o artigo é encaminhado para a Editora Científica que, com a colaboração das Editoras Associadas, dará início à avaliação do conteúdo do ponto de vista científico e da contribuição ao desenvolvimento da ciência de Enfermagem. O artigo é então encaminhado para dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade e opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Eventuais **conflitos de interesse** devem ser esclarecidos.

Forma e preparação dos artigos

O texto deve ser digitado na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e margens superior, inferior e laterais de 2,5 cm.

A **Página de título** deve conter:

título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem

abreviaturas e siglas;

nomes completos e sem abreviações dos autores, numerados em algarismos arábicos, com a titulação universitária máxima de cada autor e as Instituições às quais pertencem;

indicação do nome do autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado, pois ficará disponível na *Internet*;

quando o artigo for extraído de tese ou dissertação, indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada;

- **Resumo:** deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, o método, os resultados e a conclusão.
- **Descritores:** devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (*Medical Subject Headings*), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).
- **Texto**

O corpo do texto do artigo deverá conter parágrafos distintos com: **Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.**

Introdução: deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância, e as lacunas do conhecimento.

Método: os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. É necessário inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os

dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, para facilitar a compreensão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: deve corresponder aos objetivos ou às hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e na discussão, coerente com o título, a proposição e o método adotados. As limitações do estudo também devem ser destacadas.

Referências:

No texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último número, separados por hífen, ex.: ⁽¹⁻⁴⁾; quando intercalados, deverão ser separados por vírgula, ex.: ^(1-2,4).

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser apresentadas de acordo com o Estilo “Vancouver”, elaborado pelo ICMJE, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. O número de referências não deve ultrapassar a **30**. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, na versão *on line*, a partir de 2009.

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados entre aspas, em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Ilustrações: tabelas, quadros e figuras, no máximo de cinco, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo.

Fotos e Imagens – serão publicadas exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 dpi.

Agradecimentos: a pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados; fontes de financiamento de instituições públicas ou privadas que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata deverão enviá-la à Secretaria da Revista por *e-mail*.

A partir de 1º de outubro de 2012, a REEUSP instituiu taxa de submissão e de publicação (http://www.ee.usp.br/reeusp/index.php?p=area&are_id=52).

O artigo deve ser encaminhado *on line* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta ao Editor informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente as publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

CEP 05403-000 – São Paulo - SP – BRASIL

E-mail: nursingscholar@usp.br

Anexo B – Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Forma e preparação de manuscritos

Escopo e política

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- b) ClinicalTrials.gov
- c) International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- d) Netherlands Trial Register (NTR)
- e) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- f) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão

crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

Anexo C - Carta de Anuência de Recife

Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde
Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Formação e Educação na Saúde
Gerência Operacional de Educação Permanente

COMUNICAÇÃO INTERNA nº. 057 / 2012 - GOEP/GFES/DGGTES/SS

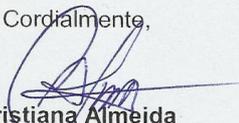
Recife, 22 de março de 2012.

Prezada Diretora,

Informamos que a estudante do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, **Felicialle Pereira da Silva, está autorizada** a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título "**A práxis da educação em saúde pelas equipes dos Consultórios de Rua no estado de Pernambuco**".

Solicitamos agendamento com os pesquisadores para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Cordialmente,


Cristiana Almeida

Gerente Operacional de Educação Permanente

Cristiana Almeida
Gerente Op. de Educação Permanente
GOEP/GFES/DGGTES/SS - Mat. nº 89.618-1

Ilmo (a). Sr (a).

Angélica Oliveira

Coordenadora do Programa Mais Vida

Anexo D - Carta de Anuência de Olinda

Prefeitura Municipal de Olinda
Secretaria de Saúde

Carta nº 08/ 2012

Olinda, 21 de Março de 2012.

CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE

A Secretária de Saúde do Município de Olinda, considerando solicitação da estudante, **FELIALLE PEREIRA DA SILVA**, responsável técnico pela pesquisa intitulada: **A PRÁXIS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PELAS EQUIPES DOS CONSULTÓRIOS DE RUA NO ESTADO DE PERNAMBUCO**. Resolve autorizar a realização da mesma no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, ao mesmo tempo em que solicita apoio dos Profissionais e Gestores para êxito da pesquisa.

Atenciosamente,

TEREZA ADRIANA MIRANDA DE ALMEIDA
Secretária Municipal de Saúde

Anexo E - Exemplo de Instrumento para Coleta de Dados (validado por Ursi, 2005)

| | |
|--|--|
| A. Identificação | 1. Tipo de publicação |
| Título do artigo | 1.1 Pesquisa |
| Título do periódico | <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa |
| Autores | <input type="checkbox"/> Delineamento experimental |
| Nome_____ | <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental |
| Local de trabalho_____ | <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental |
| Graduação_____ | <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa |
| País | 1.2 Não pesquisa |
| Idioma | <input type="checkbox"/> Revisão de literatura |
| Ano de publicação | <input type="checkbox"/> Relato de experiência |
| B. Instituição sede do estudo | <input type="checkbox"/> Outras_____ |
| Hospital | 2. Objetivo ou questão de investigação |
| Universidade | 3. Amostra |
| Centro de pesquisa | 3.1 Seleção |
| Instituição única | <input type="checkbox"/> Randômica |
| Pesquisa multicêntrica | <input type="checkbox"/> Conveniência |
| Outras instituições | <input type="checkbox"/> |
| Não identifica o local | Outra_____ |
| C. Tipo de publicação | 3.2 Tamanho (n) |
| Publicação de enfermagem | <input type="checkbox"/> Inicial_____ |
| Publicação médica | <input type="checkbox"/> Final_____ |
| Publicação de outra área da saúde. Qual? | 3.3 Características |
| D. Características metodológicas do estudo | Idade_____ |
| | Sexo: M () F () |
| | Raça_____ |
| | Diagnóstico_____ |

Tipo de cirurgia _____

3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos
sujeitos _____

4. Tratamento dos dados

5. Intervenções realizadas

5.1 Variável independente _____

5.2 Variável dependente _____

5.3 Grupo controle: sim () não ()

5.4 Instrumento de medida: sim () não ()

5.5 Duração do estudo _____

5.6 Métodos empregados para mensuração
da intervenção _____

6. Resultados

7. Análise

7.1 Tratamento estatístico _____

7.2 Nível de significância _____

8. Implicações

8.1 As conclusões são justificadas com
base nos resultados _____

8.2 Quais são as recomendações dos
autores _____

9. Nível de evidência

E

. Avaliação do rigor metodológico

Clareza na identificação da trajetória
metodológica no texto (método
empregado, sujeitos participantes, critérios
de inclusão/exclusão, intervenção,
resultados)

Identificação de limitações ou vieses