

Joice Pacheco

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA TEM SEDE DE QUÊ?
RELATO DA IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA DA
CIDADE DE JOINVILLE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do Título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador: Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Facheco, Joice

População em situação de rua tem sede de quê? : Relato da
implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville /
Joice Facheco ; orientador, Prof. Dr. Douglas Francisco
Kovaleski - Florianópolis, SC, 2015.
240 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. População em
situação de rua. 3. Consultório na Rua. 4. saúde da população
em situação de rua. I. Kovaleski, Prof. Dr. Douglas
Francisco . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA TEM SEDE DE QUÊ?
RELATO DA IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA DA
CIDADE DE JOINVILLE.”.**

Joice Pacheco

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: 1

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski (Presidente)

Prof. Dra. Daniela Ribeiro Schneider (Membro)

Profa. Dra. Tânia Maris Grigolo (Membro)

Profa. Dra Solange Abrocesi Iervolino
(Membro)

Dedico este trabalho aos que, sem ter para onde ir, escolhem a vida nas ruas, os invisíveis das cidades.

AGRADECIMENTOS

À minha doce e apimentada Marina, nada seria possível sem você. Seu sorriso fácil, seu beijinho me interrompendo durante a penosa construção de texto. Ainda não sabes ler, mas, logo logo, aprende e vais... Pela paciência e ansiedade que esperou mamãe terminar o trabalho para podermos ir à praia. Pela força que me dá quando me mostra que é possível acreditar nas pessoas e que elas podem ser boas, mesmo quando só observo perversões. Pelo amor que mostra, pelo cuidado e zelo tão aguçados para uma menininha de 5 anos.

A todas as pessoas, que, não tendo outra opção, escolhem as ruas como seu lugar. Que não possuem lugares neste de gigantes.

Aos meus amados irmãos, Maninho e KK, que, mesmo me achando louca de ficar estudando, estudando e estudando e continuar não ganhando dinheiro, sempre contribuem com seus mágicos conhecimentos de informática e me acolhem com meus falatórios ideológicos.

A minha mãe, por tudo o que me mostrou ao longo da vida e me fez acreditar que pessoas precisam ser vistas como tal. Pela luta constante pela vida, pelos momentos de desabafo, de angústias e de descobertas. Por me amar como eu sou meio chata, meio ranzinza, meio cansada, meio, meio... Por ter me mostrado que as injustiças existem e que precisam ser combatidas, ou simplesmente por me abraçar e me colocar no colo ainda hoje quando eu preciso chorar.

Ao meu companheiro... Tanta coisa para dizer... Muitos sentimentos, só nós saberemos. Bons e ruins, mas sentimentos. Companheiro de ideologia, de debates, de reflexões, ladrão de livros... Poderíamos escrever uns três ou quatro livros com tanto papo intelectual, mas beijar na boca também é bom. Realmente somos muito parecidos meio estabados, meio esquecidos, meio esquisitos, meio sonhadores... Amamos e vivemos intensamente.

Ao meu pai... Bom, Pacheco o que falar pra ti, né? Um pouco de teste prático de tudo que leio. Mas obrigada por dar sustentação necessária para que hoje isto seja possível.

Ao povo do Mestrado, Irinete, Luciana, Michaela, Milena, Michele, Mariana, Virgínia, Nelson e Vitória, que escutaram por horas minhas dúvidas, queixas e que não me deixaram desistir de tudo. Pelos cafés, muitos cafés, almoços e poucas cervejas. Conhecê-los foi maravilhoso, um presente. Pessoas que compartilham das angústias e ideologias para continuar a luta.

Vanessa, Audrey, Simone e Janine, não é possível mensurar as contribuições que vocês me deram. Mil debates, mil reflexões, angústias e, principalmente, ideologias. Morreremos com as armas nas mãos!

Aos mestres, que mobilizaram esta explosão de ideias, incertezas e certezas de continuar.

Aos meus colegas de Consultório, Daniela, Daniza e Abmael. Sem vocês nada sairia do papel. E obrigada pela paciência das ausências, das entrevistas, do compartilhar.

Agradeço ao meu orientador pela caminhada e paciência.

Agradeço às professoras da Banca de Sustentação do Mestrado pela dedicação e carinho com que acolheram meus escritos e a delicadeza com que expuseram suas sugestões. Professora Daniela, Tânia e Solange.

No entanto, duas coisas ficam claras a respeito do desafio de ajudar o desamparado. Uma é que, assim como o belo e o feio geralmente estão nos olhos de quem vê, em nosso caso, também a ajuda e o dano estão nos olhos em geral divergentemente dirigidos, do benfeitor e de seu beneficiário. A outra é que prejudicar pessoas a pretexto de ajudá-las é um dos passatempos favoritos da humanidade.

Tomaz Szasz, 1994.
Cruel Compaixão

RESUMO

PACHECO, Joice. **A população em situação de rua tem sede de quê? De direitos – Estudo de caso da implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville.** 2015. 240f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial)- Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Centro de Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. **Orientador:** Dr. Douglas Francisco Kovaleski

Este trabalho consiste em um estudo de caso que analisou a experiência da profissional de psicologia do Consultório na Rua da cidade de Joinville, SC, durante o processo de implantação do serviço. Esta profissional participou do serviço a partir da segunda fase do programa até a fase atual. O relato abrange a implantação do Consultório na Rua, vinculado ao Departamento de Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde da cidade, conforme diretrizes do Ministério da Saúde. O serviço Consultório na Rua é um serviço itinerante de saúde que atende a população em situação de rua. O Ministério da Saúde passa a financiar este serviço no ano de 2010 através de projetos pilotos. Dois serviços podem ser considerados marcos da implantação deste serviço. A mobilização do Movimento Nacional de População de Rua e a implantação da Política Nacional de População em Situação de Rua, que culminou na realização do 1º Censo Nacional da População em Situação de Rua, no ano de 2009. Na cidade de Joinville, este serviço inicia com um projeto piloto no ano de 2010 e, no ano de 2014, passa a integrar a Gerência de Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde. Outras experiências brasileiras deram origem a atual configuração do serviço, o Consultório DE Rua de Salvador e os programas de Estratégia de Saúde da Família para pessoas sem domicílio da cidade do Rio de Janeiro e Porto Alegre. A especificidade necessária para implantação de um serviço de saúde que atenda a população em situação de rua e a inexistência de uma experiência desta natureza na cidade requer um tempo específico para estudar as ações necessárias e avaliar as ações em andamento. Para análise da implantação do serviço foi utilizado a pesquisa qualitativa através de análise de conteúdo dos documentos do serviço, entrevistas com 5 usuários do serviço, 3 profissionais do consultório na rua e 3 gestores, sendo 2 municipais e 1 federal. Concluiu-se que o serviço do Consultório na Rua apresenta um alto grau potencializador para promoção de saúde da população em situação de rua. Verificou-se que a articulação com os demais serviços de saúde e

com os de outras políticas públicas é fundamental para que possa assegurar a resolutividade. Através deste serviço também é possível possibilitar uma melhor qualidade de vida desenvolvendo ações que favorecem aos usuários o desenvolvimento de outros projetos e objetivos para suas vidas.

Palavras chaves: população em situação de rua, saúde da população em situação de rua, consultório na rua.

ABSTRACT

PACHECO, Joice. **The population on the streets has something of thirst?** - Study of the deployment of Office in Joinville city street. 2015 240f Case Dissertation (Master of Mental Health and Psychosocial Care) - Professional Master Course on Mental Health and Psychosocial Care. Health Center, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

Advisor: Dr. Douglas Francisco Kovaleski

This work consists of a professional experience report of the of psychology at office on the strett of Joinville city, SC. This professional attended the service from the second phase of the program until the current phase. The report covers the implementation of the office on the street, linked to the Department of Primary Care, the city's Municipal Health Department, according to Ministry of Health guidelines. The consulting service on the street is a traveling health service that meets the population status street. The Ministry of Health goes to finance this service in 2010 through pilot projects. Two can be considered milestones for the implementation of this service. The mobilization of the National Movement of Street People and the implementation of the national population policy on the streets culminating in the realization of the First CPC National Census of Population Homeless, in 2009. In the city of Joinville this service begins with a pilot project in 2010 and in 2014 becomes iterating Attention Management Basic, the Municipal Department of Health. Other Brazilian experiences have given rise to the current service configuration, the Salvador Street DE's Office and the Health Strategy family of people without domicile city of Rio de Janeiro and Porto Alegre. The specificity required for the implementation of a health service that meets the population in the streets and the lack of experience of this kind in the city requires a specific time to study the necessary actions and evaluate the actions in progress. To analyze the service implementation we used qualitative research through content analysis of the service documents, interviews with five users of the service, professional's office on the street and three managers, two municipal and one federal. It was concluded that the office of the service on the street has a high degree enhancer for health promotion of the population living on the streets. It was found that the coordination with other health services and other public policies is essential for it to ensure solving. Through this service you can also enable a better quality of life developing activities that encourage users

to the development of other projects and goals for their lives.

Key words: population homeless, health of the population living on the streets, office on the street.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Categorias e subcategorias de pessoas em situação de rua, segundo Snow e Anderson (1988)	40
Quadro 02	Sistematização dos artigos de relatos de experiências de serviços de saúde para população em situação de rua no Brasil.....	44
Quadro 03	Quadro de serviços da Proteção Social Básica da Política Nacional de Assistência Social, conforme a tipificação dos serviços da Assistência Social....	61
Quadro 04	Quadro de serviços da Proteção Social Especial da Política Nacional de Assistência Social, conforme a tipificação dos serviços da Assistência Social.....	62
Quadro 05	Serviços da Rede de Atenção Psicossocial, conforme Portaria 3088 de 2011.....	66
Quadro 06	Quadro dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Joinville/SC.....	70
Quadro 07	Número de Consultórios na Rua no Brasil, por modalidade e região brasileira.....	79
Quadro 08	Reuniões com registro no Livro ATA do Consultório na Rua de Joinville.....	113
Quadro 09	Ações com usuário referente a serviços citados nos relatos do livro de relato diários da equipe do CNaR Joinville.....	115
Quadro 10	Número de encaminhamentos relatados no livro de registro das atividades diárias da equipe do consultório na rua entre os dias 21/10/14 e 30/03/2015.....	120
Quadro 11	Número de Ações de articulação da Rede Pop Rua, conforme relatos no livro de registro das atividades diárias da equipe do consultório na rua entre os dias 21/10/14 e 30/03/2015.....	124
Quadro 12	Quadro de motivadores de ida para rua citado pelo usuários do CNaR entrevistados.....	149
Quadro 13	Hábitos alimentares das pessoas em situação de rua entrevistadas.....	169
Quadro 14	Frequência e local de realização do banho pelos usuários entrevistados.....	173
Quadro 15	Local utilizado para defecar e urinar pelas pessoas em situação de rua entrevistadas.....	175

Quadro 16	Comportamento sexual - uso de preservativos e orientação de profissional de saúde das pessoas em situação de rua entrevistadas.....	176
Quadro 17	Serviços de saúde conhecidos pelas pessoas em situação de rua, da cidade de Joinville entrevistadas.....	178

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de usuários x abordagens no Consultório de Rua da cidade de Joinville realizadas no período de janeiro/2012 e maio/2012.....	87
Tabela 2	Tabela de encaminhamentos de usuários atendidos pelo Consultório no período de 21 de outubro e 28 de maio de 2015.....	101
Tabela 3	Número de abordagens realizadas pela equipe do CNaR Joinville por usuários cadastrado no serviço.No período de 21/10/14 à 28/05/15.....	127
Tabela 4	Relação de saídas de campo e número de abordagens realizadas pela equipe do CNaR Joinville no período de 21/10/14 à 28/05/15.	128
Tabela 5	Tempo de rua, conforme informações dos usuários do Consultório na Rua Joinville abordados no período de 21 de outubro de 2014 e 28 de maio de 2015.....	132
Tabela 6	Substância psicoativa de uso referidas pelos usuários abordados pelo Consultório <u>de</u> Rua, da cidade de Joinville, no ano de 2012.....	134
Tabela 7	Substância referida pelos usuários abordados pela equipe do Consultório na Rua Joinville, no período de 21 de outubro de 2014 e 28 de maio de 2015, segundo sexo.....	135
Tabela 8	Doenças referidas pelos usuários abordados ou identificadas pela equipe do consultório na Rua Joinville no período de 21 de outubro de 2014 e 28 de maio de 2015.....	136
Tabela 9	Número de usuários atendido pelo CNaR que estão em cuidado compartilhado com outro serviço, conforme informações disponíveis a equipe.....	140
Tabela 10	Dados gerais dos usuários entrevistados.....	143
Tabela 11	Problemas pessoais e do grupo de população em situação de rua conforme percepção de usuários entrevistados.....	161

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Sexo das Pessoas abordadas pelo Consultório de Rua, em situação de rua da cidade de Joinville – janeiro – maio 2012....	86
GRÁFICO.2	Substância psicoativa de uso referida pelos usuários abordados pelo Consultório de Rua durante o período de janeiro de 2012 e maio de 2012.....	87
GRÁFICO 3	Encaminhamentos dos usuários do Consultório de Rua para outros serviços, durante a abordagem de rua durante o período de janeiro de 2012 e maio de 2012.....	88
GRÁFICO 4	Pessoas cadastradas pela equipe CNaR de Joinville por sexo no período de 21/10/14 à 28/05/15.....	129
GRÁFICO 5	Pessoas cadastradas pela equipe CNaR de Joinville por cor, no período de 21/10/14 à 28/05/15.....	131
GRÁFICO 6	Situação em que se encontra na rua, conforme informação dos usuários abordados pela equipe do CNaR de Joinville, no período de 21 de outubro 2014 a 28 de maio de 2015.....	133
GRÁFICO 7	Usuários atendidos pela equipe do Consultório na Rua que apresentam doenças com maior grau de complexidade em números absolutos.....	139

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Campo 1 - área central – área comercial.....	82
FIGURA 2	Campo 2 – Rodoviária.....	83
FIGURA 3	Campo 3 - Parque da cidade.....	83
FIGURA 4	Campo 4 - Praça da Ferroviária e Praça Tiradentes.....	84
FIGURA 5	Campo 5 - Praça do Suíço e Rua Marambá.....	85
FIGURA 6	Fluxo de atendimento entre Consultório na Rua e Unidades Básicas de Saúde.....	94

LISTA DE ANEXOS.

- Anexo 01** Aprovação no Conselho Municipal de Saúde.....
- Anexo 02** Formulário sobre atendimento de usuários.....
- Anexo 03** Fluxo e pactuações consultório na rua e Centro Pop.....
- Anexo 04** Pactuações consultório na rua e Unidades Básicas de Saúde.....
- Anexo 05** Fluxo e pactuações consultório na rua e Prontos Atendimentos.....
- Anexo 06** Fluxo e pactuações consultório na rua com Saúde Mental.....
- Anexo 07** Formulário de comunicado de atendimento pop rua.....
- Anexo 08** Carta de autorização de pesquisa Prefeitura Municipal de Saúde de Joinville
- Anexo 09** Deliberação da CIR- Comissão Intergestores Regional Nordeste.....
- Anexo 10** Carta de Aprovação da pesquisa do Comitê de Ética.....

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice 01** Roteiro de entrevista com usuários do serviço consultório na rua.....
- Apêndice 02** Roteiro de entrevistas com os profissionais do consultório na rua.....
- Apêndice 03** Roteiro de entrevista com dois profissionais da secretaria da saúde do município de Joinville...
- Apêndice 04** Roteiro de entrevista com um profissional ligado a gestão Federal.....
- Apêndice 05** Termo de Consentimento e Livre e Esclarecido.....

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	25
1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	31
1.1	LEGISLAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DE ESTIGMAS.....	31
1.2	CARACTERÍSTICAS E IDENTIDADES CONSTRUÍDAS OU ATRIBUÍDAS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	37
1.3	SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	42
1.3.1	Experiências de serviços de saúde para população em situação de rua no Brasil.....	42
1.3.2	Características da população de rua no Brasil.....	46
1.4	Cuidado com usuários de álcool e outras drogas e a Redução de Danos.....	50
1.4.1	Um pouco da história da Redução de Danos.....	52
1.4.2	Ações de Redução de Danos.....	53
1.5	DO MANICÔMIO AO CONSULTÓRIO NA RUA.....	54
1.5.1	Reforma Psiquiátrica.....	54
1.5.2	Redes de Assistência Social.....	58
1.5.2.1	<i>Proteção Social Básica.....</i>	60
1.5.2.2	<i>Proteção Social Especial.....</i>	62
1.5.3	Redes de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial.....	65
1.6	CONSULTÓRIO DE RUA PARA CONSULTÓRIO NA RUA.....	72
1.6.1	Legislação do Consultório.....	75
2	PRIMEIROS PASSOS DO CONSULTÓRIO NA RUA.....	81
2.1	O PROJETO DO CONSULTÓRIO NA RUA DA CIDADE DE JOINVILLE.....	81
2.1.1	História do Consultório de/na Rua da cidade de Joinville.....	81
2.1.1.1	<i>Primeira fase – Projeto e Mapeamento – Consultório de Rua.....</i>	82
2.1.1.2	<i>Segunda fase - capacitações e atividades em campo.....</i>	85
2.1.1.3	<i>Terceira fase.....</i>	89

2.1.2	A implantação do Consultório <i>na</i> Rua.....	90
2.1.3	Atividades Burocráticas.....	91
2.1.3.1	<i>Escolha da modalidade</i>	91
2.1.3.2	<i>Contratação de profissionais</i>	91
2.1.3.3	<i>Equipamentos</i>	92
2.1.3.4	<i>Projeto</i>	93
2.1.3.5	<i>Instâncias deliberativas</i>	93
2.1.3.6	<i>Primeiras divulgações</i>	94
2.1.4	Rede de Atendimento da população em situação de rua da cidade de Joinville	94
2.1.4.1	<i>Serviços Parceiros</i>	94
2.1.4.2	<i>Assistência Social - Centro POP</i>	95
2.1.4.3	<i>A relação entre o Consultório na Rua e o Centro POP</i>	95
2.1.4.4	<i>Saúde</i>	96
2.1.4.5	<i>Segurança Pública</i>	100
2.1.4.6	<i>Encaminhamentos realizados aos serviços parceiros</i>	100
2.1.5	O Território.....	101
2.1.6	Os Usuários do Serviço.....	101
3	METODOLOGIA DE ANÁLISE	103
3.1	LINHA TEÓRICA DE ANÁLISE.....	105
3.2	TECNOLOGIAS UTILIZADAS.....	106
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	106
3.4	AS ENTREVISTAS.....	108
3.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	110
4	ANÁLISE DE DADOS	111
4.1	PANORAMA GERAL DO CONSULTÓRIO NA RUA DE JOINVILLE.....	111
4.2	RELAÇÃO DO SERVIÇO COM OUTROS SERVIÇOS, EQUIPAMENTOS E PROJETOS....	112
4.3	O QUÊ NOS DIZ O LIVRO ATA?.....	113
4.4.	O que nos diz o livro de Relato das Atividades Diárias do Serviço (RADS)? Ações com usuários:.....	114
4.4.1	Ações com usuários.....	114
4.4.2	Encaminhamentos.	119
4.4.3	Articulação com a rede de apoio.....	121
4.5	O QUE NOS DIZ OS MAPAS DE CAMPO DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA?.....	126
4.6	O QUE DIZEM OS QUE HABITAM AS RUAS	

	DA CIDADE DE JOINVILLE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA JOINVILLE?.....	141
4.6.1	Características gerais dos usuários entrevistados...	142
4.6.2	Cada um tem sua história.....	143
4.6.2.1	<i>Usuário 1</i>	143
4.6.2.2	<i>Usuária 2</i>	145
4.6.2.3	<i>Usuário 3</i>	146
4.6.2.4	<i>Usuário 4</i>	147
4.6.2.5	<i>Usuário 5</i>	148
4.7	PERCURSO DO CAMINHO AS RUAS.....	148
4.8	SAÚDE.....	158
4.9	HÁBITOS DE AUTOCUIDADO.....	168
4.9.1	Alimentação.....	169
4.9.2	Banho	173
4.9.3	Uso do sanitário.....	175
4.9.4	Relações sexuais por dinheiro e uso de preservativo.....	176
4.10	REDE DE CUIDADO EM SAÚDE E O CONSULTÓRIO NA RUA.....	178
5	PROFISSIONAIS E GESTÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA.....	185
5.1	O QUE NOS DIZ AS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A EQUIPE, GESTORES MUNICIPAIS E FEDERAIS?.....	185
5.1.1	Composição da equipe	185
5.1.2	A implantação.....	187
5.1.3	A contribuição destas equipes do consultório na rua para o SUS.....	190
5.2	SITUAÇÃO DA EQUIPE.....	191
6	DISCUSSÃO.....	193
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	199
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	203
9	ANEXOS.....	219
10	APÊNDICES.....	232

INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste em um relato de experiência da profissional de psicologia do Consultório na Rua da cidade de Joinville, SC. Esta profissional participou do serviço a partir da segunda fase do programa até a fase atual. O relato abrange a implantação do Consultório na Rua, vinculado ao Departamento de Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde da cidade, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.

Para alguns autores como Snow & Anderson (1998), Castel, (2010), a população em situação de rua constitui um grupo populacional vulnerável e estigmatizado. A existência de pessoas em situação de rua tem início na transição da sociedade feudal para sociedade capitalista. Estes autores consideram como os principais motivadores da ida das pessoas às ruas questões ligadas à subsistência, transtornos mentais e inadaptação à nova sociedade.

Segundo Castel (2010), os governos sempre utilizaram resoluções baseadas na opressão e criminalização do comportamento como meio de solucionar o problema. Ao contrário do sistema feudal, o novo sistema apresentava uma possibilidade, mesmo que imaginativa, de mobilidade social. Para as pessoas que vivenciavam a transição, esta mobilidade traz a insegurança e a necessidade de individualização da vida. Ou seja, uma forma coercitiva, penalizando a vítima de um problema social.

Estas ações podem ser confirmadas através das punições atribuídas às pessoas que começaram a ocupar as ruas no processo que se deu entre o fim do sistema feudal e início do sistema capitalista. Durante o século XII e XIII, na Europa, diversos países criaram leis que penalizavam estas pessoas, principalmente se elas possuísem condições físicas para o trabalho. O que nos faz refletir se estas leis ainda se refletem nas condutas atuais dos sistemas jurídicos e, conseqüentemente, dos julgamentos sociais brasileiros.

No Brasil, a população em situação de rua teve seu crescimento após a abolição da escravidão dos negros. Trazidos durante o período de tráfico negreiro de países africanos, os escravos eram considerados humanos inferiores. Após a abolição formal da escravidão, muitos foram abandonados nas cidades brasileiras sem quaisquer condições de estruturar uma vida, de fato, independente. Sem alternativas, muitos destes escravos libertos passam a ocupar as ruas. A solução para o problema criado pela abolição passa a ser a mesma encontrada na Europa do século XII e XIII. A criminalização do comportamento

intitulado “vadiagem”. O 1º Censo Nacional da População em Situação de Rua (BRASIL, 2009) indicou que 64% da população em situação de rua brasileira é constituída de pessoas pretas e pardas. Na cidade de Joinvile, os usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua indicam um número de 2,5 vezes maior de população de pretos e pardos em situação de rua que os domiciliados. Fato que pode corroborar a teoria de Escorel (1999), para quem esta é uma população de pessoas excluídas. Não só do sistema econômico, mas uma exclusão que os impossibilita para o exercício pleno de suas potencialidades humanas.

Para Rosa (2005) e Escorel (2009), os principais motivadores da ida de uma pessoa para situação de rua incluem problemas e conflitos familiares, associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas e transtornos mentais. Rosa (2005) verificou que os eixos trabalho e família se entrecruzam na condição de rua. Snow e Anderson (1998) identificam quatro fatores principais: problemas econômicos, deslocamento geográfico, problemas de saúde (transtornos mentais) e azar.

A patologização dos comportamentos – ou seja, daquilo que está na superfície do problema, o comportamento apresentado e a forma como o indivíduo se relaciona com a sociedade – faz com que a solução seja a medicalização, internação ou na criminalização destes comportamentos. Para solucionar aquilo que está aparente, não se pondera os elementos que constituem o fenômeno e, em resultado, a solução é simplista e, nestes casos, opta-se por encarceramento do “louco”, ou não produtivo para sociedade.

No Brasil, através dos movimentos sociais de trabalhadores e usuários dos serviços de Saúde Mental, as soluções para problemas de saúde mental vêm avançando gradativamente. Tanto em relação ao cuidado, como na separação do que é patológico e do que é resultado da exclusão social. Este movimento pode ser marcado pela aprovação da Lei n.10.216, de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispôs acerca da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental. Após a promulgação desta lei, foi possível regular, através de uma política pública nacional, os serviços de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Nos últimos anos, outras portarias e regulamentações foram promulgadas. Entre as quais, a Portaria n. 3.088, de 2011, que trouxe em seu escopo a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), articulando a construção de uma rede de serviços para os atendimentos de atenção psicossocial em suas diversas complexidades. O Consultório

na Rua compõe os serviços elencados como constituintes da RAPS. Este serviço, além de integrar a Rede de Atenção Psicossocial, também se apresenta como componente da Rede de Atenção à Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica (2011).

Importante dizer que o Consultório na Rua é resultado de duas experiências anteriores. O Consultório de Rua, de Salvador, com seu mentor, o psiquiatra Antônio Nery, e as equipes de Saúde da Família para pessoas sem domicílio do Rio de Janeiro e Porto Alegre. Estas duas experiências resultaram em um serviço de saúde para atender a população em situação de rua, que tem por base a integralidade da atenção em saúde.

No ano de 2010, o Governo Federal, através da Coordenadoria de Saúde Mental, propôs a implantação de projetos pilotos de Consultório de Rua, com modelo do projeto de Salvador-BA. Estes serviços tinham como objetivo possibilitar atendimento à saúde da população em situação de rua que fazia uso de álcool e outras drogas. Após a implantação destes projetos, com a articulação do movimento de pessoas em situação de rua e a compreensão da Coordenação de Saúde Mental, este projeto foi realocado como um serviço da Atenção Primária de Saúde. Com esta mudança, o serviço avança no atendimento e tem como objetivo não mais as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, mas a saúde integral da população em situação de rua.

Na cidade de Joinville, o serviço Consultório na Rua passou por 4 fases. O mapeamento das áreas com pessoas em situação de rua da cidade; a implantação do projeto piloto, vinculado ao CAPS AD; o momento em que apenas duas profissionais ficaram disponíveis ao Consultório de Rua e a implantação, na Atenção Básica, do Consultório na Rua.

O tema deste trabalho é o serviço do Consultório na Rua como dispositivo de promoção de saúde. O problema de pesquisa apresentado para esta temática é: Como desenvolver um serviço para população em situação de rua possibilitando a promoção da saúde?

Apresenta como objetivo geral o propósito de analisar o processo de implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville.

Os objetivos específicos consistem em: descrever o processo dos trâmites legais e burocráticos para implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville; realizar levantamento das demandas e necessidades dos usuários em situação de rua; identificar territórios prioritários para as ações em saúde; descrever as ações de sensibilização da rede de saúde para atendimento da demanda da população em

situação de rua e analisar os determinantes sociais da população em situação de rua da cidade de Joinville.

O Serviço Consultório na Rua é um dispositivo novo na Rede de Atenção Psicossocial e na Rede de Atenção à Saúde e apresenta um público específico. Essa população em situação de rua, de modo geral, não acessa o Sistema Único de Saúde de forma a promover qualidade em saúde ou dificilmente procura os serviços de saúde antes que os agravos de saúde sejam incapacitantes para suas atividades diárias. Fato este que desafia os profissionais e o próprio sistema.

O Sistema Único de Saúde, no Brasil, apresenta caráter universal e, como tal, deve ofertar atendimento a toda população que ocupa o território nacional, sendo ou não brasileiro. Afinal, não se adoce sozinho e as doenças apresentam características de seus determinantes sociais em saúde. A população em situação de rua apresenta características peculiares de vida. As formas de obtenção de alimentação e de como realizam seu autocuidado demonstram que o sistema necessita moldar-se a estas dinâmicas e a suas formas de vida.

Portanto, existe a necessidade de analisar e refletir acerca das nuances de um serviço que atende esta população. Primeiramente, entender quem são estas pessoas, o que pensar sobre sua saúde e como avaliam os serviços de saúde disponíveis no território. Posteriormente, analisar quais as ações que surtem efeito para promoção de saúde da população referida.

A metodologia utilizada nesta pesquisa é do modo pesquisa participante – estudo de caso da experiência de implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville. Cabe ressaltar que a pesquisadora integra a equipe do Consultório na Rua e participa das atividades desde a segunda fase da experiência, o que exige da pesquisadora uma atenção maior com o distanciamento necessário para análise do objeto de pesquisa. Para a análise, foram utilizados os documentos disponíveis no serviço, relato das experiências de implantação, entrevista com usuários, com profissionais do serviço, gestores municipais e gestor federal. Para a análise dos dados, utilizou-se o referencial teórico do materialismo sócio-histórico. Este compreende o homem como um ser em construção e em relação.

Esta dissertação está disposta em quatro capítulos. O primeiro capítulo traz a fundamentação teórica a respeito da constituição do sujeito em situação de rua, no mundo e no Brasil. Também apresenta alguns autores que pesquisaram os motivadores de ida para rua, sendo os principais Escorel (1999), Rosa (2005) e Snow e Anderson (1998). Escorel (1999) atribui ao papel da exclusão o motivador de ida para rua,

analisando em sua pesquisa que a base é a fragilização familiar que se associa a demais exclusões. Para Rosa (2005), os eixos de trabalho e família se entrecruzam como motivadores e Snow e Anderson (1998) atribuem a fatores macrossociais e microssociais. Sendo que os primeiros relacionam-se mais a conjunturas econômicas e os microssociais dizem respeito a questões relacionadas com o sujeito.

Neste mesmo capítulo traz a revisão de artigos produzidos sobre o tema. Foram pesquisados na BIREME e SCIELO com os seguintes descritores: “população em situação de rua”, “moradores de rua”, “saúde da população de rua”, e “*homeless*”.

No segundo capítulo, apresenta-se a história do serviço Consultório na Rua da cidade de Joinville. A história das fases de implantação, principais ações para implantação, situação geral do Consultório na Rua na atualidade e relação com demais serviços de Saúde, Assistência e Segurança Pública.

No terceiro capítulo, são apresentadas as análises dos dados. Iniciando por um panorama geral do serviço, passando pela análise do perfil da população em situação de rua e, ao final, a análise das entrevistas com usuários, profissionais e gestores municipais e federais.

Por fim, as considerações finais apresentam as análises dos motivadores da população em situação de rua, as principais características da população atendida pela equipe e a problematização pertinente. Ao término, analisam-se ações importantes na implantação do serviço, trazendo contribuições que possam ser de alguma valia para outros municípios.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. 1. LEGISLAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DE ESTIGMAS

As cidades pré-industriais europeias, segundo Snow e Anderson (1998), possuíam um grande número de pessoas em situação de rua e sem vínculos afetivos, consideradas populações flutuantes. Não há registros de como eles sobreviviam, no entanto, alguns indícios apontam que as principais fontes de renda eram a mendicância combinada com furtos e prostituição. Duas filosofias sustentavam e amenizavam as dificuldades desta população. A primeira diz respeito à tradição de ofertar hospitalidade aos necessitados e, a segunda, a tendência de idealizar os mendigos, com base no credo de São Francisco. Entretanto, estas características da sociedade mudam radicalmente no século XIV devido a outros fatores, principalmente a mudança dos valores religiosos, que deixam de valorizar a pobreza. Tal mudança dá-se em sintonia com a falência dos ideais franciscanos, em decorrência do acúmulo de bens da Ordem, deixando clara a divergência entre suas ações e a filosofia. O outro motivador da mudança são as novas ideias da Renascença, que valorizam a atividade e o sucesso pessoal.

Castel (2010), ao descrever o fenômeno de ida para a rua na sociedade contemporânea, situa-o antes, no início das cidades, ou seja, no final da sociedade feudal e início do sistema capitalista. Estas cidades começam a tomar “corpo”, sendo um dos motivadores a migração do campo para cidade, ou o que Castel (2010) chama de “mobilidade incontrolável”. A fuga gradativa de pessoas do campo para a cidade era motivada pela extrema pobreza em busca de melhores ganhos e fugindo da servidão, algo muito semelhante ao ocorrido nas décadas de 70 a 80 na cidade de Joinville. Segundo Ilanil Coelho (2011), na década de 80, a cidade de Joinville foi destaque nacional em função da vinda e estabelecimento de migrantes de várias regiões do país em virtude do desenvolvimento industrial.

Retomando a história do processo de capitalização europeu, cabe ressaltar o comportamento das pessoas. No processo, observou-se uma população que, não se enquadrando ao novo sistema dos campos e, ao vivenciar a liberdade, migrou para as cidades, sem que, contudo, apresentasse condições para ser incorporada pelo novo sistema. O antigo sistema possuía estruturas rígidas, com pouca ou nenhuma mobilidade social. O novo sistema supunha uma maior mobilidade e, consequentemente, possibilitava a migração. Porém, esta migração era de uma massa de trabalhadores que não possuía mão de obra

qualificada. Castel (2010) denomina-os como desfiliaados, ou seja, um contingente grande de trabalhadores sem qualificação e que acabavam por ocupar as ruas de diversas formas. O autor identifica dois grupos atendidos pela assistência social no século XII e XIII: os *pobres envergonhados* e a dos *mendigos válidos*. No século XIV surge outro grupo, homólogo às pessoas em situação de rua atuais, ou seja, aqueles que não possuem lugar na estrutura social.

A peste negra dizimou grande parte da população europeia e, em consequência, engendrou uma redução de trabalhadores. A oferta de trabalho, entretanto, continuava alta, com poucos trabalhadores e muitos postos de trabalho abertos, resultando na manutenção dos altos salários. No entanto, como já afirmado, estes trabalhadores possuíam baixa qualificação profissional, o que resultava em um contínuo aumento do contingente de desfiliaados. Castel (2010) denomina este cenário de “desemprego paradoxal”, que resultou na intervenção estatal legislativa. O rei da Inglaterra, Eduardo III, no ano de 1349, promulga o Estatuto dos Trabalhadores. Esta lei tinha por escopo solucionar a equação que combinava o aumento de desemprego x diminuição de trabalhadores, com o paradoxal resultado de aumento de pessoas que ocupavam as ruas (CASTEL, 2010; SNOW e ANDERSON, 1998).

O Estatuto dos Trabalhadores dava poderes a qualquer cidadão (empregador) que ofertasse alguma forma de trabalho – sendo no comércio, através de serviços braçais ou qualquer outra espécie – a exigir os serviços de pessoas que não estivessem realizando trabalho e possuíssem condições físicas para tal, sob pena de prisão quando houvesse a recusa. Poder-se-ia dizer que este seria um marco legal da problemática do trabalho na modernidade. Esta lei passa por reedições na Inglaterra, com acréscimos que reforçam a obrigatoriedade do trabalho, a erradicação de mobilidade e a proibição do socorro assistencial daquele sujeito com capacidade de trabalhar.

Outros países editam suas próprias leis contra a ociosidade ou vadiagem. A França, comandada por João II, decreta que todos os homens ou mulheres que vaguem pela cidade de Paris, com corpos sadios, trabalhem, sob pena de serem presos. Se reincidentes, seriam postos no pelourinho. E, em uma terceira reincidência, seriam marcados na testa e banidos da cidade. Portugal e os países Ibéricos fixam um teto aos salários e proíbem o deslocamento em busca de emprego. Nestes países, a todos os homens e mulheres que fossem considerados “mendigos válidos”, possuidores de força de trabalho preservada, seria vedada a assistência social. A mobilidade também foi vedada, fosse à busca de emprego ou não. Estas pessoas representavam uma mancha na

sociedade, fora do mercado de trabalho e com força de trabalho válida.

Ao longo da história européia, foram realizadas algumas tentativas de definição de "vagabundagem". Estas definições iniciam-se no século XVI e as principais características seriam a ausência de um ofício ou profissão, domicílio ou lugar para viver e o fato de não conhecerem ninguém que lhes pudesse atestar a existência digna. Ou seja, indivíduos sem pertencimento comunitário. Abaixo uma das definições:

Declaramos vagabundos e pessoas sem fé nem lei aqueles que não têm profissão, nem ofício, nem domicílio certo, bem como, lugar para subsistir e que não são reconhecidos e não podem valer-se da recomendação de pessoas dignas de fé que atestem sobre sua boa conduta e bons costumes. (Código Penal Napoleônico, apud CASTEL, 2010, p. 121)

Wanderley (1995), ao descrever o trabalho e a população em situação de rua, afirma que o trabalho reconhecido na sociedade capitalista é o trabalho que cumpre rotinas impostas e o operário disciplinado. Esta definição vai ao encontro da definição acima destacada. A população de rua não consegue enquadrar-se, ou seja, o que Castel (2010) denomina de "desfiliados". O que faz com que se produzam na atualidade estigmas homólogos aos do século XIV.

É possível levantar a hipótese de que estas leis europeias contribuam ainda nos dias atuais para o estigma das pessoas em situação de rua como pessoas que não se enquadram nas normas vigentes, os desfiliados da contemporaneidade. Indicativo disto são as ações realizadas com esta população, que, no lugar de ações afirmativas e produtoras de inserção social, são ações que resultam em reforçar a exclusão dos excluídos. Por exemplo, as ações¹ do Governo do Estado do Paraná que, com caminhão, recolheram os pertences e roupas da população em situação de rua da região central da cidade, objetivando limpar a cidade. Ações como esta de limpeza do lugar em que vivem acabam por reafirmar suas fraquezas e fragilidades, além de tratar o problema superficialmente, sem abranger seus determinantes sociais.

¹ Matéria jornalística que foi amplamente divulgada em meio eletrônico disponível em: <http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2015/06/leitor-flagra-caminhao-de-lixo-recolhendo-roupas-de-mendigos.html> acesso em 11/11/2015)

O Brasil também apresentou legislação contra aqueles que não estão empregados e que vagam pelas ruas, promulgando a lei da vadiagem. Segundo Fabretti e Rachid (2013) a lei foi criada no ano de 1830 no Código Penal do Império do Brasil de forma muito similar às europeias do século XIV, sendo reeditada após a Abolição da Escravatura, devido à expectativa de que ex-escravos, sem qualificação e sem “rumo”, ocupariam as ruas das cidades. Para resolução deste problema, a Câmara de Deputados propôs punição às pessoas que estivessem em plena saúde e não tivessem ocupação. Em 1941, esta lei foi novamente reeditada e incorporada à Lei de Contravenções Penais (Decreto-Lei nº 3.688/41). O fato curioso é que, apenas no ano de 2004, o congresso aprovou a modificação na “lei da vadiagem”, aprovada no Senado somente em 2009². A modificação revoga o artº 60 da Lei de Contravenções Penais, mas mantém o artº 59³. Ou seja, retira a criminalização por mendigar, mas mantém a criminalização pelo fato de entregar-se habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho.

Estas informações auxiliam na análise para além das bases econômicas, pois se faz necessário compreender as nuances de se viver na sociedade atual, do processo de constituição de seus valores. A sociedade contemporânea exige o cumprimento das normas, de horários, qualificação profissional e sucesso familiar. Apresentando rotinas, horários e regras sociais. O não cumprimento destas expectativas pelos indivíduos resulta em um sofrimento velado ao sujeito. Segundo Baumann (2001), as rotinas impostas servem para nos poupar da agonia, mas são regras e rotinas difíceis de serem atingidas.

Para os autores Snow e Anderson (1998), a história do desabrigo contemporâneo é longa e variada. Os autores analisaram os motivos para o desabrigo de pessoas em situação de rua, na cidade de Austin, EUA, na década de 80. Apontam que a ida para a rua inclui fatores macro e microssociais. Os fatores microssociais dizem respeito à história de vida destas pessoas, sendo que as motivações para migração à rua podem ser divididas em quatro categorias: a) voluntarista; b) patologias dos

² Disponível em <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/DIREITO-E-JUSTICA/423736-CAMARA-APROVA-FIM-DA-PENA-DE-PRISAO-PARA-VADIAGEM.html>. Acesso em 11/10/2015.

³ Decreto-Lei nº 3.688/41, Art. 59. Entregar-se alguém habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios bastantes de subsistência, ou prover à própria subsistência mediante ocupação ilícita: Pena – prisão simples, de quinze dias a três meses.

sujeitos; c) ausência do apoio familiar e; d) azar.

Os fatores macrosociais dizem respeito às estruturas gerais da economia da sociedade que colocam massas de indivíduos em situação de risco, acarretando descolamentos. Tais deslocamentos podem ser divididos em deslocamento residencial e descolamento econômico. O deslocamento residencial, apontado pela literatura americana, identifica três tendências: 1) desospitalização; 2) declínio de moradia de baixa renda e; 3) elevação no custo da habitação.

Escorel (1999; 2000) considera a exclusão como um fator determinante à situação de rua. Para ela, a exclusão social é um processo no qual os indivíduos são reduzidos à condição de *animal laborans* e na qual estão impossibilitados de exercícios plenos de suas potencialidades da condição humana. O processo de exclusão, para a autora, não está reduzido somente ao trabalho, mas abrange todas as áreas da vida sociofamiliar e ao processo de desvinculação das diversas áreas da vida. São pessoas que apresentam trajetórias de vulnerabilidades, fragilidades ou precariedades nas relações familiares e comunitárias, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida humana. A exclusão do mercado de trabalho não pode ser considerada isoladamente, mas deve ser analisada incluindo demais fragilidades, tais como habitacionais, afetivas, discriminações e violências que compõem as necessidades humanas.

No caso da população brasileira, Escorel (1999) considera que as relações familiares e comunitárias predominam sobre as referências do trabalho. O trabalho tem a função de possibilitar ao trabalhador a identidade de chefe provedor da família. A falta ou a instabilidade do emprego afeta diretamente estas pessoas de se reconhecerem como provedores. Portanto, estar na rua, no caso brasileiro, não é estar longe do mercado de trabalho, mas é estar distante da família, ou seja, estar desvinculado de uma rede afetiva.

No sentido de ter família e lar, Szasz (1994) postula que existem diversas formas de denominar uma pessoa sem lar. Atualmente escuta-se nos noticiários, jornais e de populares termos como: “cachaceiros”, “vagabundos”, “vadios”, “craqueiros” e “mendigos”, entre outros termos pejorativos. Mas para ele

[...] assim como o conceito de doença não nos diz o que é saúde, também a noção de não ter família não nos diz o que é ter um lar (SZASZ, 1994, p. 138).

Isto não ocorre por culpa do sujeito ou da família, mas por uma série de acontecimentos que tornam esta escolha de não ter uma família a mais saudável no âmbito emocional para este sujeito. Ao avaliar o que seria um lar, Szasz (1994) cita o autor John Luckacs, que considera o conceito de lar como a maior proeza da Era Burguesa. Vivemos enganando a nós mesmos que ter um lar e ser mentalmente sadio é nossa condição nata. O autor considera lar um estado mental e que algumas pessoas não apresentam o desejo de ter um lar.

A verdade rudimentar é que algumas pessoas escolhem não empregar seus recursos para se manter (utilizando-os, por outro lado, na compra de drogas) recusam-se a viver com membros da família desejosos de acolhê-los e preferem uma vida de doença mental, crime e vadiagem. (SZASZ, 1994 p. 141)

Ao alinhar as análises de Escorel (1999) e Szasz (1994) e considerando o conceito de lar e o de família como uma “invenção” moderna, a unidade familiar para a população brasileira é “cobrada” socialmente, como uma condição nata ou de saúde. E a condição no mercado de trabalho para o brasileiro é, sim, importante, pois é o que lhe credencia como homem provedor e “chefe de família”. Neste ponto, faz-se necessário uma reflexão sobre os números do 1º Censo Nacional da População em Situação de Rua. Os dados mostram que são 82% das pessoas que têm a rua como moradia são homens e apenas 18% são mulheres. Isto pode nos indicar que a motivação para ter a rua como forma de vida apresenta significados diferentes para homens e mulheres que atendem às expectativas culturais contemporâneas.

Ao problematizar a relação da rua com o mercado de trabalho, Paugam (2007) traz o conceito de desqualificação social, caracterizado pelo movimento de expulsão gradativa do mercado de trabalho. O estudo realizado pelo autor indica três fases para o processo de ida às ruas: a fragilidade com a perda do emprego, a dependência de serviços sociais e a ruptura de vínculos sociais e comunitários. Em relação à dependência dos serviços sociais no caso brasileiro, cabe ressalva, pois, para tal dependência, faz-se necessário que o estado de bem estar social esteja em pleno funcionamento, fato que não é realidade. Heiler (2014), ao analisar os direitos fundamentais, que abrangem o direito à saúde, aposentadoria, assistência social e direito à vida e que garantem a dignidade da pessoa humana, reafirma a inefetividade destes direitos no

Brasil. O que não descarta a transposição da teoria de Paugam (2007) para nossa realidade, mas apenas pode-se avaliar que, se esta fase de dependência dos serviços sociais no caso brasileiro não corresponde às reais necessidades da pessoa, torna possível afirmar que o tempo da primeira até a última fase seria mais rápido ou ao menos mais certo. Afinal, os serviços sociais devem servir para proteção da população, evitando a ruptura de vínculos familiares e comunitários.

Segundo Paugam (2007), o desempregado tem invariavelmente relações mais distantes com a família e, quanto pior a situação no mercado de trabalho, maior a possibilidade de ruptura de vínculos, sendo que os homens com idade entre 35 e 50 anos sofrem mais do que as mulheres com esta situação. Para estes sujeitos, é como se o fracasso estivesse visível a todas as pessoas e não apenas para eles. Por fim, alerta que a análise do processo de ida à rua deve ser feita qualitativamente, analisando-se as nuances de cada país e nas formas da pobreza. Em uma análise dos motivadores, histórias de vida e idas para rua, a pesquisadora Rosa (2005) analisou trajetórias de pessoas em situação de rua e constatou que os eixos trabalho e família se entrecruzam e apresentam uma interdependência dos processos econômicos e sociais em jogo.

1.2. CARACTERÍSTICAS E IDENTIDADES CONSTRUÍDAS OU ATRIBUÍDAS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Mattos e Ferreira (2004) apontam identidades atribuídas a pessoas em situação de rua, defendendo que estas identidades contribuem e sustentam as relações de dominação e exploração no âmbito da identidade pessoal destes sujeitos. Assim como afirmado anteriormente, os autores verificam que as definições e legislações europeias contribuem ainda nos dias de hoje para produção das atuais identidades das pessoas que têm as ruas como moradia. As identidades apontadas foram de “vagabundos”, “loucos”, “sujos”, “perigosos” ou “coitados”. Estes atributos vão pouco a pouco constituindo estas pessoas e a interiorização configura uma violência simbólica que legitima as violências físicas.

A característica marcante da população em situação de rua apontada por Mattos e Ferreira (2005) é um “eterno viver no presente”. Isso decorre da impossibilidade de estruturar a identidade e a constante necessidade de mudanças sem a possibilidade de projetar seus sonhos.

Durante o Primeiro Seminário Nacional sobre a População de Rua, no ano de 1995, Montes (1995) analisou os discursos acerca da

construção de identidade desta população. Identificou nas falas dos apresentadores quatro discursos sobre a população em situação de rua: o *discurso higienista*, que entende o homem de rua como o resultado de uma soma de pobreza, doença e criminalidade e que as ações para sanar este problema devem tirar a doença física, social, moral ou do perigo imediato da criminalidade; o *discurso moralizador* que busca a recuperação destes homens através do trabalho; o *discurso da exclusão*, caso em que a recuperação dá-se através da assistência, ou seja, mediante a oferta de serviços; e por fim, o *discurso da autonomia*, segundo o qual as ações deveriam ser pedagógicas, através do resgate da cidadania. Para Montes (1995), estes discursos convergem à questão dos limites da sociedade. A população em situação de rua estaria entre a ordem e a desordem, uma figura ambivalente, e que contribui para construção das identidades da população de rua. A identidade é construída em dois momentos: quando me pergunto o que eu sou e quando eu penso o que os outros pensam que sou. Desta forma, a identidade destes homens e mulheres com todos estes discursos são identidades fragmentadas, que oscilam entre o certo e errado, entre o assistido e o desassistido, entre merecedor e o desmerecedor.

Para verificar como tais identidades são constituídas, Rosa (2005) entrevistou 14 pessoas que estavam em albergues da cidade de São Paulo e que ocuparam as ruas da cidade por algum período, sem valer-se de nenhuma pré-classificação ou categorização da população em situação de rua. Apresenta as características através da análise dos conteúdos das entrevistas, que vão ao encontro do que Escorel (1999; 2000) postula. Ou seja, que a exclusão não está ligada apenas ao mercado de trabalho, mas às diversas áreas da vida.

As características estavam atreladas à ruptura de vínculos com familiares, seja por violência ou por morte dos parentes, e a solidão presente em quase todos entrevistados. Em relação ao uso de substância psicoativa, nove dos quatorze entrevistados faziam uso de álcool, sendo que três deles faziam uso moderado. A pesquisadora identificou que, entre os que bebiam, era possível considerar que, inicialmente, esta era uma forma de lazer. Alguns entrevistados relataram problemas de saúde como HIV, deficiência física ou transtorno mental. A maioria dos entrevistados possuía apenas o ensino fundamental incompleto e iniciaram o processo educacional na idade adequada, mas, para auxiliar a família com a renda, deixaram os estudos e ingressaram, sem as qualificações necessárias, no mercado de trabalho.

Morar na rua e trabalhar é considerado pelos entrevistados como difícil. Para eles, o trabalhador não tem valor na rua, “a força dos

preconceitos e estigmas, em relação à população de rua, atua como reforço das identidades negativas” (ROSA, 2005, p. 122) Os trabalhadores realizam pequenos trabalhos, atuam na reciclagem e alguns “pedem” dinheiro. Um complicador é o fato de não terem referência de moradia, pois isto traz o estigma durante os processos de entrevistas.

Os autores Snow e Anderson (1998) são citados na maioria dos trabalhos sobre população de rua devido à produção de um estudo na cidade de Austin, Texas (EUA), entre os anos de 1983 e 1986. A década de 80 é conhecida como a década perdida, devido a arrochos econômicos e o crescente número de pessoas sem trabalho e consequente aumento do número de pessoas em situação de rua nos EUA e, em especial, na cidade estudada. Os autores trazem uma proposta de tipificação da população entrevistada por eles. Abaixo segue a sistematização dos dados dos autores em um quadro para maior facilidade na compreensão:

Quadro 1 . Categorias e subcategorias de pessoas em situação de rua, segundo Snow e Anderson (1988)

Categoria	Subcategoria	Descrição
Recém-deslocados		Pessoas que estão pela primeira vez na rua e lutam para sair desta situação. Não aceitam a situação de pessoa em situação de rua.
Vacilantes: Definem os vacilantes com base na noção de liminaridade. Estas pessoas vivem a ambiguidade de status que ocupam num momento crítico de mudanças em sua vida, em momentos estão domiciliados e, em outros, estão na rua.	Regulares	Pessoas que vivem a situação ambígua conforme descrito na característica vacilante.
	Institucionalmente adaptados	Aqueles que, em momentos, suspendem esta ambiguidade, ficando em instituições de contenção. Como prisões e asilos, enquadrados numa situação liminar institucionalmente estruturada. Neste quadro, podemos citar as comunidades terapêuticas na contemporaneidade.
<i>Outsiders</i> : Pessoas cuja vida na rua é um dado não questionado. Seu futuro e passado se fundem no presente e que raramente falam em sair da rua.	Andarilhos : -altamente migratórios, -viagens padronizadas, -forte senso de independência, -álcool é central	Tradicionais Semelhantes aos antigos andarilhos pelo ciclo de trabalho, a ingestão de bebidas alcoólicas e a migração. Viagens sazonais devido a variações do mercado de trabalho.
		Hippies Herdeiros da contracultura da década de 60. Tem a cultura do rock, trabalham com artes e artesanatos,

		<p>usam e vendem drogas. Vivem no presente e no passado. Tanto álcool como drogas são centrais em seus estilos de vida. Vivem, em geral, em grupos.</p>
Mendigos: são caracterizados pelo desamparo, assim dependem do auxílio de outros para garantir a subsistência mínima.	Tradicionalis	<p>Os que mais se aproximam da imagem do alcoólatra morador de rua. Dificilmente migram. Raramente se envolvem em trabalhos remunerados. Mais velhos.</p>
	Redneck	<p>Subsistência se dá pela venda de sangue e plasma, andam em grupos. Ocorre o uso de álcool e drogas e cultura do rock.</p>
Doentes Mentais		<p>Não foram incluídos usuários de álcool e outras drogas e pessoas com traços depressivos. Três características: internações anteriores, reconhecimento social de doença mental, comportamento bizarro.</p>

Fonte: Autora, com base no capítulo 2. Uma tipologia fundamentada dos moradores de rua. (SNOW & ANDERSON, 1998, p. 71-122)

As classificações podem servir para uma facilitação das características de quem está se falando, ou estudando, mas, neste trabalho, não se utiliza uma tipificação específica. Pretende-se analisar a implantação do serviço para população em situação de rua, avaliando os determinantes sociais de saúde da população, as necessidades e as especificidades dos sujeitos a quem o serviço se destina, sem que se enquadrem estes sujeitos em tipos e subtipos, pois a compreensão de suas histórias de vida e as formas como se inserem nas ruas é singular a cada indivíduo.

Alguns elementos são fundamentais para compreensão da população e as ações possíveis para que alcancem o efeito desejado, ou seja, melhoria na qualidade de saúde desta população. Compreender os estigmas e atributos a que esta população está submetida e que interferem diretamente na constituição destes sujeitos e em que momentos estes sujeitos acabam por responder à expectativa da comunidade nos faz refletir sobre a expectativa da população em situação de rua em relação a um serviço de saúde itinerante que os atenda.

1.3. SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

Nesta seção, apresenta-se uma revisão de literatura das pesquisas realizadas a respeito dos serviços de saúde especializados para a população em situação de rua e as características de saúde desta população no Brasil. A apresentação dos artigos aqui se deu por temas. Primeiramente, um levantamento dos artigos que tratam sobre as experiências dos programas de saúde para a população em situação de rua, apresentado em formato de quadro, para facilitar os comparativos, seguido dos artigos que tratam das características da saúde da população em situação de rua.

1.3.1 Experiências de serviços de saúde para população em situação de rua no Brasil

O início do programa do Consultório na Rua é marcado por uma série de iniciativas: Consultório de Rua da Bahia, vinculado ao CETAD e UFBA em 1999; as experiências dos “PSF sem domicílio”, surgidas de 2004 em diante em Porto Alegre, São Paulo e Belo Horizonte; e o “Estratégia Saúde da Família Pop Rua” do Rio de Janeiro. Após o

incentivo do Ministério da Saúde e SENAD para implantação de Consultórios de/na Rua, outras cidades também desenvolveram os serviços em seus territórios.

Dois artigos trazem uma reflexão acerca das potencialidades e desafios desse novo serviço. O artigo de Londero et al (2014), intitulado "Consultório de /na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde", problematiza as duas maneiras utilizadas para proporcionar atenção à saúde da população em situação de rua. Uma delas utilizando a internação compulsória, sem a possibilidade de escuta do usuário, por coerção e mediante a ofensiva policial. A outra possibilidade se dá através da criação de redes de cuidados ligados aos serviços de Saúde, Assistência Social e ao movimento dos moradores de rua. Os autores julgam que a principal dificuldade para a realização do trabalho está em o profissional manejar o imprevisto e a diversidade da demanda:

O consultório na rua mostra uma nova cara, um novo ponto de conexão de rede ou de redes, recoloca desafios e interroga a construção de que participamos para um SUS que diga respeito a todos. (LONDERO, et al, 2014, 2014).

O Consultório na Rua traz ao profissional a necessidade de construir novas formas de atuação, formas implicadas muito mais com o resultado que com as normas.

O outro artigo, "Políticas públicas e capital social: o Projeto Consultório de Rua", de Pacheco (2014), sinaliza que os profissionais do Consultório na Rua devem buscar parcerias, ações sociais, desmistificação do estigma da pobreza, combate à exclusão e conquista da cidadania na lógica dos processos de inclusão social. Sendo que as ações de saúde devem ser pautadas nos processos sócio-históricos de cada território, reconhecendo e valorizando o conhecimento da demanda atendida, identificando as particularidades da população nas abordagens e nos cuidados de saúde.

Os demais artigos pesquisados relatam a experiência de serviços de saúde específicos para atendimento da população em situação de rua. Para melhor visualização, alguns aspectos relativos a esse tema foram elencados: a) cidade e instituição responsável; b) objetivos do serviço; c) principais dificuldades; d) principais potencialidades e; e) reflexões acerca do serviço.

Quadro 2. Sistematização dos artigos de relatos de experiências de serviços de saúde para população em situação de rua no Brasil.

Programa ou serviço	Instituição e Cidade	Objetivo	Dificuldades	Potencialidade do serviço
Oliveira (2009) <i>Consultório de Rua da Bahia</i>	CETAD/UFBA Salvador, 1998	Trabalhar a proposta de redução de danos em relação ao abuso de substâncias psicoativas, promovendo, desta forma, o acesso ao SUS.	1. Agendamento das consultas; 2. Comparecimento dos usuários nas consultas marcadas.	Através do desenvolvimento das ações, percebeu-se a necessidade de um trabalho através de uma clínica ampliada, flexível, possibilitando o atendimento clínico na rua.
Carreiro Júnior et al, (2010) <i>E.S.F. para população em situação de rua – Gente de Rua</i>	São Paulo, 2004	Acesso à Rede de Atenção Básica à Saúde, através de ações específicas.	Capacitação da equipe com a temática “população em situação de rua”.	1. Atendimentos “ <i>in loco</i> ”, nos albergues e instituições que atendem esta população; 2. Necessidade de integração com serviços e criação de serviços com oferta de oportunidade de trabalho, moradia e educação.
Müller (2013) Consultório na Rua de Porto Alegre	Porto Alegre, 2013	Atuar como facilitador do acesso à saúde aos habitantes da rua.	1. Formação de rede resolutiva; 2. Serviços parceiros que apresentam linhas duras e flexíveis. Respectivamente os que aceitam os fluxos e os que exigem “dribles” da	1. O perfil do profissional tem maior peso que sua formação de base; 2. Construção do Plano Terapêutico Singular; 3. Atividades de rádio da rua, oficinas de hip hop,

			<p>equipe do consultório;9</p> <p>3. O perfil do profissional tem maior peso que sua formação de base;</p> <p>4. Dificuldades para as ações do programa que giram em torno da estrutura física, transporte, perfil profissional e a articulação com a rede de saúde.</p>	<p>embelezamento e futebol semanal;</p> <p>4. Oferta de escuta qualificada, curativos, distribuição de preservativos, aplicação de contraceptivos injetáveis, encaminhamentos para outros serviços de saúde e o transporte de usuários para serviços que disponibilizem banho e albergue;</p> <p>5. Possui um telefone celular para que os usuários entrem em contato;</p> <p>6. Serviço é articulador da rede de saúde e intersetorial.</p>
Abreu (2013) Consultório de Rua	Florianópolis			<p>Atividades atendimento em grupo, atendimento às famílias, visitas domiciliares, oficinas com a população , distribuição de material educativo, encaminhamentos para serviços de saúde e orientação sobre sexo seguro, cuidados com o corpo e DSTs/ AIDS</p>

Fonte: Autora, com base em artigos de relato de experiência disponíveis nos bancos de dados Scielo e Biblioteca Virtual da Saúde.

1.3.2. Características da população de rua no Brasil

Poucas são as pesquisas nacionais que apresentam as características da população em situação de rua do Brasil. As características apresentam as dinâmicas da vida destas pessoas, como se percebem e quais comportamentos apresentam, tanto em relação à vida cotidiana, como nos comportamentos ligados a cuidados em saúde. Neste tópico, apresentamos alguns dos autores que, em suas pesquisas, apresentam algumas destas características.

Varanda e Adorno (2004) identificam que, além dos motivos ligados à violência e ao uso de drogas, há outros fatores que levam as pessoas às ruas. A baixa renda e as dificuldades para chegar a casa após o dia de trabalho fazem com que trabalhadores ocupem as ruas ou os albergues, mesmo sem terem os vínculos familiares rompidos.

Rosa et al (2006), através de entrevistas com pessoas em situação de rua e profissionais que atuam em um centro comunitário que atende à população em situação de rua da cidade de São Paulo, identificaram que, em relação ao uso de albergues, a população em situação de rua tem dificuldade em adequar-se às exigências para permanência no local. Para as pessoas em situação de rua, a saúde é o resultado de determinantes biológicos e psicológicos e de responsabilidade de cada pessoa. Os entrevistados acreditam que o maior problema da população em situação de rua é o uso abusivo de álcool, que compromete laços familiares e vínculos empregatícios. Já para os trabalhadores, o álcool é utilizado como meio de fuga da realidade de rua. A drogadição e alcoolismo são os determinantes de entrada, permanência e saída da rua.

No que se refere aos serviços de Saúde, observou-se que os profissionais que atuam em serviços do SUS necessitam ser capacitados para atender às especificidades desta população. A tríade *saúde-doença-cuidado* nem sempre é harmoniosa, o que faz com que a figura do cuidador seja indispensável. Ao cuidador, além das competências técnicas e científicas, exige-se o comprometimento com a vida humana. Os valores destes cuidadores influenciam diretamente na qualidade do atendimento fornecido.

De acordo com a mesma autora, os usuários estão satisfeitos com o SUS. Esta satisfação é atribuída ao fato de estes usuários recorrerem aos prontos-socorros para solucionar suas queixas de saúde, tendo resolutividade. Ao passo que os profissionais avaliam negativamente o SUS, pois compreendem a complexidade das demandas de saúde apresentadas por estes usuários e apontam o despreparo dos

profissionais para atender esta população. Ambos os segmentos apontam que o problema não está no atendimento à saúde, mas na aquisição da medicação prescrita para o tratamento. Outros problemas estão nos cuidados contínuos de saúde para as doenças crônicas, tais como alimentação adequada, no caso de hipertensão.

Quanto a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), duas pesquisas tratam deste ponto em adultos em situação de rua. Uma delas é a de Brito et al (2007), em que realizaram testagem de HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis em 330 pessoas em situação de rua, usuários de albergues no centro da cidade de São Paulo. Nas entrevistas que antecederam as testagens nos usuários apenas 21,2% referiram uso frequente de preservativo, 46% referem uso inconsistente de preservativos e 32,5% nunca fazerem o uso de preservativos nas relações sexuais, porém o dado significativo é que 87% referiram conhecimento sobre sintomas, formas de contágio de HIV e/ou de DSTs. Foram detectadas prevalências de 1,8% de HIV, 8,5% de hepatite C, 30,6% de infecção pregressa por hepatite B, 3,3% de infecção aguda ou crônica pelo vírus hepatite B e 5,7% de sífilis.

Na pesquisa de Grangeiro et al, (2012), também realizada na cidade de São Paulo, foram convidados a realizar testagem de HIV 2.110 moradores de rua, sendo que 86,6% aceitaram participar da pesquisa. Dentre estes, foi detectada uma prevalência de infecção pelo HIV de 4,9%. No que tange ao uso de preservativo, 38,3% dos pesquisados referiram o uso frequente.

No que se refere a infestações por helmintos, Gomes et al (2002) realizaram pesquisa por meio da coleta de fezes e exames laboratoriais para identificar mono e poliparasitismo em população em situação de rua da cidade de São Paulo. Identificou-se que 37,9% dos pesquisados tiveram testes positivos para monoparasitarismo e 25,5% positivos para poliparasitarismo. A pesquisa realizou testagem com a população em situação de rua que utilizava o serviço de um albergue. Neste albergue, todos seus usuários eram tratados com anti-helmínticos. A pesquisa identificou que a população em situação de rua encontra grande dificuldade em ter local adequado para urinar ou defecar. Neste sentido, identificou-se que 41,46% da população em situação de rua utiliza vias públicas para defecação, incluindo praças, ruas e praias. Esse fato dá-se por não terem um local adequado para tal finalidade.

Em relação aos idosos que têm as ruas como moradia, a pesquisa realizada por Brêtas et al (2009) identificou que a maioria depende de instituições ou de outras pessoas para realizar os cuidados básicos de

higiene, alimentação e as necessidades de sobrevivência, fato que acarreta diminuição de sua autonomia e de sua capacidade de cuidar da própria saúde. O viver na rua conduz a um processo de rebaixamento da autoestima, que interfere no autocuidado. Um dos fatores é a hostilidade de viver na rua, sem a garantia das condições básicas de vida. Os idosos têm dificuldade maior que os mais jovens. A população em situação de rua ocupa lugares comerciais onde podem realizar algum tipo de “bico” para obtenção de renda, tais como transporte de mercadorias, guarda de carros, coleta e venda de material reciclado. A pesquisa identifica a religião como um fator que contribui com a esperança de abandonar o uso do álcool, voltar à família e garantir a aposentadoria.

Ferreira e Mattos (2005) pesquisaram os idosos em situação de rua e identificaram que os determinantes de migração para a situação de rua podem ser elencados em vários aspectos. Um deles é o círculo de pobreza (baixa escolarização, trabalho precoce, instabilidade no trabalho ao longo da vida representada por situações de trabalho irregular, descontínuo, parcial, intermitente, ocasional, eventual, sazonal, temporário ou de duração determinada). Outro fator é a vulnerabilidade familiar e a ruptura com a família, considerada o ponto zero do processo de *rualização*, seguido do uso abusivo de álcool.

Silva e Gutierrez (2013) realizaram entrevistas com seis idosos, que, na ocasião, moravam em uma casa de acolhida, mas que, anteriormente, estavam em situação de rua. O tema das entrevistas foi a qualidade de vida de idosos moradores de rua. Entre os achados da pesquisa, um ponto importante refere-se à incipiência de políticas públicas para pessoas em situação de rua no Brasil, o que deixa a desejar no suprimento das necessidades dessa população, incluindo as atividades produtivas, o resgate das relações familiares, o tratamento de saúde física e mental (principalmente nos casos de alcoolismo e consumo de drogas), a construção de projetos de vida e a aquisição de novos papéis sociais.

Do outro lado da cronologia de vida, encontram-se os adolescentes em situação de rua. Medeiros et al (2001) produziram um estudo exploratório sobre a sexualidade dos adolescentes em situação de rua da cidade de Goiânia. Os adolescentes pesquisados apontam que a sexualidade resume-se ao ato sexual. Não foi observado que possuíssem conhecimento sobre as formas de transmissão das DSTs e sobre a prevenção da gravidez indesejada. Para as adolescentes do sexo feminino, o significado da gravidez corresponderia ao que a sociedade espera de uma mulher, ou seja, corresponderia ao ideal feminino da

sociedade, mulher sendo sinônimo de mãe.

Nunes e Andrade (2009) realizaram pesquisa com sete adolescentes do sexo feminino em situação de rua sobre drogas, HIV e sexo. Os achados trazem que os motivadores de migração para situação de rua são a violência doméstica, incluindo violência sexual, o baixo nível socioeconômico e abuso de múltiplas substâncias psicoativas. Durante a pesquisa, foram realizadas entrevistas e foi incluída a realização de exames de HIV, sífilis, gonorréia e hepatites B e C. Estes exames apontaram seis resultados positivos para sífilis e um positivo para HIV. Em concordância com estes dados, há o relato destas adolescentes que não fazem uso de preservativo.

Rosa (2005), em seu livro “Vidas de Rua”, apresenta um capítulo sobre as respostas institucionais para a situação de rua. Seu campo de pesquisa foi a cidade de São Paulo no final da década de 90 e algumas atualizações entre os anos de 2001 e 2004. Neste capítulo, ressalta dois aspectos que emergiram em sua pesquisa: o volume de informações acerca dos albergues e o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) e a população de rua, em uma articulação denominada “Da Rua para a Terra”. Em relação aos albergues, verifica-se que os serviços disponibilizados não atendem à demanda dos usuários. Estes serviços caracterizam-se por ofertar apenas dormitório, higiene e alimentos, sendo que os usuários desejam suporte para auxiliar a saída das ruas, como documentos e referências para trabalho. Outro aspecto é a relação entre o MST e a população de rua. Nos anos de 1998 e 1999 ocorreram três Congressos “Da Rua para Terra”, que resultaram em incorporar a população de rua. A população de rua entendeu a participação nos congressos como um processo de resgate de dignidade e a autora analisou que a entrada em movimentos sociais representou uma mudança de direção na vida destas pessoas.

No âmbito geral, ao avaliar os serviços disponibilizados para este público na cidade de São Paulo, a autora verifica que estão voltados prioritariamente para assistência social em parcerias com organizações socioassistenciais, em geral ligadas a entidades religiosas. E que serviços de trabalho, saúde, moradia e educação são negligenciados.

Conforme se infere destes estudos sumariamente apresentados, o Consultório na Rua apresenta-se com enorme potencial para estabelecer novos olhares para as especificidades da população em situação de rua. Mesmo sendo um dos princípios doutrinários do SUS, a *equidade* é algo distante das práticas diárias dos serviços. Práticas pautadas na clínica tradicional, apresentando uma postura passiva diante das demandas são

comumente encontradas. A população em situação de rua apresenta especificidades, modos de viver e diferentes dinâmicas para suprir suas necessidades de sobrevivência. O serviço do Consultório na Rua necessita de uma atuação fora dos padrões “morais”, que possa instigar os profissionais ao desafio de propor novas atuações e novos repertórios, a fim de possibilitar a promoção da saúde para a população atendida.

Nesse sentido, pode-se apontar que, dentre os desafios do serviço do Consultório na Rua, estão: a vinculação com a população em situação de rua; a diversidade das demandas apresentadas; desenvolvimento de estratégias de sensibilização e articulação de rede; quebra de paradigmas das clínicas tradicionais; novas formas de promoção de saúde e; a quebra da dicotomia cartesiana tradicional nas práticas de saúde entre o físico e o mental.

1.4. CUIDADO COM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A REDUÇÃO DE DANOS

A Rede de Atenção e Cuidados de Saúde das Pessoas que Fazem Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas integra a Rede de Atenção Psicossocial. Mesmo que, no entendimento atual, todos os serviços de Saúde devam estar preparados para possibilitar a atenção à saúde destas pessoas, alguns serviços ofertam cuidados específicos para os problemas de saúde decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Os serviços específicos são: *i) Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD)*, que ofertam atendimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, criado oficialmente pela Portaria 336, de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde; *ii) Unidades de Acolhimento (UA)*, responsáveis pelo acolhimento transitório voluntário e cuidado de pessoas com necessidades em decorrência do uso prejudicial de álcool e outras drogas criada pela Portaria 121, de janeiro de 2012. E, por último, *iii) o Consultório na Rua (CNaR)*, objeto desta dissertação, que oferta serviço itinerante de saúde para pessoas em situação de rua que fazem ou não uso de substâncias psicoativas. Criado pela Portaria 122, de janeiro de 2012, é o único serviço ligado à Atenção Básica. Além destes serviços, a rede hospitalar deve possuir leitos de retaguarda para desintoxicação quando o usuário apresentar agravos de saúde durante os processos de intoxicação ou de desintoxicação em decorrência do uso ou suspensão de uso de substâncias psicoativas.

A regulamentação da Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com

Uso Prejudicial, como já foi mencionado, compõe a Rede de Atenção Psicossocial. Esta rede começou a ser desenhada a partir da III Conferência de Saúde Mental e formalizada através da Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002 do Ministério da Saúde, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Esta portaria faz alusão à Redução de Danos no artigo 1, inciso III, que prevê o aperfeiçoamento de intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ações de redução de danos já estavam sendo empregadas no Brasil pelo Programa de Redutores de Danos, vinculado à coordenação nacional DST e Aids e também nos CAPS, que não tinham e não possuem a abstinência como ênfase no tratamento.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas Nacional de 2003, traz como a linha de atuação a redução de danos. E como definição de Redução de Danos:

[...] estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada; (BRASIL, 2003)

No ano de 2005 o Ministério da Saúde, através da Portaria 1.028 de 1º de julho de 2005, institui a Política de Redução de Danos como linha de atuação para questões relacionadas ao uso prejudicial de substâncias psicoativas. A portaria define a Redução de Danos como:

Artº 2 - Definir que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. (BRASIL, 2005)

Esta definição assemelha-se à definição da Associação Internacional de Redução de Danos (RD), que a define como

[...] políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Redução de Danos beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade. (IHRA, 2010)

Outra definição oficial que vale destacar é a contida no Manual de Redução de Danos, da coordenação de DST e Aids, (2001).

[...] orienta a execução de ações para a prevenção das consequências danosas à saúde de que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo. As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as consequências adversas do uso de drogas. (BRASIL, 2001)

O que estas definições trazem em comum? Muito, mas o que cabe destacar é o respeito pela decisão de quem usa a substância psicoativa, a corresponsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços e cujo objetivo é propor ações e estratégias para a vida destas pessoas e não simplesmente culpabilizar o sujeito pelo uso, reduzindo os danos da vida ao uso de drogas e entendendo estes danos para além da clínica médica.

1.4.1. Um pouco da história da Redução de Danos

A Redução de Danos teve início na Inglaterra, no ano de 1926, com o Relatório de Rolleston. O relatório, produzido por uma comissão interministerial da Inglaterra, dava direito aos médicos de prescrever suprimentos regulares de opiáceos a usuários destas drogas, a fim de administrar os efeitos da síndrome de abstinência.

Baseados nesta resolução, na década de 80 os usuários de heroína injetada, através de sua associação, buscaram o direito de receber seringas descartáveis para controle da disseminação de hepatites virais e HIV. Esta iniciativa apresentou alto grau de resolubilidade e influenciou

no mundo para controle da epidemia de HIV (BRASIL, 2003; QUEIROZ, 2001; PASSOS E SOUZA, 2011). Passos e Souza (2011) sinalizam que, na Inglaterra, as ações de Redução de Danos iniciaram-se em 1985, com ações de troca de seringas e educação em sua comunidade; prescrição de drogas como heroína e cocaína; serviços de aconselhamento, emprego e moradia e tratamento para a dependência, incluindo internação para desintoxicação.

No Brasil, no ano de 1989, a cidade de Santos/SP teve a primeira iniciativa de realizar trocas de seringas, porém, por decisão judicial, a ação teve de ser suspensa. O Poder Judiciário entendeu que estas ações incitavam o uso de drogas. Simultaneamente, foram desenvolvidas no país ações de educação em saúde, através de voluntários e profissionais de saúde, para ensinar formas de desinfecção de agulhas e seringas, iniciando formas de redução de danos através de ações educativas.

Mas é na Bahia, em Salvador, no ano de 1995, que o primeiro programa de troca de seringas é aprovado legalmente. No estado de São Paulo, a aprovação da lei ocorreu no ano de 1998. Segundo o Manual de Redução de Danos da coordenação de DST e AIDS, os programas e projetos de Redução de Danos no Brasil estavam ligados a esta coordenação nacional. Estes programas incluíam a troca de seringas, atividades de informação, educação e comunicação, aconselhamento, encaminhamentos e vacinação contra hepatite, entre outras ações que buscavam reduzir os danos à saúde. Estas ações eram realizadas por equipes compostas por profissionais da saúde através de serviços de saúde e organizações não governamentais.

Passos e Souza (2011) avaliam que, a partir de 2004, ONGs de Redução de Danos tiveram dificuldade em manterem-se atuantes, devido a dificuldades financeiras, mas avaliam que o grande avanço é a inserção da Política de Redução de Danos na Política Nacional de Álcool e Outras Drogas. Entretanto, os autores alertam que, mesmo com o incentivo para implantação de ações de RD nos CAPS AD, estas ações não foram implantadas efetivamente.

1.4.2. Ações de Redução de Danos

Para Queiroz (2001), a Redução de Danos diz respeito à liberdade do usuário em decidir sobre seu uso de drogas. Delbon et al (2006) avaliaram a entrega de *kits* de Redução de Danos em CAPS AD da cidade de São Paulo. Avaliaram que a formação e sensibilização dos profissionais, assim como a supervisão institucional, possibilitaram a

adesão de profissionais e lideranças comunitárias.

A entrega de *kits* de Redução de Danos é comumente pensada como a única forma de Redução de Danos. Contudo, assim como distribuição de seringas que originaram as ações de Redução de Danos, atualmente, a prática envolve troca de cachimbos, canudos para uso de cocaína em pó, batons e protetores labiais, água, barras de cereais, chocolates e tudo que possa reduzir alguns dos danos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e que evitem a disseminação direta de vírus de hepatite ou outros problemas como a baixa de glicose e a desidratação. O que se deve avaliar é o direito à saúde e direito à vida do sujeito, que supera qualquer outro direito. Independentemente do desejo do profissional de saúde ou da sociedade, a única pessoa que pode decidir acerca de seu comportamento e, no caso, o uso de drogas, é o sujeito. A primazia está em possibilitar o momento em que o indivíduo possa refletir acerca dos danos causados a si, sua saúde, suas relações e, por que não, suas finanças. Se entendermos que o uso de drogas é uma forma de amenizar o sofrimento, ou um momento de prazer ou lazer, é indispensável fomentar no usuário de substâncias um momento para pensar sobre seu uso. Sendo ou não um uso prejudicial constante.

1.5. DO MANICÔMIO AO CONSULTÓRIO NA RUA

1.5.1. Reforma Psiquiátrica

Os processos de Reforma Psiquiátrica no mundo iniciaram-se durante a Segunda Grande Guerra, após revelações de abusos contra os Direitos Humanos nos campos de concentração. Estas denúncias fizeram com que o mundo refletisse sobre a forma com que os "loucos" eram tratados. Tornou-se inconcebível a exclusão de humanos em decorrência de diferenças, de credos, comportamentos ou ideologias. A partir de então, dá-se início ao processo de Reforma Psiquiátrica.

[...] é sobretudo após a Segunda Grande Guerra que tais iniciativas se intensificam, dando origem a projetos mais delimitados, no sentido de um conjunto de enunciados, propostas e arranjos de natureza técnica e administrativa sobre o campo disciplinar e de intervenção da psiquiatria que, assim, passam a ser explicitamente denominados de reforma psiquiátrica. (AMARANTE, 2013 p 13)

A principal proposta foi a "libertação" dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, devolvendo-lhes o direito à convivência familiar e comunitária. Na Europa, os processos de Reforma Psiquiátrica iniciaram os debates entre as décadas de 1960 e 1970. No Brasil, os debates demoraram um pouco mais. Apenas no final da década de 1970 iniciam os debates e os processos de denúncias das atrocidades ocorridas dentro dos muros dos manicômios.

A história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) inicia-se com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) lutando pela transformação da psiquiatria, indicando a "Passagem de um sistema de atenção essencialmente medicocêntrico e hospitalocêntrico para um sistema de cuidados em saúde mental" (OLIVEIRA, 2009, p. 57). Esse processo foi influenciado pela fenomenologia-existencial de Ronald Laing e pela psiquiatria democrática de Franco Rotelli. Pitta (2011) lembra, ainda, que a vinda de teóricos e militantes da reforma psiquiátrica europeia, como Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guatari e Robert Castel, aos congressos e seminários ajudavam a alimentar esse movimento.

Pitta (2011) identifica que o aumento do número de leitos também foi um dos fatores relevantes para o desencadeamento da reforma. Entre os anos de 1970 e 1982 (a Era dos Manicômios) ocorreu no Brasil o aumento no número de leitos psiquiátricos, passando de 14mil a 98 mil, sendo que 80% deles eram em hospitais privados sustentados com dinheiro público.

Para Amarante (2013), a reforma pode ser dividida em três momentos. O primeiro, ligado ao final dos anos 70, com o aumento dos movimentos sociais, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, apresentando as denúncias de violências, negligência, de psiquiatrização do social e falta de recursos. O segundo momento dá-se no início dos anos 80. O movimento acumulou forças através da realização de congressos, seminários, encontros e ocupação de espaços públicos. No ano de 1987, houve o Congresso de Trabalhadores de Bauru e a 1º Conferência Nacional de Saúde Mental, que marca o fim da trajetória manicomial e o início da desinstitucionalização. O último momento inicia-se com a decisão da realização da 2ª Conferência de Saúde Mental, cujo lema foi: "*Por uma sociedade sem manicômios*". Nas cidades de São José do Murildo (RS) e Campinas (SP), criam-se experiências exitosas de serviços substitutos à internação psiquiátrica. Mas os serviços com maiores destaques foram o CAPS Professor Luiz

Rocha Cerqueira, em São Paulo e o NAPS na cidade de Santos.

Somente no ano de 2001 foi sancionada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei nº 10.216, que dispôs acerca da proteção e dos direitos das pessoas com de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental. Pitta (2011) divide-a em três eixos: o impedimento da construção de hospitais psiquiátricos pelo poder público; o direcionamento dos recursos públicos para práticas terapêuticas na comunidade; por fim, a internação compulsória determinada apenas pela justiça validada por um profissional de saúde.

Ressalta-se o disposto no art 4º da referida lei “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). Ratificando os objetivos iniciais da reforma, que passa pela redução do número de leitos psiquiátricos, buscando alternativas comunitárias para o tratamento, um processo real de desinstitucionalização entra em curso visando à garantia de alternativas terapêuticas e não apenas à reconfiguração de serviços. Os NAPS/CAPS estavam sendo executados em algumas cidades, ocupando lugar definitivo de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, após a promulgação da lei.

Costa et al (2011), discutem a descentralização do SUS e de seu financiamento federal como um dos elementos propulsores da RPB. Porém questiona se este modelo de financiamento não proporia apenas uma desospitalização com o número de financiamentos a serviços substitutivos:

“Refere-se aqui à questionável capacidade dos CAPS responderem setorialmente às necessidades múltiplas de pacientes graves, que demandam respostas no campo da habitação, educação, serviço social, justiça e outros. (COSTA et al, 2011, p.4613)

Observando o público alvo a ser atendido nos CAPS, pacientes acometidos de transtornos mentais graves e persistentes, avalia que a ampliação destes serviços sem o devido monitoramento poderia conduzir a reforma à desospitalização, pois, em alguns municípios, poderia ser uma forma de angariar recursos e não fomentar efetivamente a RP.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo em andamento e não pode ser entendida como algo consolidado. No sentido de consolidação da Reforma Psiquiátrica, em 2011, a Portaria GM/SM nº

3088 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de cuidado a pessoa em sofrimento mental, cujo principal objetivo é a articulação e fortalecimento dos serviços de Saúde Mental. A reforma psiquiátrica que, em momentos, parece seguir paralela a reforma sanitária, esta gradativamente vem sendo incorporada aos processos de territorialização do SUS.

Em 1994, surge o Programa Saúde da Família, como alternativa de descentralização da atenção à saúde. Hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), passou à promoção da saúde, cujo objetivo é reverter o modelo biomédico, centrado na doença e no tratamento. Atende a família, promovendo a saúde na defesa da vida. Utiliza-se de tecnologias leves de diagnóstico e cuidado. Pode ser compreendida como uma estratégia de desmedicalização, reduzindo o uso de fármacos e da desconstrução da patologização da condição humana.

Durante a 3ª Conferência de Saúde Mental (2002) foram feitas reivindicações por parte dos participantes para a criação de um serviço interdisciplinar que atendesse os usuários abusivos de álcool e outras drogas, respeitando suas particularidades e suas implicações.

Garantir a criação de uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, à criança e ao adolescente, aos usuários de álcool e drogas e à população de rua, de acordo com suas necessidades, considerando os dados epidemiológicos e a realidade local de cada município, enfocando: atenção integral, território, acesso, gratuidade e **intersectorialidade**. (BRASIL, 2002, p. 41)

A Política Nacional de Atenção Básica prevê equipes de atenção básica para populações específicas. Equipes de Saúde da Família para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense e as equipes de Consultório na Rua (CNaR). Observando as especificidades destas populações e a complexidade das ações para o atendimento, as equipes de Consultório na Rua têm como objetivo a inclusão de pessoas em situação de rua nos serviços do Sistema Único de Saúde e articular a rede de cuidado. Realizando abordagem “*in loco*”, nas ruas, realizando orientações sobre saúde, atendimentos, realização de oficinas, grupos, acompanhamentos e monitoramento dos condicionantes de saúde desta população. O Consultório na Rua articula a Saúde Mental e a Estratégia Saúde da

Família. Possibilitar o atendimento desta população com atenção à saúde é avançar na compreensão de saúde nos princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS, negando as antigas práticas higienistas.

Os serviços de Assistência Social poderiam ser incluídos como participantes e colaboradores dos processos de Reforma Psiquiátrica. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) foi regulamentada e consolidada através da criação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), no ano de 2004.

O SUAS define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política de assistência social possibilitando a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede sócio-assistenciais e, ainda, os eixos estruturantes e de subsistemas. (BRASIL, 2004, P. 39)

Segundo a PNAS/2004, o foco de atuação dos profissionais deve estar voltado aos processos emancipatórios das pessoas atendidas, buscando-se a consolidação dos direitos e ações voltadas à estruturação emocional e financeira para o indivíduo e sua família.

1.5.2. Rede de Assistência Social

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) não é o foco deste estudo, porém, ao avaliar a importância das ações intersetoriais, principalmente com a Política Pública de Assistência Social para o atendimento da demanda do CNaR, será realizado um breve relato sobre a história desta política pública e suas principais ações. Tanto no que preconiza a política nacional, quanto sobre como está constituída na cidade de Joinville, assim como foi realizado o comparativo da Rede de Atenção Psicossocial da cidade.

A história da Assistência Social no Brasil tem início com a caridade, filantropia e entidades religiosas. Na década de 40, a LDB – Lei da Boa Vontade – foi criada para atender as famílias de pracinhas da 2ª Guerra Mundial. Inicialmente, ocupava-se das questões materno-infantil, mas, gradativamente, conforme as necessidades de populações vulneráveis foram identificadas, sua abrangência cresceu. Esta instituição ligava-se aos ciclos de vida e sua atuação possuía grande

parceria com entidades não governamentais (CNBB, APAE entre outras), com destaque para o Programa Nacional de Voluntariados. Mas, após a abertura política, em 1985, e com os movimentos sociais organizados, ocorre uma grande pressão para incluir na Constituição Federal a Assistência Social como política pública. Em 1988, este direito é conquistado e a Assistência Social passa a constituir a seguridade social: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Grosso modo, pode-se definir da seguinte maneira: Saúde é universal, Previdência Social para aqueles que contribuem através dos impostos trabalhistas e a Assistência Social para aqueles que dela necessitem.

No ano de 1993, é aprovada a LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social. Em seu artigo primeiro define a Assistência Social como:

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (BRASIL, 1993)

Essa lei torna-se política pública aprovada 11 anos depois, no ano de 2004, a Política Nacional de Assistência Social, cujas ações necessárias são de responsabilidade do Estado. Pereira (2010) considera que um dos maiores desafios desta política é assegurar um projeto político-institucional que assegure as condições necessárias para diminuição da pobreza e combate a desigualdade social.

Na Política Nacional da Assistência Social, conforme BRASIL (2005), a proteção social deve garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência, acolhida e convívio familiar. Considera também que situações geradoras de necessidade de acolhida são as necessidades de separação familiar decorrentes de diversas situações como violência familiar ou social, drogadição, alcoolismo, desemprego e criminalidade.

A PNAS tem como princípios:

1. Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
2. Universalidade dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial

alcançável pelas demais políticas públicas;

3. Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidades;

4. Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

5. Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão. (BRASIL, 2005 p.32)

E seus objetivos da PNAS são:

- Prover serviços de Assistência Social, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitarem;
- Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbanas e rural;
- Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2005 p. 33)

As ações desta política pública dividem-se em graus de complexidades de proteção social: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, esta segunda em média e alta complexidade. Para melhor visualização, optou-se por realizar uma breve explanação de cada complexidade, apresentando os serviços e programas propostos no âmbito federal e como estão organizadas na cidade de Joinville.

1.5.2.1. Proteção Social Básica

O objetivo da Proteção Social Básica é prevenir situações de risco, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o

fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Tais vulnerabilidades são decorrentes da pobreza, privação ou fragilidade de vínculos afetivos e de pertencimento social.

O quadro abaixo apresenta os serviços, conforme tipificação da Assistência Social, aprovado pela resolução 109 de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social.

Quadro 03. Quadro de serviços da Proteção Social Básica da Política Nacional de Assistência Social, conforme a tipificação dos serviços da Assistência Social

Proteção Social Básica	
Serviço	Definição
Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); (<u>Funcionam nos CRAS- Centros de referência da Assistência Social</u>)	Trabalho com famílias, de caráter continuado, com o objetivo de fortalecer a função protetiva das famílias; prevenir a ruptura dos seus vínculos; promover seu acesso e usufruto de direitos e; contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Pode ser realizado por meio do estabelecimento de equipes volantes ou mediante a implantação de unidades de CRAS itinerantes.
Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;	Serviço realizado em grupos, organizado a partir da história de vida do usuário, de acordo com o seu ciclo de vida, complementar ao trabalho social com famílias, com a função de prevenir a ocorrência de situações de risco social. Pode ser classificado nas seguintes faixas etárias: <ul style="list-style-type: none"> • Crianças até 6 anos; • Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos.; • Adolescentes de 15 a 17 anos.
Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.	Objetivo de prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Serviço realizado nos domicílios dos usuários.

Fonte: Autora, com base na resolução 109 de 2009 do Conselho Nacional de Assistência Social.

A cidade de Joinville apresenta 06 CRAS – Centro de Referência da Assistência Social –, onde funcionam os PAIF; Centro de Convivência do Idoso – CCI, para idosos que não residem em áreas de CRAS ; Serviço de Referência da Proteção Básica – SRPB, localizado na sede da Secretaria de Assistência Social, para pessoas que são domiciliadas em territórios sem CRAS; Serviço de Atendimento a Pessoa com Deficiência – PCD; Serviço de Identificação Social; Programa Eco-cidadão; Programa Pelotão Mirim e; ASSIM – Assistência Social Itinerante Municipal

1.5.2.2. Proteção Especial

A proteção especial visa atender pessoas ou famílias que já tenham seus direitos violados, com foco nas questões de abandono, maus tratos físicos ou psíquicos, abusos sexuais, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. A Proteção Especial divide-se em Proteção Especial de Média Complexidade ou Proteção Especial de Alta Complexidade. A diferença entre as duas complexidades está no rompimento ou não de vínculos familiares e comunitários, sendo os serviços conforme quadro abaixo:

Quadro 04. Quadro de serviços da Proteção Social Especial da Política Nacional de Assistência Social, conforme a tipificação dos serviços da Assistência Social

Proteção Social Especial	
<i>Média Complexidade</i>	
Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)	Serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. OFERTADO NOS CREAS .
Serviço de Proteção Social para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias	Atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos. PODE SER OFERTADO NO CREAS, OU EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA, CASO A CIDADE TENHA DEMANDA ESPECÍFICA.

<p>Serviço Especializado em Abordagem Social;</p>	<p>Serviço ofertado, de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras. Crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência. PODE SER OFERTADO NOS CREAS OU EM TERRITÓRIOS EM QUE SE TENHA NECESSIDADE OU NOS CENTRO POP.</p>
<p>Serviço de Proteção Social a AdolescenteS em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC)</p>	<p>O serviço tem por finalidade prover atenção socioassistencial e acompanhamento a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas judicialmente. SERVIÇO OFERTADO NO CREAS. EM CIDADES COM MAIS DE UM CREAS PODE SER OFERTADO EM UM DELES, CONFORME DEMANDA DA CIDADE.</p>
<p>Centro POP – Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua</p>	<p>Serviço ofertado para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida. (Jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência.)</p>
<p><i>Alta Complexidade</i></p>	
<p>Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - abrigo</p>	<p>Acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. Para crianças e adolescentes: Casa-Lar; Abrigo Institucional. Para adultos e famílias: Abrigo institucional; Casa de Passagem.</p>

<p>institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; -Residência Inclusiva.</p>	<p>Para mulheres em situação de violência: Abrigo institucional. Para jovens e adultos com deficiência: Residências inclusivas. Para idosos: Casa-Lar; Abrigo Institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI). PERÍODO DE FUNCIONAMENTO: Ininterrupto (24 horas).</p>
<p>Serviço de Acolhimento em República;</p>	<p>Serviço que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas maiores de 18 anos em estado de abandono, situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados e sem condições de moradia e autossustentação. USUÁRIOS: Jovens entre 18 e 21 anos, adultos em processo de saída das ruas e idosos.</p>
<p>Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora</p>	<p>Serviço que organiza o acolhimento de crianças e adolescentes, afastados da família por medida de proteção, em residência de famílias acolhedoras cadastradas. É previsto até que seja possível o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção.</p>
<p>Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências</p>	<p>O serviço promove apoio e proteção à população atingida por situações de emergência e calamidade pública, com a oferta de alojamentos provisórios, atenções e provisões materiais, conforme as necessidades detectadas.</p>

Fonte: Autora, com base na resolução 109 de 2009 do Conselho Nacional de Assistência Social.

A cidade de Joinville possui uma rede de proteção especial de média complexidade composta pelos seguintes serviços: 03 CREAS – Centros de Referência da Assistência Social, onde é disponibilizado o serviço PAEFI, Serviço de Proteção Social para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias, Serviço de Proteção Social a Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e; Centro POP – Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Os serviços estão disponíveis na cidade conforme territórios.

A Proteção Especial de Alta Complexidade na cidade de Joinville é composta pelos seguintes serviços: Famílias Acolhedoras, Serviço de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes “Abrigo Infante Juvenil” e Serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres “Casa Abrigo Viva Rosa”. Conforme será detalhada no decorrer do trabalho, a cidade não conta com equipamentos de abrigo para pessoas em situação de rua.

1.5.3. Redes de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial

Segundo Mendes (2010), "Redes de saúde são organizações poliárquicas, de conjunto de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única (...)" (MENDES, 2010, p. 2300). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011, apresenta como diretrizes: o respeito ao ser humano; promoção da equidade no SUS; combate a estigmas e preconceitos; garantia de acesso e qualidade de serviços; humanização dos serviços; diversificação de cuidados; ênfase na territorialização e no controle social; utilização da estratégia de Redução de Danos, organizando os serviços em redes de atenção à saúde regionalizada; promoção de educação permanente e; cuidados aos usuários mediante os planos terapêuticos singulares. Objetiva a ampliação do acesso, promovendo um maior estabelecimento vínculos dos usuários e familiares aos pontos de atenção e garantia da articulação dos serviços de base territorial, através de acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção a urgências.

Os serviços que compõem a RAPS estão divididos em : *i*) atenção básica em saúde; *ii*) atenção psicossocial especializada; *iii*) atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório; *iv*) atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e; *v*) reabilitação psicossocial. Abaixo, apresenta-se quadro com os serviços e suas principais características:

Quadro 05 . Serviços da Rede de Atenção Psicossocial, conforme Portaria 3088 de 2011

Atenção básica em saúde		
	Unidades Básicas de Saúde	Serviços com equipes multiprofissionais, responsáveis por ações que abrangem promoção e a proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver atenção integral à saúde, impactando na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.
	<i>Equipes para população específicas</i> - Consultório na Rua - Equipes de apoio a Atenção Residencial de Caráter Transitório	- Consultório na Rua são equipes itinerantes de saúde que ofertam ações e cuidados para população em situação de rua. -Equipes de apoio para caráter residencial oferecem suporte clínico e apoio a estes serviços na articulação com demais redes.
	Centro de convivência	Devem ser locais de convivência oferecidos para população em geral.
	NASF	Equipe multiprofissional que atua no suporte das equipes de Saúde da Família, através de matriciamento e, quando necessário, cuidado compartilhado.
Atenção psicossocial especializada		
	Os CAPS funcionam todos na mesma lógica com equipes multiprofissionais atuando de forma interdisciplinar em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Com prioridade para atividade de grupos, de forma articulada com os demais pontos de articulação. Diferenciados por número de habitantes por município e por demanda. Acolhimento e cuidado em fase aguda .	
	CAPS I	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack. Municípios < 20.000 habitantes

	CAPS II	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender com necessidades decorrentes do uso substâncias psicoativas. Municípios < 70.000 habitantes
	CAPS III	Atende pessoas com transtornos graves e persistentes. Com funcionamento 24 horas incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica continuada, inclusive para CAPS AD. Municípios ou regiões < 200.000 habitantes
	CAPS AD	Atende adultos ou crianças e adolescentes, com necessidade decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Municípios ou regiões < 70.000 habitantes
	CAPS AD III	Atende adultos ou crianças e adolescentes, com necessidade decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Com funcionamento 24 horas incluindo feriados e finais de semana Municípios ou regiões < 200.000 habitantes
	CAPS i	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de substâncias psicoativas. Municípios ou regiões < 150.000 habitantes
Atenção de Urgência e Emergência		
Atenção Residencial de Caráter transitório		
	Unidade de acolhimento (UA) - UA infanto juvenil – unissex de 12 a 18 anos - UA adulto – unissex acima de 18 anos	Cuidados contínuos de saúde, 24 horas, em ambiente residencial para pessoas com problemas decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas. Tempo de permanência de 6 meses, definido exclusivamente pelo CAPS responsável pelo PTS.
	Serviços de Atenção em regime residencial - Comunidades Terapêuticas	Até 9 meses de internação. Serviço deve estar articulado com a UBS e CAPS, que deverá fazer a indicação para o acolhimento nesta unidade.

Atenção Hospitalar		
	Enfermarias especializadas	Tratamento hospitalar para casos graves. Deve a gestão deve ser feita pelo CAPS de referência. As internações são sempre de curtíssima duração.
	Serviço hospitalar de referência para atenção as pessoas...	
Estratégias de desinstitucionalização		
	Residências terapêuticas	Para pessoas egressas de internação em hospitais psiquiátrica ou hospitais de custódia de longa duração.
Componentes de reabilitação da rede de atenção psicossociais		
	Geração de trabalho e renda	Ações de caráter intersetorial para inclusão produtiva e profissional.
	Empreendimentos solidários	
	Cooperativas sociais.	

Fonte: Autora, com base na Portaria 3088 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011)

A Atenção Básica deve funcionar como porta de entrada preferencial da população e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde é um ponto estratégico na construção da RAPS para as equipes de Saúde Mental e para o acesso dos usuários. O entendimento da Saúde Mental como parte integrante da complexidade humana se faz necessário a todos os profissionais da área da Saúde na Atenção Básica. Essa compreensão é primordial para que atenção à saúde mental se dê de forma transversal em todos os atendimentos realizados pelos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar.

A Rede de Saúde Mental de Joinville apresenta um bom número de dispositivos que atendem a população da cidade. Neste momento histórico, apresentam-se centrada nos CAPS como serviços gerenciadores da Saúde Mental. Abaixo segue um quadro com dispositivos da RAPS da cidade de Joinville.

Quadro 6 . Quadro dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Joinville/SC

Atenção básica em saúde		
	Unidades Básicas de Saúde	- 58 UBS. No município de Joinville, funcionam 9 equipes de Saúde Mental localizadas nas sedes das Regionais de Saúde. Regionais de Saúde são centro de especialidades com território adstrito e população em torno de 60.000 a 80.000 habitantes. Estas equipes são compostas por, no mínimo, 2 psicólogos e 1 terapeuta ocupacional. Em 3 regionais as equipes são compostas por psiquiatras.
	<i>Equipes para população específicas</i>	-1 equipe de Consultório na Rua, com sede na UBS Itaum, da regional Fátima. Localizado a 6 km do centro da cidade.
	Centro de convivência	01(SOIS) – Ligado à rede especializada.
	NASF	A primeira equipe do NASF está sendo implantada na regional Pirabeiraba.
Atenção psicossocial especializada		
	CAPS II	01 – A cidade é dividida para o atendimento dos transtornos mentais e o CAPSII localiza-se na área central mais ao sul. É referência para a população do sul da cidade.
	CAPS III	01 – O CAPS III é referência de hospitalidade noturna para todos os CAPS, porém, quanto ao atendimento, é referência para a população do norte da cidade.
	CAPS AD	01 – Atende população acima de 18 anos
	CAPS AD III	Não dispõe
	CAPS i	01
Atenção de Urgência e Emergência		
	Pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências (RAU)	- SAMU 192 - 02 Prontos Atendimentos

		<ul style="list-style-type: none"> -01 UPA – - 01 Porta de Entrada Hospital – Pronto Socorro de referência para casos de crises psiquiátricas. - 01 Maternidade - 01 hospital infantil com ala psiquiátrica - 01 Hospital Geral, referência para traumatologia, neurologia e oncologia. - 01 Hospital Geral – retaguarda - UBS – (58)
Atenção Residencial de Caráter transitório		
	- UA adulto – unissex acima da 18 anos	01
	Serviços de Atenção em regime residencial - Comunidades Terapêuticas	03 CT credenciadas com a Secretaria da Saúde, porém atualmente sem pactuação de leitos.
Atenção Hospitalar		
	Enfermarias especializadas	01 Ala Psiquiátrica Adulto
	Serviço hospitalar de referência para atenção as pessoas...	01 Ala para crianças e Adolescentes
Estratégias de desinstitucionalização		
	Residências terapêuticas	01
Componentes de reabilitação da rede de atenção psicossociais		
	Geração de trabalho e renda	01 – SOIS – Serviço Organizado de Inclusão Social.
	<i>Empreendimentos solidários</i>	
	<i>Cooperativas sociais.</i>	

Fonte: Autora, com base nos dados disponíveis no site virtual da Secretaria da Saúde de Joinville.
 (www.saude.joinville.sc.gov.br, 2014)

O Consultório na Rua da cidade insere-se nessa Rede de Atenção Psicossocial, possibilitando a ponte com a Rede de Saúde da cidade para a população em situação de rua.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), na cidade de Joinville, é composta por 57 Unidades Básicas de Saúde, 03 Prontos Atendimentos (PA), 05 Hospitais (3 hospitais gerais, 1 Maternidade e 1 hospital infantil), SAMU e os serviços especializados.

Em relação aos serviços especializados, incluem-se os serviços da RAPS, conforme quadro 4; cinco equipes do Melhor em Casa; dois Centros de Especialidades Odontológicas; SIAVO (Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia e Programa de Controle de Tabagismo); NAIPE (Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial), CENTRINHO (Núcleo de Pesquisas e Reabilitação em Lesões Lábio palatais e Serviço de Saúde Auditiva); Laboratório Municipal; Unidade Sanitária (DST e AIDS, Hepatites virais, hanseníase e tuberculose); CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade e Oncologia) e; o CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador).

No que se refere à população em situação de rua, o serviço do Consultório na Rua possibilita um primeiro momento de articulação entre estas duas redes de atenção. Ou seja, possibilita que a pessoa em situação de rua, através do acesso à Rede de Saúde, seja incluído no SUS.

1.6. DE CONSULTÓRIO DE RUA PARA CONSULTÓRIO NA RUA

O Consultório de Rua foi idealizado e implantado pelo médico Nery Filho, do CETAD, vinculado à Universidade Federal da Bahia, em Salvador, no ano de 1997. O projeto surgiu da observação de que as crianças em situação de rua atendidas pelo CETAD, após procurarem o primeiro atendimento, não retornavam para a continuidade do tratamento. A equipe do CETAD realizou pesquisa etnográfica para verificação dos comportamentos e dinâmica dos meninos e meninas de rua usuários de substâncias psicoativas, observando a necessidade de ações pró-ativas por parte dos profissionais envolvidos.

Oliveira (2009) define o projeto Consultório de Rua como um dispositivo para atender os meninos e meninas de rua, através de atendimento de equipe multidisciplinar, "*in loco*". Apresentou como objetivos iniciais a prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e ações com foco na redução e na prevenção

das DST/AIDS entre crianças, adolescentes e jovens adultos. Objetivando também facilitar o acesso à rede de saúde institucionalizada, promoveu ações que favorecessem a construção e o resgate da cidadania e identificação e contato dos serviços de assistência, promovendo a articulação da rede de apoio aos usuários de drogas em situação de rua.

Durante o processo de implantação do Consultório de Rua, foi constatado que pessoas em situação de rua não conseguem adaptar-se aos moldes tradicionais dos atendimentos clínicos. Um dos principais problemas é a posição passiva dos profissionais, com horários e datas pré-determinados. Para Oliveira (2009), o Consultório de Rua atua em papel político, no sentido de articular a rede de saúde.

Atua-se na perspectiva de intermediar o acesso à saúde, introduzir os usuários na rede de saúde e social de apoio, aumentar os conhecimentos e as informações relacionadas com a saúde, bem como buscar reforçar as instituições existentes e aumentar os serviços da rede para este segmento. (OLIVEIRA, 2009 p. 69)

Neste sentido, diante da ampla gama de necessidades dos usuários desse serviço, o profissional do Consultório de Rua tem que criar novas formas de ações para promoção de saúde.

Em 2010, o Governo Federal publicou a Portaria nº 7.179/2010 que instituiu o plano integrado de enfrentamento ao *crack* e outras drogas, “*Crack, é possível vencer*” fruto de um aumento no uso de substâncias psicoativas, mas também de apelo midiático. Seus principais objetivos são:

- Estruturar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas;
- Ampliar e fortalecer as redes de saúde e assistência social para usuários de crack e outras drogas;
- Capacitar atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas aos usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas;
- Ampliar a participação comunitária nas

políticas e fomentar a multiplicação de boas práticas;

- Disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas;
 - Fomentar o desenvolvimento das ações em nível municipal, por meio da destinação de recursos;
 - Fortalecer ações de enfrentamento ao tráfico.
- (BRASIL, 2010)

Entre as ações programadas para atender tais objetivos, foi elencado o Consultório de Rua, experiência pioneira e bem sucedida por 10 anos, sendo adotado como modelo pela Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD). O edital de seleção foi realizado pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do DAPES/SAS/MS. Os projetos pilotos estavam amparados em outras duas ações para pessoas em sofrimento mental em decorrência de uso abusivo de álcool e outras drogas: a contratação de vagas em comunidades terapêuticas e a Casa de Acolhimento Transitória (CAT), atualmente denominada Unidade de Acolhimento (UA). Todas essas ações eram ligadas ao funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS AD). O foco do cuidado eram pessoas em situação de rua com uso abusivo de álcool e outras drogas.

A duração dos projetos de Consultório de Rua estava prevista para implantação e execução por no mínimo um ano, nas diretrizes do modelo do CETAD/UFBA, inclusive com supervisão de profissional do CETAD/UFBA. Ao final deste período, as equipes deveriam emitir um relatório com as atividades realizadas, número de abordagens e perfil dos usuários atendidos. A cidade poderia, ou não, continuar com o projeto.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 122 de janeiro de 2011, assumiu definitivamente o programa, realocando-o no Departamento de Atenção Básica (DAB), entendendo-o como uma “equipe de saúde para populações específicas”, seguindo os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica. Conforme a Portaria nº 2.488 de outubro de 2011, a Atenção Básica deve ser a base da saúde, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes de cuidado à saúde. As equipes de Consultório na Rua são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas de saúde da população em situação de rua. Dessa forma, possibilitam a articulação da rede, ofertando atendimento à população em situação de rua e funcionando como a porta de entrada ao

SUS para esta população.

A principal diferença observada entre Consultório *de* Rua e Consultório *na* Rua é a ampliação do campo do cuidado. O programa Consultório *de* Rua abrangeu o cuidado integral da pessoa, mas este programa estava vinculado ao serviço especializado do SUS de álcool e outras drogas (CAPS AD), o que colocava o holofote das ações e dos problemas de saúde da população em situação de rua no uso de álcool e outras drogas. Londero (2014) pontua que a mudança do Consultório na Rua da Saúde Mental para a Atenção Básica traz a mudança na diretriz estratégica do serviço.

Segundo o 1º Censo Nacional da População em Situação de Rua, de 2009, 64% da população em situação de rua faz uso de alguma substância psicoativa. Contudo, esse não pode ser entendido como o único problema de saúde e nem tampouco a causa dos problemas enfrentados por esta população. O direcionamento desse serviço para o Departamento de Atenção Básica possibilita a desmistificação do estigma destes usuários.

Goffman (1963) define três tipos de estigmas que podem ser classificados em: a) abominações do corpo (deformidades físicas); b) as culpas de caráter individual (desonestidade, distúrbios mentais, vícios, homossexualismo, etc) e; c) os estigmas tribais de raça, nação e religião. O atributo estigmatizante pode destacar-se, fazendo com que o outro se afaste, dificultando a possibilidade de atenção de outros atributos. “Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano.” (Goffman, 1963. p. 8). O estigmatizado não responde mais como indivíduo, mas como um coletivo estigmatizado. Suas características estão diretamente ligadas ao que se espera de todos com o mesmo estigma. Por exemplo, ao rotular o indivíduo como “viciado” espera-se que ele responda com comportamentos violentos, seja egoísta, pense somente nas drogas, procure apenas o prazer. Fica em evidência apenas este único comportamento e que mascara qualquer outra característica.

1.6.1 Legislação do Consultório

A construção do Programa Consultório na Rua é fundamentada em uma série de documentos, dos quais, merecem maior destaque: a) política nacional para inclusão social da população em situação de rua, de maio de 2008; b) Decreto nº 7.053/2009 – Institui a Política Nacional da População em Situação de Rua e cria

o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento das Ações para População em Situação de Rua; c) Decreto nº 7.179/2010 - Plano Integrado de Enfrentamento ao *crack* e outras drogas; d) Portaria nº 2.488/2011 que institui a Política Nacional de Atenção Básica; e) Portaria nº 122/ 2011 que institui o Consultório na Rua, e; f) Resolução nº 2/2013 da Comissão Intergestores Tripartite, que define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS.

A caracterização adotada pelo Governo Federal, comum a todos estes documentos, conceitua população em situação de rua como:

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

A Política Nacional da População em Situação de Rua caracteriza-se pela intersetorialidade e funda-se nos princípios dos Direitos Humanos calcados na: promoção e garantia da cidadania e dos Direitos Humanos; respeito à dignidade do ser humano sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais; direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade; não discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória e; supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua.

Dentre as ações previstas no âmbito da saúde, aquela com maior impacto e que necessita de mudanças profundas de paradigmas é o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços de saúde, fazendo os profissionais adequarem seus serviços às especificidades da população e não a população a seus serviços.

O Ministério da Saúde, com base na Portaria nº 3.305/2009, institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Entre as atribuições do comitê, estão: propor ações que visem

garantir o acesso à atenção a saúde à PSR; apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua; elaborar e pactuar propostas de intervenção conjuntas com as diversas instâncias e órgãos do SUS; participar de ações intersetoriais relacionadas à saúde desta população e; colaborar com a elaboração, acompanhamento e avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde.

O comitê instituído lançou a resolução nº 2, no ano de 2013, que define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com objetivos gerais de garantia do acesso à saúde, redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida e melhoria nos indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR. Outro ponto a ser destacado é a definição da implantação pelas três esferas de governo das equipes de Consultório na Rua (eCR) de acordo com a Portaria de GM/MS nº 122 de 2012. Estas equipes devem preconizar a incorporação do agente social, preferencialmente com “trajetória de rua”, observada as políticas de redução de danos.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, lançou, em 2012, o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015. O objetivo do Plano Operativo é garantir o acesso aos serviços de saúde, reafirmando as diretrizes e estratégias propostas na resolução acima. O Plano Operativo prevê ações com a definição de financiamento para cada uma delas. As ações/ estratégias estão divididas em 5 eixos: a) Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde; b) Promoção e vigilância em saúde (com foco nas ações de DST/HIV, tuberculose entre outras); c) Educação permanente em Saúde na abordagem da saúde da população em situação de rua; d) Fortalecimento da participação e do controle social e o monitoramento e; e) avaliação das ações de saúde para população em situação de rua.

Quanto ao Plano Integral de Enfrentamento ao *crack* e outras drogas, a principal contribuição foi que este previa a ampliação da rede de atenção a todas as populações que enfrentam este problema relacionado ao uso de substâncias psicoativas. Fato que culminou na contrapartida obrigatória do Consultório na Rua pelas cidades que assinaram o Termo de Pactuação.

Dentre os documentos, ainda vale destacar a moção nº 101, da 13ª Conferência de Saúde, que reconhece as limitações do SUS diante das demandas da PSR.

O Consultório na Rua é um dos programas previstos pela Política Nacional de Atenção Básica e, inclusive, recebe incentivo mensal para seu funcionamento. Portanto, segue os princípios e diretrizes desta política. Vale destacar os seguintes itens:

- Coordenar a integralidade.
- Integração de demanda espontânea e programática.
- Ações de promoção em saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das tecnologias do cuidado.
- Ter um território adstrito.
- Mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento.
- Adscriver população e criar possibilidades de vínculo.
- Longitudinalidade do cuidado.
- Acesso universal contínuo e ser resolutivo.
- Ser resolutiva, ampliar a autonomia, base do cuidado, coordenar o cuidado e ordenar as redes de atenção à saúde.

O documento que institui o Consultório na Rua, no Departamento da Atenção Básica é a Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Alguns itens são essenciais para a implantação do Consultório na Rua:

- **Modalidade da equipe:** caracterizada pelo número de profissionais e repasse de verba do Ministério para a Secretaria Municipal de Saúde. Educação continuada da equipe. O Ministério prevê 3 modalidades para constituição das equipes do consultório na rua : a) modalidade I, com 2 profissionais de nível superior e 2 de nível médio ; b) modalidade II com 3 profissionais de nível superior e 3 profissionais de nível médio; e c) modalidade III correspondendo a modalidade II acrescida do profissional médico. Todas as modalidades podem ser acrescidas de agentes sociais e agentes comunitários de saúde.

- **Objetivos e características do serviço:** Atender aos problemas e necessidades de saúde da PSR; busca ativa; cuidado de pessoa com uso de SPA; carga horária mínima de 30 horas semanais; atividade *in loco*, itinerante; cadastro dos usuários.

- **Estrutura para equipe:** veículo utilizado, uniformes, espaço físico utilizado para reuniões e guarda de material na Unidade Básica de

Saúde,

- **Ações** compartilhadas com UBS, CAPS, serviços de urgência e emergência, outros pontos de atenção.

No país, estão em funcionamento 121 Consultórios de Rua e o Ministério da Saúde realiza esforços para implantação ampla no território nacional. Com base nesta informação, foi consultado, por e-mail, o profissional técnico de referência, do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, no dia 21 de julho de 2015, sobre o número atual de Consultórios na Rua em funcionamento no Brasil, as modalidades e regiões às quais pertencem (PEDRA, 2015). Conforme o quadro 7 abaixo, o número de consultórios, por modalidade e regiões.

Quadro 7. Número de Consultórios na Rua no Brasil, por modalidade e região brasileira.

Região	Mod I	Mod II	Mod III	Total
Norte	1	1	2	4
Nordeste	6	18	6	30
Centro oeste	2	3	4	9
Sudeste	10	23	31	64
Sul	2	10	2	14
Total	21	55	45	121

Fonte: Autora, com base na tabela enviada por PEDRA, (2015)

Pedra, (2015) informou que Consultórios na Rua, sem financiamento do Governo Federal são 22, porém estes não estão regulamentados e não seguem as diretrizes da portaria.

2. PRIMEIROS PASSOS DO CONSULTÓRIO NA RUA

2.1. O PROJETO DO CONSULTÓRIO NA RUA DA CIDADE DE JOINVILLE

2.1.1. História do Consultório de/na Rua da cidade de Joinville

Em meados de 2010, o SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas – lançou a 3ª Chamada de Seleção para Consultórios de Rua realizada em parceria pela área técnica da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, DAPES/SAS/MS, para projetos de atendimento à população em situação de rua no âmbito da Política Nacional Sobre Álcool e Outras Drogas (PNAD). O Município de Joinville pleiteou sua participação com três ações referentes ao cuidado, tratamento e reinserção social de pessoas que convivem com problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA) ou vulneráveis a elas: a) a contratação de leitos em Comunidades Terapêuticas; b) criação de uma Casa de Acolhimento Transitório do tipo II, para adultos (CAT) e c) implantação do Projeto Consultório de Rua (PCR).

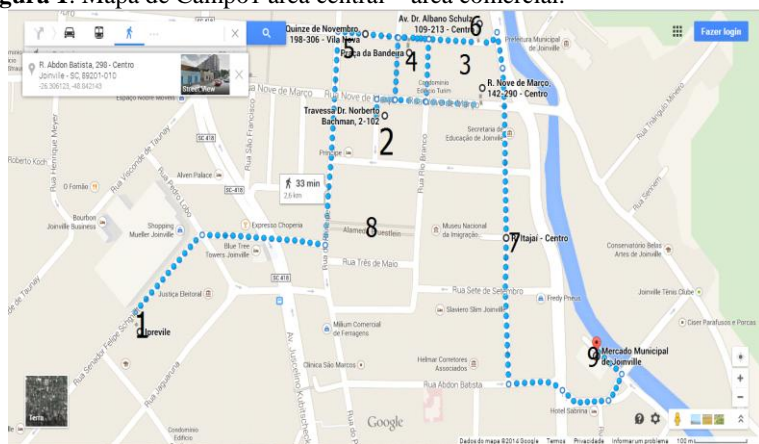
A aprovação destes projetos pela SENAD ocorreu no início de 2011 e cada projeto recebeu recursos específicos. O Consultório de Rua, em conformidade com o disposto na chamada de seleção, propunha a contratação de uma equipe técnica exclusiva para a realização das atividades, aquisição de insumos para a promoção de saúde na lógica da redução de danos (preservativos, protetores labiais, bem como materiais informativos e educativos e piteiras), os uniformes da equipe e personalização de um veículo grande (tipo van) com ilustrações e frases alusivas ao Consultório de Rua.

O Consultório de/na Rua teve quatro momentos. Três deles como Consultório de Rua, e o último como Consultório na Rua. O primeiro período abrange a realização do projeto e mapeamento no início de 2011; o segundo, no período de setembro de 2011 até o dia 14 de maio de 2012 com capacitações e atividades em campo; o terceiro, de outubro a dezembro de 2013, com a reimplantação do Consultório de Rua com duas profissionais com dedicação exclusiva e; o quarto período, que constitui objeto de análise desta dissertação, correspondente à implantação do Consultório na Rua, na Gerência da Atenção Básica (GUAB).

2.1.1.1 Primeira fase - Projeto e Mapeamento - Consultório de Rua

Durante a fase 1 de implantação do projeto, foi realizado mapeamento dos principais pontos de concentração de pessoas em situação de rua em Joinville, delimitando o território de atuação, pela terapeuta ocupacional Denise Maria Cardoso Daniel, que perdurou por 3 meses. Foram identificados 13 locais de concentração de pessoas em situação de rua, sendo todos na região central, divididos em 5 campos conforme mapas abaixo.

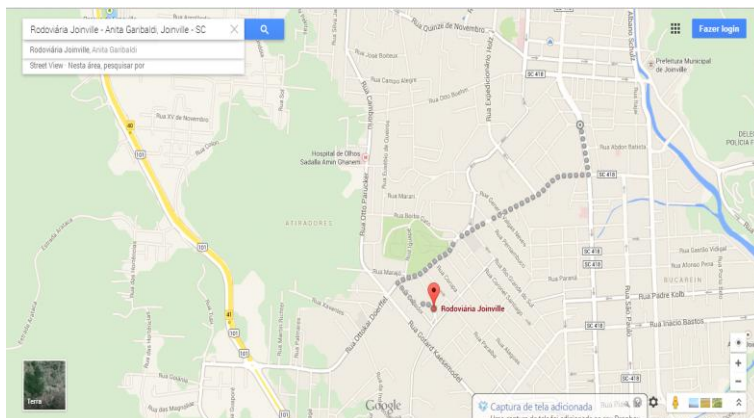
Figura 1. Mapa de Campo 1 área central – área comercial.



Fonte: Figura adaptada pela autora, retirada da página em ambiente virtual (GOOGLE MAPAS, 2014)

O campo 1 localiza-se na área mais central da cidade, onde se observam pessoas em situação de rua com uso de álcool e *crack* e profissionais do sexo (mulheres e travestis). Os locais de concentração nesta área, conforme numeração na figura, são: 1) Praça Nereu Ramos, 2) INSS, 3) Praça Abel Schultz, 4) Praça da Bandeira, 5) Terminal Urbano, 6) Praça do Antigo Correio, 7) Rua Itajaí, 8) Praça das Palmeiras e; 9) Mercado Municipal. Mesmo com os locais sendo muito próximos, há diferenças devido ao público que ocupa o território. Este campo foi o único com atendimentos durante o funcionamento do Consultório de Rua.

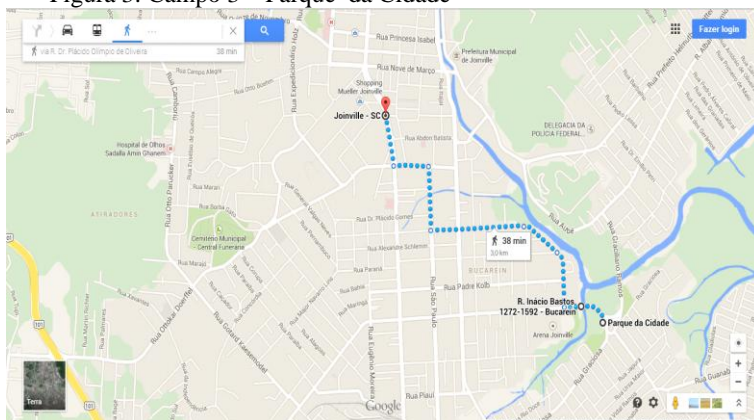
Figura 2. Campo 2 – Rodoviária



Fonte: Figura adaptada pela autora, retirada da página em ambiente virtual (GOOGLE MAPAS, 2014)

A Rodoviária é um campo isolado, com pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e *crack* e pedintes. É utilizado como local de abrigo noturno. A equipe verificou se permaneciam as mesmas características, porém foi um campo em que não houve atendimentos durante o tempo de funcionamento do Consultório de Rua.

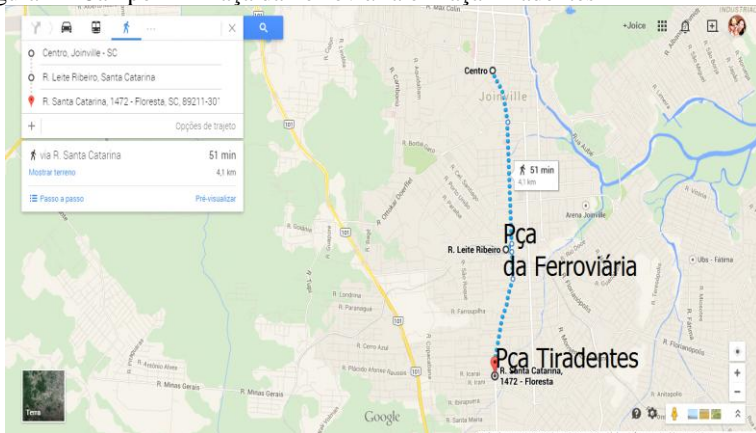
Figura 3. Campo 3 – Parque da Cidade



Fonte: Figura adaptada pela autora, retirada da página em ambiente virtual (GOOGLE MAPAS, 2014)

O Parque da Cidade foi o território em que mais ocorreram alterações entre o mapeamento e os inícios dos trabalhos. O parque consiste em 4 praças ao redor de uma grande rotatória, na Zona Sul da cidade, que foram reformadas, o que modificou a dinâmica do território. No período do mapeamento, havia pessoas que moravam embaixo das pontes do local, organizadas por um indivíduo, ocorrendo o tráfico e uso de álcool e *crack*. Contudo, quando a equipe foi à campo, não havia uso de drogas no local, nem moradores.

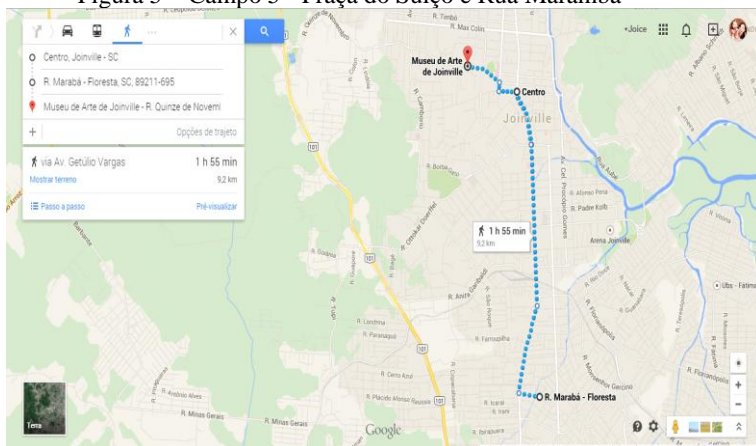
Figura 4 - Campo 4 – Praça da Ferroviária e Praça Tiradentes



Fonte: Figura adaptada pela autora, retirada da página em ambiente virtual (GOOGLE MAPAS, 2014)

No campo 4, realizou-se o mesmo procedimento para verificação de suas características. A Ferroviária permaneceu com as características do período do mapeamento. As pessoas buscavam um local protegido para dormir, assim como faziam uso de substâncias psicoativas, porém não foi possível verificar quais as substâncias de maior uso. A Praça Tiradentes teve modificação semelhante à do Parque da Cidade. Foi revitalizada e instalou-se um ponto de apoio da Polícia Militar, o que ocasionou a saída das pessoas em situação de rua do local. No período de mapeamento, este local era utilizado como pernoite, mas, durante as abordagens, não foi localizada nenhuma pessoa em situação de rua.

Figura 5 – Campo 5 - Praça do Suíço e Rua Marambá



Fonte: Figura adaptada pela autora, retirada da página em ambiente virtual (GOOGLE MAPAS, 2014)

No campo 5, a principal modificação em relação ao mapeamento inicial decorreu da presença de policiamento ostensivo com relatos de violência por parte dos policiais nestas regiões.

Desta primeira fase, duas considerações importantes podem ser evidenciadas neste trabalho. O fenômeno da violência policial, que não ocorreu somente na cidade de Joinville, fato que foi observado em várias grandes cidades que apresentavam alguma concentração de pessoas em situação de rua, e a plasticidade das cidades. As cidades modificam-se e, conseqüentemente, a população que ocupa as ruas como moradia muda seu local de concentração.

2.1.1.2 Segunda fase - capacitações e atividades em campo

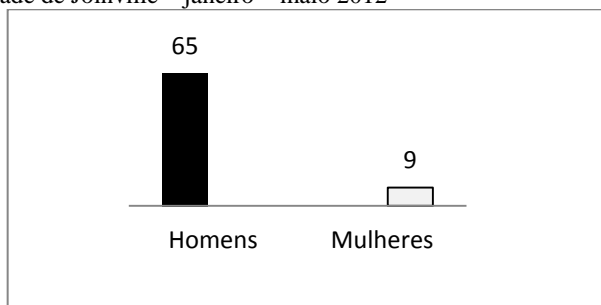
Durante a fase de implantação do serviço, a equipe realizou capacitação com a supervisão da psicóloga Talita Nunes Costa, vinculada à Aliança Redução de Danos Fátima Cavalcanti e SENAD. Foram três encontros presenciais, discussões e leituras promovidas por meio digital. Durante os encontros, a supervisora, além de promover as discussões e a organização administrativa dos processos de trabalho, também fez visitas e intervenções em campo com a equipe. A capacitação possibilitou o entendimento da dinâmica e objetivo do Consultório de Rua, das possibilidades de promoção de saúde e articulação da rede intersetorial.

A equipe inicial era composta por 11(onze) profissionais do CAPS AD, das seguintes profissões: 01 Coordenador, 01 Enfermeiro, 02 Psicólogos, 03 Técnicos de enfermagem, 01 Terapeuta ocupacional e 01 Assistente social.

As abordagens de rua aconteceram entre os meses de janeiro a maio de 2012, perfazendo um total de 74 pessoas em 121 abordagens durante 37 visitas aos campos acima descritos. Durante as abordagens, foram realizadas orientações a respeito de sexualidade, sexo seguro e DSTs; orientações sobre drogas e de saúde integral. Foram entregues insumos de redução de danos (aparelhos de barbear, preservativos masculinos e femininos) e encaminhamentos para UBS, CAPS AD, Centro POP entre outros serviços.

As pessoas abordadas pelo Consultório de Rua em situação de rua da cidade de Joinville apresentavam as seguintes características: 93% homens e 7% de mulheres de um total de 74 pessoas. A substância psicoativa de principal uso era o álcool, constituindo 56,7% de uso exclusivo de álcool, seguido de 6,7% de uso exclusivo de *crack*, sendo o uso cruzado de álcool e *crack* de 16,7% e outras combinações, que incluíam o álcool, em 20%. Ao que se refere a doenças, apenas 26 usuários referiram alguma patologia física, sendo 8 casos de HIV/AIDS, não tendo sido encontrado nenhum caso de outras doenças infectocontagiosas. A idade média dos moradores de rua da cidade de Joinville nesse período era de 36 anos tanto para mulheres quanto para homens. Não foi abordado nenhuma criança ou adolescente neste período.

Gráfico 1 Sexo das pessoas abordadas pelo Consultório de Rua em situação de rua da cidade de Joinville – janeiro – maio 2012



Fonte: Autora, com base nos mapas de campo do Consultório de Rua do período de janeiro/2012 a maio 2012.

A proporção entre homens e mulheres abordados neste período, mesmo que um pouco maior que os dados nacionais, apontam uma presença masculina maior nas ruas do que feminina. Os dados sobre sexo das pessoas em situação de rua, segundo Brasil (2009) são de 18% mulheres e 82% homens.

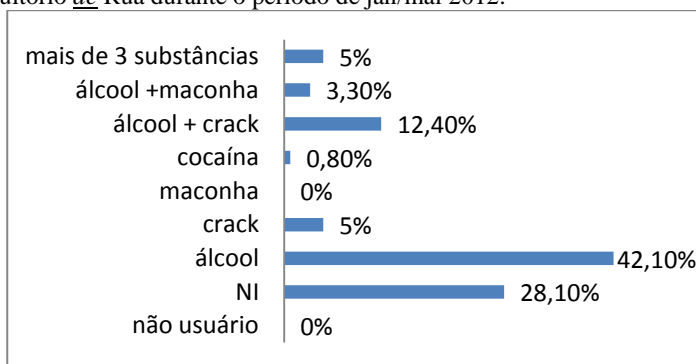
Tabela 1 . Número de usuários x abordagens no Consultório *de* Rua da cidade de Joinville realizadas no período de janeiro/2012 e maio/2012.

Usuários x abordagens	Números absolutos	Porcentagem
Usuários com abordagem única	74	61,2%
Usuários com mais de uma abordagem	39	32,2%
NI	8	6,6%
Total	121	100%

Fonte: Autora, com base nos mapas de campo do Consultório na Rua do período de janeiro/2012 a maio 2012.

O número de abordagens no período é algo que chama atenção, devido ao número de pessoas com apenas uma abordagem do serviço. A cidade de Joinville apresenta uma característica de não apresentar grandes agrupamentos de pessoas em situação de rua. Outro fato pode ser devido à característica da cidade ser de passagem para trecheiros e pessoas que estão em busca de emprego.

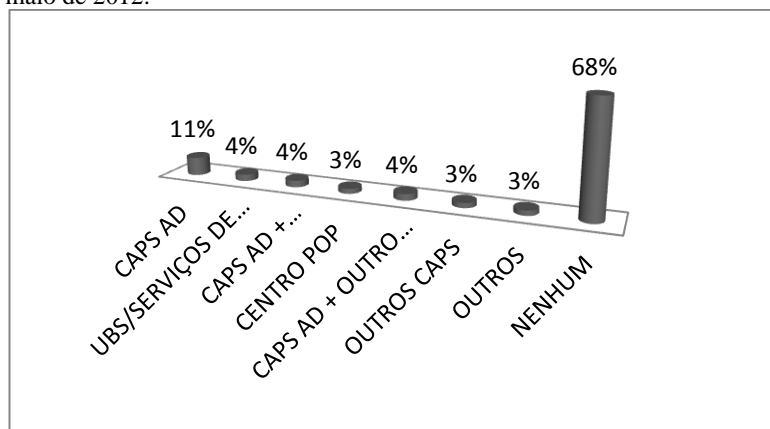
Gráfico 2 Substância psicoativa de uso referida pelos usuários abordados pelo Consultório *de* Rua durante o período de jan/mai 2012.



Fonte: Autora, com base nos mapas de campo do Consultório *de* Rua do período de janeiro - maio 2012.

Dos 74 cadastrados pela equipe do Consultório *de* Rua 42% das pessoas abordadas relataram o uso de álcool. Um percentual que deve ser compreendido à luz do fato de refletir uma abordagem única, portanto superficial, em mais de 60% dos casos. Além disso, os profissionais, neste período, além de estarem em um serviço novo, em local diferente do habitual, precisavam coletar informações que tradicionalmente não colhiam no CAPS AD.

Gráfico 3. Encaminhamentos dos usuários do Consultório *de* Rua para outros serviços, durante a abordagem de rua durante o período de janeiro de 2012 e maio de 2012.



Fonte: Autora, com base nos mapas de campo do Consultório *de* Rua do período de janeiro/2012 a maio 2012.

Os dados de encaminhamento apontam a familiarização dos profissionais com o seu próprio serviço, assim como a segurança de encaminhar para o serviço em que os usuários seriam atendidos pelos próprios “encaminhadores”.

Estes dados foram colhidos durante as abordagens de rua realizadas pela equipe do Consultório de Rua, entre os meses de janeiro e maio de 2012. Os dados do SIAPES dos Consultórios *de* Rua do Brasil concordam quanto ao sexo das pessoas em situação de rua, que é preponderantemente masculino. Destaca-se o número de encaminhamentos para o CAPS AD em Joinville, 10,7%, além dos 4,1% dos encaminhamentos realizados também para o Centro POP. Nos dados nacionais, o encaminhamento para o CAPS AD é 2,4%. O fato pode ter

relação com a constituição da equipe do Consultório de Rua da cidade de Joinville, uma vez que esta é a mesma equipe que constitui a equipe do CAPS AD. Os dados do SIAPES não indicam a substância psicoativa de uso.

O Consultório teve uma interrupção devido à falta de pagamento de horas extras aos profissionais, além da falta de identificação adequada do veículo e de uniformes. Após reunião de equipe, foi definido que o Consultório iria encerrar suas atividades e o coordenador ficou com a função de entregar o relatório final, que seria encaminhado para o Ministério da Saúde, justificando os gastos.

Entretanto, este era um dos serviços condicionantes para a implantação do plano “*Crack, é possível vencer*”, que o município de Joinville pactuou, no ano de 2013, o que demandou sua continuidade em período posterior, conforme relato que segue.

2.1.1.3 Terceira fase

O terceiro momento do Consultório *de* Rua ocorreu após a pactuação entre os meses de outubro e dezembro de 2013. Nessa fase, as duas profissionais do CAPS AD ficaram disponíveis integralmente ao Consultório. Foram realizadas mapeamento nos bairros Jardim Paraíso I, II, III, IV e V; reuniões com serviços (Centro POP, UBS, Vigilância Sanitária, PA) para pactuação de fluxos e protocolos de atendimento. Neste momento, não ocorreram abordagens de rua devido à falta de uniformes e carro. As profissionais, no início de 2014, retomaram suas atividades no CAPS AD.

O Centro POP, Centro Especializado da Assistência Social para Pessoas em Situação de Rua, estima que, na cidade de Joinville, cerca de 420 pessoas estejam em situação de rua. Dado que diverge das estimativas do 1º Censo Nacional da População em Situação de Rua, (BRASIL, 2009) que indica 274 pessoas em situação de rua na cidade de Joinville. Este serviço possui um total de 4.069 cadastros gerais. No atendimento de sua demanda, realizou no ano de 2013-2014 69 (sessenta e nove) encaminhamentos para a saúde. Os usuários do serviço utilizam como porta de entrada a UBS do Bucarein (Unidade Básica de Saúde mais próxima do centro da cidade), mas outros postos do município também atendem a demanda, sendo esse atendimento considerado bastante satisfatório. Os usuários do serviço também consideram que os atendimentos do CAPS AD, Unidade Sanitária, Hospital Regional e Hospital São José também são satisfatórios. As principais queixas de

saúde são: DSTs, doenças infectocontagiosas, doenças mentais, dependência química (álcool e outras drogas) e saúde bucal. As maiores dificuldades foram em relação às orientações em relação à saúde mental para os profissionais da Assistência Social e as divergências nos entendimentos dos procedimentos a serem realizados (CENTRO POP, 2014).

A Secretaria de Saúde não possui uma sistematização que possibilite levantamento geral dos dados acerca dos atendimentos desta população, sendo que alguns serviços fazem esta sistematização de forma independente. No tópico de serviços parceiros do serviço Consultório na Rua, serão detalhados os dados fornecidos por e-mail por cada um dos serviços parceiros.

A quarta fase, a qual será objeto de análise desta dissertação, será detalhada no próximo capítulo. Iniciou em março de 2014 e consiste na implantação do consultório na rua, na atenção básica da Secretaria da Saúde da cidade de Joinville.

2.1.2. A implantação do Consultório na Rua

O Consultório na Rua teve como marco uma reunião realizada na Gerência da Atenção Básica no dia 11 de março de 2014, da qual participaram a coordenadora do Núcleo de Apoio Técnico da Atenção Básica, a coordenadora de Saúde Mental, o coordenador do CAPS AD e esta pesquisadora, psicóloga do Consultório na Rua.

Após a conclusão da fase 3 e a reintegração da equipe, foi ofertado a todos os profissionais do CAPS AD a possibilidade de participação na nova equipe do Consultório na Rua. Apenas a psicóloga demonstrou interesse e integrou a nova equipe. Foi optado por uma equipe de modalidade I composta por 01 psicóloga, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem. O restante da equipe foi contratada em fevereiro de 2014, todos chamados da lista de espera do concurso público vigente. A equipe ficou até o mês de março atuando no CAPS AD, após todos os profissionais assumiram suas funções na Gerência da Atenção Básica. Como o serviço ainda não estava em funcionamento, a equipe foi dividida nas Unidades Básicas de Saúde e o Núcleo de Apoio Técnico da Atenção Básica. A profissional de psicologia ficou encarregada de realizar as atividades burocráticas e de articulação para implantação do serviço e os demais exerceram funções de enfermagem em unidades básicas de saúde. O serviço iniciou as atividades com os usuários em 20 de outubro de 2014.

A presente dissertação tratará das ações efetivadas entre o mês de março de 2014 e março de 2015. Com o objetivo de organização, a descrição do relato será dividida em: 1) Atividades Burocráticas; 2) Serviços Parceiros ou Necessários; 3) Território e 4) Usuários do Serviço.

2.1.3. Atividades Burocráticas

2.1.3.1. Escolha da modalidade

A modalidade do Tipo I foi feita durante a migração do Consultório *de* Rua para o Consultório *na* Rua, pelo então coordenador do CAPS AD. O Ministério da Saúde financia uma equipe de qualquer modalidade a cada concentração de 80 a 1.000 de pessoas em situação de rua.

Vale destacar que as equipes realizam atividades de avaliação e encaminhamento, mas que, muitas vezes, é necessário acompanhar o usuário, realizar reuniões, o que demanda tempo e faz com que as abordagens sejam reduzidas.

2.1.3.2. Contratação de profissionais

Exceto a psicóloga, os demais profissionais foram contratados através de concurso público. Os cargos não eram específicos para Consultório na Rua, mas generalistas para enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Após a chamada do concurso, conforme acima descrito, os profissionais exerceram suas atividades no CAPS AD por 2 meses e depois foram reconduzidos para cumprir suas atividades em unidades básicas de saúde até o dia 21 de outubro de 2014, quando se deram as atividades do Consultório na Rua. Neste período, em que os profissionais exerceram suas funções em outros serviços, um dos técnicos de enfermagem demonstrou o desejo em não participar da construção do serviço Consultório na Rua e conseguiu uma troca com outra técnica de enfermagem, que exercia suas funções no SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Os profissionais nunca haviam trabalhado com a temática de álcool e outras drogas, todos tinham experiência em hospitais ou serviços de urgência e emergência. A única com formação era a técnica de enfermagem que veio do SAMU e também possuía graduação em

psicologia.

2.1.3.3. Equipamentos

Conforme descrito acima, os motivadores do encerramento das atividades do Consultório *de* Rua foram principalmente a falta de pagamento ou acerto das horas dos profissionais, a falta de plotagem do veículo do consultório e a adequação do uniforme da equipe, pois, estes equipamentos eram essenciais para as atividades. Na nova fase do Consultório *na* Rua, além destes itens, foram solicitados kits de redução de danos e equipamentos de multimídia como projetor de som e imagem, equipamentos de fotografias e filmagens.

O uniforme da equipe, conforme recomendação do Ministério da Saúde poderiam ser jalecos com emblemas ou coletes identificados e com faixas refletivas. A opção foi pelos coletes a fim de descolar da posição de médico e paciente, e, de certa forma, aproximar usuários de profissionais. A burocracia, a dificuldade de compra de poucos números de coletes, fez com que o processo fosse demorado.

O veículo deveria ser do tamanho que possibilitasse o transporte da equipe, de material e, quando necessário, de usuários. Foi solicitada uma Kombi, conhecida pela tradição nos serviços públicos. Esta deveria ser plotada adequadamente conforme descrição do Ministério da Saúde.

O início das atividades do Consultório na Rua deu-se com outro veículo. O serviço Unidade de Acolhimento Transitória (UA) disponibilizou o compartilhamento de um veículo de 5 lugares até o momento em que o veículo próprio fosse licitado. Neste período, o enfermeiro e uma das técnicas do Consultório na Rua dirigiam o veículo. E, somente na última semana do mês de abril, o CNaR teve o veículo próprio, com motorista. Porém, a plotagem ocorreu 15 dias após o início das atividades e, quando o veículo chegou à base, os profissionais perceberam que a plotagem estava trocada. Foi adesivado com os logos do serviço de atendimento domiciliar "*melhor em casa*", e assim permaneceu até o momento de fechamento desta dissertação.

No dia 26 de maio de 2014, após dois meses do início da implantação e diante das dificuldades para liberação das compras, foi solicitada uma reunião com a Secretaria pela psicóloga do Consultório na Rua, com a participação da coordenadora interina do Núcleo de Apoio Técnico da Atenção Básica e a coordenadora da Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde. Na ocasião foi apresentado o projeto do Consultório e as necessidades de equipamento para implantação do

serviço, as dificuldades da implantação e funcionamento do serviço.

2.1.3.4. Projeto

O projeto do Consultório foi escrito por esta pesquisadora, psicóloga, profissional responsável, a fim de ser encaminhado para as devidas aprovações na Comissão Intergestores Regional de Saúde (CIR) e Conselho Municipal de Saúde (CMS). O intuito seria ampliar o projeto com a equipe, após a constituição efetiva do serviço. O projeto refazia um levantamento histórico, apresentava o plano “*Crack, é possível vencer*” e apresentava a dinâmica da implantação do serviço, assim como necessidades de equipamentos, física e de recursos humanos.

2.1.3.5. Instâncias deliberativas

O Ministério da Saúde previa duas instâncias obrigatórias de aprovação do serviço do Consultório na Rua. A aprovação pela CIR – Comissão Intergestores Regional de Saúde – e a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

A aprovação pela CIR ocorreu no dia 10 de junho de 2014. A apresentação ocorreu com a participação dos gestores e alguns técnicos das Secretarias de Saúde que estavam pleiteando aprovação de seus projetos. Ocorreram alguns questionamentos a respeito das características da população atendida, mas também muitos elogios a respeito da iniciativa do serviço. O projeto foi aprovado por unanimidade, sem problema algum.

Em contrapartida, a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (Anexo 1) foi difícil, com severas críticas e com apelação final. Após a apresentação, os questionamentos giraram em torno dos motivos da criação deste projeto, dos motivos de optarem por estas pessoas em detrimento de homens trabalhadores e, por fim, o desejo era encaminhar o projeto para CAI (Câmara de Assuntos Internos) para buscar outras explicações. No entanto, após explanação da necessidade de aprovação até o dia 27 de julho de 2014, prazo já ultrapassado, outros conselheiros pediram que o projeto fosse apoiado. Por solicitação do presidente do Conselho, o projeto foi colocado em votação, e, aprovado, posto que beneficiaria a área de Segurança Pública e, assim, foi provado pela maioria dos conselheiros da casa.

2.1.3.6. Primeiras divulgações

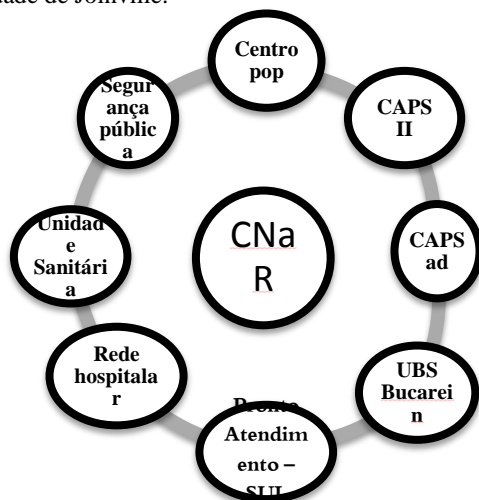
Durante o período em que se aguardava a chegada dos equipamentos, foi estabelecida a apresentação do serviço do Consultório na Rua em duas reuniões consideradas estratégicas. A apresentação para as coordenadoras das regionais de saúde do município, que reúne as 9 coordenadoras das regionais de saúde que responsáveis por todas as Unidades Básicas de Saúde do município e a reunião de colegiado da Secretaria da Saúde, que reúne todos coordenadores e gerentes da Secretaria da Saúde.

Durante a reunião com as coordenadoras das regionais de saúde, foi pactuado um fluxo (conforme Figura 06) entre o Consultório na Rua e as Unidades Básicas de Saúde, incluindo trocas de informações sobre atendimento de usuários através de formulário (Anexo 4) e acompanhamento de saúde da população em situação de rua.

2.1.4. Rede de Atendimento da população em situação de rua da cidade de Joinville – serviços parceiros.

2.1.4.1. Serviços Parceiros – Rede de Atendimento

Figura 6 Fluxograma de serviços com pactuação com o serviço Consultório na Rua da cidade de Joinville.



Fonte: autora com base nas informações fornecidas pelo serviço consultório na rua através do Livro Ata.

2.1.4.2. Assistência Social - Centro POP

Segundo a Tipificação Nacional da Assistência Social de 2009, o serviço do Centro POP é destinado a jovens, adultos, idosos e famílias que ocupam as ruas como espaço de moradia e/ou de sobrevivência. Deve ofertar convívio grupal, social para desenvolvimento e promoção de autonomia das pessoas em situação de rua.

O serviço deve ofertar guarda de pertences, de higiene, documentos, alimentação, endereço institucional. É a referência para registro dos dados da população em situação de rua, podendo ser utilizado por familiares como referência.

O Centro POP de Joinville também é conhecido pelos usuários como “Porto Seguro”, nome dado ao serviço antes da tipificação. Atualmente oferta serviços de café da manhã e banho. Os benefícios eventuais são o lanche extra, vale almoço, vale transporte, passagem de retorno à cidade de origem e cadastro único, de acordo com os critérios estabelecidos pelo serviço.

A equipe é composta por 01 coordenador, 02 assistentes sociais, 02 psicólogas, 05 educadores sociais, 02 auxiliares administrativos, 01 servente, 01 cozinheira e 01 motorista. Os educadores realizam abordagens de rua em duas “rotas” e atendem buscas ativas sob demanda.

São realizadas oficinas de violão, grupo de cidadania - Amigos da Rua -, grupo com estagiários de psicologia da Faculdade ACE, grupo de orientação a jovens, grupo de orientação a homens, grupo de alfabetização e curso de jardinagem.

2.1.4.3. A relação entre o Consultório na Rua e o Centro POP.

O serviço do Centro POP está em articulação com o Consultório na Rua, desde o início das atividades do Consultório de Rua. Inicialmente ocorreram muitas divergências, que gradativamente foram amenizadas. Os serviços possuíam entendimentos divergentes acerca da demanda atendida, mas, superados os primeiros estranhamentos, algumas pactuações foram possíveis. Durante a segunda reunião de 2014, os dois serviços aprovaram o fluxo de informações e de usuários entre os serviços. A Assistência Social tem o Centro POP como o único serviço que atende a população em situação de rua, o que a difere da Saúde, em que o serviço do Consultório na Rua funciona como mais um

serviço para atendimento da demanda e, principalmente, como articulador da rede de saúde. Outras pactuações foram definidas: reunião mensal entre os serviços para discussões de casos, troca de lista de usuários de ambos os serviços contendo informações mínimas como nome, data de nascimento e se a pessoa em situação de rua tem conhecimento ou não do outro serviço, previsão de atendimentos conjuntos entre serviços, caso se julgue necessário, para aproximações com os usuários e primazia de ações intersetoriais.

O Centro POP disponibiliza o espaço para o Consultório na Rua sempre que solicitado para realizar ações de saúde. O Consultório na Rua realizou campanhas de vacinação, verificação de sinais vitais, agendamento de testes rápidos de HIV, hepatites e sífilis em alguns usuários específicos.

Outras ações são realizadas em conjunto. A participação no Projeto na Rua com Direitos, reuniões com o Departamento de Políticas sobre Álcool e Outras Drogas e nas reuniões intersetoriais.

2.1.4.4. Saúde

CAPS AD

O serviço do CAPS AD poderia ser considerado a “mãe” do Consultório na Rua, pois foi no cerne do serviço que o projeto piloto ocorreu. Porém, com a migração do serviço para a Atenção Básica, ocorreu certo distanciamento entre os serviços. Busca-se gradativamente sua superação através da realização das reuniões e estudos de casos.

O serviço do CAPS AD é componente da rede de Atenção Psicossocial e responsável pelo atendimento a pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Conforme informações concedidas através de *e-mail* pela agente administrativo do serviço na cidade de Joinville, este tem funcionamento por 11 horas, sem fechar para o almoço e recebe em torno de 130 usuários por mês, destes uma média de 10 estão em situação de rua. A equipe atual é composta por 01 coordenadora, 06 agentes administrativos, 07 técnicos de enfermagem, 01 enfermeiro, 04 psicólogas, 01 assistente social, 03 terapeutas ocupacionais, 01 médico clínico, 01 médico psiquiatra. Os profissionais cumprem carga horária de 30 horas semanais, com exceção dos médicos que fazem carga horária de 15 horas semanais. O CAPS AD realiza diariamente atividades variadas como grupos (apoio, prevenção à recaída, orientação

em dependência química), oficinas (pintura, origami, violão) e atividades externas (coral, esporte, visitas culturais).

O usuário pode participar de atividades em modo intensivo, semi-intensivo e não intensivo. As atividades e tempo de permanência no serviço são definidos pelos profissionais e usuários conjuntamente.

O CAPS AD também gerencia a Unidade de Acolhimento Transitório (UA), responsável pela permanência de usuário por 24 horas no período de até 6 meses. Essa unidade de acolhimento iniciou as atividades no dia 23 de maio de 2014, com equipe composta por 01 psicólogo, 01 assistente social, 09 agentes administrativos, sendo que 4 deles cumprem a carga horária no período noturno. Os encaminhamentos para UA são realizados pelo CAPS AD, através de avaliação da equipe multidisciplinar, pois a Unidade de Acolhimento é um serviço do CAPS AD e não possui porta de entrada direta.

Em abril de 2015 foi realizada reunião para apresentação do serviço do Consultório na Rua. Após esta reunião, a coordenação do CAPS AD definiu uma equipe de referência específica para atendimento da população em situação de rua para que fossem facilitados os estudos de casos e o acompanhamento das especificidades das pessoas em situação de rua.

Unidade Sanitária

O serviço da Unidade Sanitária tem os programas de DST/AIDS; Hepatites Virais; Hanseníase; Tuberculose e realiza exames de HIV, sífilis e hepatite. O primeiro contato ocorreu durante a apresentação do Consultório na Rua na reunião do colegiado da secretaria da saúde.

No dia 07 de novembro de 2014, com o início das atividades do CNaR ocorreu a primeira reunião entre os serviços. Estavam presentes todos os serviços da unidade sanitária, foi apresentado o serviço do Consultório e pactuado ações com cada serviço, dentro das possibilidades.

O serviço de tuberculose pactuou a troca de informações em relação a usuários, tratamento e diagnósticos com objetivo de maior adesão ao tratamento. Atualmente o fluxo ocorre normalmente, o serviço sempre entrando em contato através de *e-mail* para buscas ativas de usuários. Acolhem as necessidades do consultório na rua por exames de escarro, consultas e, quando necessários, outros exames. Não há nenhuma condição para que o usuário dê entrada no serviço.

O serviço de hanseníase informou que na cidade de Joinville não

havia nenhum usuário em situação de rua com diagnósticos positivo para hanseníase. Mas ofertou a sala de procedimentos de enfermagem para o CNaR. Não impôs nenhuma condição para que usuários chegassem ao serviço para início do tratamento.

O serviço de hepatites virais realiza processo de diagnóstico e tratamento para pessoas acometidas de hepatites virais do tipo A, B, C, D e E. Foi estabelecido que o acesso é direto do Consultório na Rua ao tratamento logo após o diagnóstico. Sem necessidade de documentos.

Já com o serviço DST/AIDS, o principal problema é a resolução municipal, embasada em uma resolução federal, que prevê que a medicação será dispensada apenas se o usuário apresentar documentação.

Nesta reunião foi pactuado que o Consultório na Rua realizaria os testes rápidos para Hepatite B e C, sífilis e HIV. Os testes seriam disponibilizados pela Unidade Sanitária conforme necessidade da equipe do Consultório na Rua.

Pronto Atendimento (PA)

A reunião de pactuação do Consultório na Rua com os serviços de pronto atendimento da cidade ocorreu ainda durante a fase de Consultório de Rua. Na cidade de Joinville, estão em funcionamento 2 prontos atendimentos (PA) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Todos funcionam 24 horas e disponibilizam consultas médicas e odontológicas.

Os usuários do Consultório na Rua relatam preferir a utilização do serviço do PA – Sul, onde se sentem mais bem atendidos. Recentemente, o Consultório na Rua realizou 04 encaminhamentos para o PA, em geral acompanhando o usuário. Além disso, a equipe também recebe telefonemas de profissionais para possibilitar suporte em processos de alta a pessoas em situação de rua.

Hospitais

A cidade de Joinville possui 4 hospitais públicos e 01 hospital filantrópico que atende pelo SUS. Sendo os hospitais públicos: 01 maternidade, 02 hospitais gerais e 01 hospital infantil. O hospital filantrópico é hospital e maternidade.

Maternidade: Durante o período da pesquisa, 01 usuária recebia

atendimento compartilhado entre maternidade e Consultório na Rua.

Hospital infantil: Não ocorreu reunião de pactuação e não teve nenhum usuário atendido pelos dois serviços.

Hospitais Gerais: O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt é estadual e referência para infectologia, cardiologia e psiquiatria. Realiza cirurgias eletivas de grande porte. Foi realizada reunião de pactuação e troca de informações.

Hospital Municipal São José: é referência em neurologia, ortopedia e traumatologia e oncologia. Os usuários procuram o hospital com frequência devido à localização central. Ocorreram reuniões e troca de informações sobre usuários do serviço.

Hospital e Maternidade Bethesda: Não ocorreu pactuação.

CAPS II e CAPS III

O serviço dos CAPS atendem usuários com transtornos mentais graves e severos. Os usuários são atendidos nestes dois serviços devido à localização da residência, separando a cidade entre norte e sul. O território do Consultório na Rua é prioritariamente a região central da cidade, que é a região de abrangência do CAPS II.

O serviço do consultório na rua foi apresentado, em reunião para os dois CAPS. O CAPSIII durante a realização da pesquisa não atendia nenhuma pessoa em situação de rua, já o CAPSII atende em média de 02 usuários em situação de rua por mês.

O Consultório na Rua e o CAPS II realizam uma reunião por mês para discussão de casos.

Unidades Básicas de Saúde

Conforme o site oficial da Secretaria Municipal da Saúde do município de Joinville, a rede de Atenção Básica dessa cidade é dividida em 9 Regionais de Saúde e um total de 53 Unidades Básicas de Saúde, sendo 41% de Estratégia de Saúde da Família.

O acordo com as unidades básicas de saúde (UBS) ocorreu através das coordenadoras de saúde, conforme descrito acima no item de divulgação. No momento, acertaram-se dois pontos: o fluxo de

informações de atendimento entre os serviços (Figura 6) através de notificação por *e-mail* e o fluxo de entrada nos serviços de saúde das pessoas em situação de rua, sem a necessidade de entrada pelo Consultório na Rua (Anexo 4).

Para o segundo semestre de 2015, estão agendada duas capacitações: a capacitação de todas as agentes comunitárias de saúde para que elas façam o cadastro das pessoas em situação de rua dos seus territórios e o circuito de rodas de conversa em todas as UBSs da cidade para informar sobre o serviço e discutir casos.

2.1.4.5. Segurança Pública

O Departamento Municipal Antidrogas, - em fase de alteração para Departamento de Políticas sobre Álcool e Drogas, integra a Secretaria de Proteção Civil e Segurança Pública de Joinville. Dentre suas atribuições, é o gerenciador do Comitê Gestor Municipal do Programa “*Crack, é possível vencer*”. Outro destaque é a o planejamento, implementação e integração das ações sobre álcool e drogas do município.

O departamento possui uma equipe técnica composta por 01 psicólogo, 01 coordenador e uma 01 gerente. As reuniões do comitê gestor, do qual o Consultório na Rua é participante, realizam-se mensalmente, visando coordenação e articulação dos programas, projeto e ações que realizam ações de prevenção de uso de álcool e outras drogas e o cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas.

2.1.4.6. Encaminhamentos realizados à Rede de Atendimento da População em Situação de Rua

No período entre outubro de 2014 e maio de 2015 ocorreram poucos encaminhamentos do Consultório aos serviços parceiros. Os fatores identificados foram diversos, entre o desejo dos usuários ou a inexistência de fatores encaminhadores, como queixas de doenças. Abaixo tabela de encaminhamentos do serviço.

Tabela 2. Tabela de encaminhamentos de usuários atendidos pelo Consultório na Rua no período de 21 de outubro de 2014 e 28 de maio de 2015.

Serviço	nº de encaminhamentos
UBS	34
CAPS AD	16
Centro POP	10
P.A.	4
Programa Tuberculose	4
Defensoria Pública	3
Hospital Regional	3
Hospital São José	3
Maternidade	2
Programa HIV	2
Programa Hepatite	1
UA	1
CAPS II	1

Fonte: Autora, com base nas informações dos mapas de campo disponibilizados pela equipe do consultório na rua.

2.1.6. O Território

A definição do território deu-se através dos dados de abordagens da fase de Consultório de Rua, ocorrido no ano de 2012. Definindo-se que o primeiro território seria a Região Central da Cidade, com maior concentração de pessoas em situação de rua.

O serviço do Consultório atende pedidos de outros serviços para realizar buscas ativas a pessoas em situação de rua da cidade, que estão afastadas da Região Central. Ou as denúncias realizadas pela população da cidade, que identifica alguma pessoa com necessidade de saúde.

2.1.7. Os Usuários do Serviço

A população em situação de rua da cidade de Joinville tem estimativa de 274 pessoas, conforme o 1º Censo Nacional da População em Situação de Rua (BRASIL, 2009). Os dados foram colhidos por

pesquisadores entre os anos de 2007 e 2008 publicados em 2009. Nestes dados não foram disponibilizados detalhes das características desta população como idade, sexo, e demais informações acerca dos usuários contabilizados.

Os dados disponíveis pelos órgãos públicos apresentam divergência. Segundo informações disponibilizadas pelo Centro POP, foram atendidas 417 pessoas no ano de 2013. Já os dados do Consultório na Rua entre os dias de 21 de outubro de 2014 até 30 de maio de 2015 foram realizados cadastro de 252 pessoas, sendo que 40% destes tiveram mais de uma abordagem.

Para realização desta pesquisa, foram utilizados os dados disponíveis pela equipe do Consultório na Rua entre o período de outubro de 2014 e 30 de maio de 2015, ou seja, o universo de 252 pessoas em situação de rua da cidade de Joinville.

3. METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um estudo de caso que apresenta como pano de fundo a implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville. Tal experiência é decorrente da experiência da profissional de psicologia do Consultório na Rua da cidade de Joinville, SC, que participou do serviço a partir da segunda fase do programa até a fase atual. O relato abrange a implantação do Consultório, vinculado ao Departamento de Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde da cidade, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.

Para Yin (2005), estudo de caso é uma investigação empírica, um método que abrange tudo: planejamento, técnicas de coleta de dados e análise dos dados. O objeto do estudo de caso deve ser analisado dentro de suas contingências. É utilizado para investigar um problema específico e, portanto, adequa-se a problemas práticos. Deve ser descritivo e detalhado para que seja possível a elucidação do problema. Yin (2005) define o estudo de caso como único e múltiplo. Nesta pesquisa foi utilizado o estudo de caso de modo intrínseco, ou seja, quando o pesquisador tem interesse especial em um determinado caso.

O presente estudo de caso inclui a estruturação do serviço e as ações para um serviço destinado à promoção e o cuidado da saúde de pessoas em situação de rua. A pesquisa seguiu os tópicos de sistematização da literatura sobre as ações de saúde da referida população e a compreensão da gestão de serviços de saúde, compreendendo seus desdobramentos burocráticos e negociações políticas internas à Secretaria da Saúde e demais políticas públicas.

O objeto de estudo é o processo de implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville, SC. A metodologia utilizada é pesquisa qualitativa através de observação participante. Muitos autores dedicam-se a conceituar ou a assinalar o que é fundamental para a realização de uma pesquisa qualitativa do tipo observação participante. Segundo Teixeira (2010), esta metodologia faz com que o pesquisador não permaneça passivo ao fenômeno, ocorrendo a modificação do pesquisador e dos participantes. Para Marconi e Lakatos (2011), o pesquisador utiliza os sentidos para colher os dados e examinar os fatos e fenômenos que se deseja estudar. Para estes autores, a observação pode ser natural ou artificial. Natural seria quando o pesquisador pertence à mesma comunidade ou grupo que investiga e artificial quando se insere no grupo para realizar a pesquisa. Segundo Oliveira (2010), a pesquisa participativa exige do pesquisador compromisso e

envolvimento com a população participante. Para Oliveira (2010), a observação participante visa perceber o objeto além das aparências. Martins (2005) postula, baseada em Lane e Sawaia (1991), que a pesquisa participante é a convergência de três vertentes. Vertente educativa, oriunda da crítica sobre o papel da Educação, vertente social-militante, relacionada ao movimento da sociedade civil e vertente epistemológica, na empreitada de pesquisadores romperem com a tradição positivista da pesquisa social.

Para a pesquisa participante, deve-se seguir 4 passos: análise da estrutura social e determinação dos grupos-chave; seleção de temas e enfoques, segundo o nível de consciência destes grupos; articulação das raízes históricas da estrutura social e regional; e restituição dos resultados dos grupos-chaves para dinamizar sua ação.

A pesquisa qualitativa, segundo Teixeira (2013), consiste em aprofundar a compreensão do contexto situacional, indicando a sequência dos fatos ao longo do tempo, não havendo hipóteses fortes no início da pesquisa e utilizando-se de diversas fontes de dados. Outros pontos que valem destacar a respeito desta modalidade, segundo a autora, é a possibilidade de uma maior proximidade do pesquisador com os fenômenos estudados, o ponto de vista do pesquisador é interno à organização do fenômeno e necessita de uma maior ênfase na interpretação do entrevistado em relação à pesquisa. Para Oliveira (2010), a pesquisa qualitativa ou abordagem qualitativa pode ser conceituada como sendo um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico ou segundo sua estruturação. Compreende a utilização de revisão de literatura, observação, entrevistas e análise de dados e é apresentada de forma descritiva. Para tal pesquisa, faz-se necessário fazer um corte epistemológico, ou seja, uma delimitação de tempo e espaço.

Uma das importantes ferramentas da pesquisa qualitativa são as entrevistas semi-estruturadas, que consistem em um roteiro pré-estruturado, porém com a possibilidade de o entrevistador acrescentar outras perguntas. Desta maneira, é possível complementar as informações fornecidas pelo entrevistado. Para Boni e Quaresma (2005), o objetivo de utilização de entrevistas é colher dados que não poderiam ser obtidos através da análise de documentos ou por observação. Traz um apanhado de dados subjetivos, que diz respeito a valores, atitudes e opiniões dos entrevistados. Para estes autores, as entrevistas semi-estruturadas consistem em um conjunto de perguntas abertas e fechadas

que podem ser complementadas por perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou necessitam ser delimitadas, caso o entrevistado tenha “*fugido*” do tema ou apresente dificuldades. As principais vantagens da utilização deste tipo de entrevista é um aprofundamento melhor sobre o tema e uma maior vinculação entre o entrevistado e o entrevistador, possibilitando respostas espontâneas em consequência uma amostra de melhor qualidade. Em desabono, estão incluídas as limitações do pesquisador e uma possível desconfiança do entrevistado sobre o sigilo, que poderia fazê-lo esconder algumas informações por receio de ser identificado.

Quanto à organização do campo de pesquisa, Cervo et al (2007) sugerem as seguintes etapas: a) traçar a entrevista delimitando o objetivo a ser atingido; b) obter o conhecimento prévio acerca do tema; c) marcar horário, data e local previamente com o entrevistado; d) criar condições para garantir o sigilo; e) escolha do entrevistado de acordo com a familiaridade ou autoridade no assunto; f) fazer o roteiro da entrevista e traçar um número de entrevistados que assegure a qualidade da pesquisa e g) Realizar a leitura do termo de consentimento e livre esclarecido (TCLE) para o participante, que, ao consentir e ter esclarecido demais dúvidas, o assina.

3.1. LINHA TEÓRICA DE ANÁLISE

Para análise das entrevistas e dados disponibilizados, foi utilizado o entendimento, conforme Oliveira (2005, p. 26), que a “*singularidade se constrói na universalidade e, ao mesmo tempo e do mesmo modo, como a universalidade se concretiza na singularidade*” (OLIVEIRA, p.26, 2005).

O sujeito é um ser social, construído através e mediado por suas relações. Para analisar esta implantação, é necessário compreender a quem este serviço destina-se. Compreender a população em situação de rua da cidade de Joinville exige compreender as relações que estes sujeitos construíram ao longo de suas vidas e que os conduziram às ruas, assim como as relações estabelecidas entre estes, sua saúde e os serviços de saúde.

Para compreender uma realidade não basta estar inserida nela, pois esta imersão pode dificultar a compreensão, impedindo uma reflexão crítica da realidade. “É preciso considerar-se, sim, as manifestações fenomênicas mais imediatas dos fatos da realidade em que se pretende atuar, mas considerá-las como ponto de partida e de

chegada da investigação” (OLIVEIRA, p.36, 2005). Para Martins (2005), é preciso ir além do que está aparente no fenômeno.

Para Gonçalves (2005), toda a produção humana é elaborada e constituída historicamente e mediadas nas condições concretas vividas pelo Homem. Esta pesquisa orienta-se e constitui-se na materialidade de seu tempo, dentro de condições e relações atuais construídas historicamente. “As ideias produzidas em um momento histórico determinado representam as contradições da base material da sociedade, expressando os interesses concretos das classes sociais” (GONÇALVES, p. 87, 2005).

Por fim, Martins (2005) aponta que toda pesquisa acaba produzindo uma melhoria na realidade. O pesquisador tem que saber sobre sua intenção da pesquisa.

3.2. TECNOLOGIAS UTILIZADAS

Diário de campo: As observações da pesquisadora foram registradas em um diário de campo. Neste instrumento registraram-se todos os passos necessários para implantação do serviço, as dificuldades e potencialidades, assim como as percepções de reuniões, encontros, campo de trabalho e demais atividades sobre a experiência vivida. O período de registro iniciou-se em Março de 2014 e findou-se em abril de 2015, com o serviço implantado e em pleno funcionamento.

Entrevistas semi-estruturadas: Foram realizadas entrevistas com 2 grupos de pessoas: o primeiro grupo composto por 5 usuários do serviço Consultório na Rua. E o segundo composto por profissionais (apêndice 3): a) a equipe atual do consultório na rua (apêndice 4), b) dois profissionais da secretaria da saúde do município de Joinville (apêndice 5) e c) um profissional ligado à gestão federal do serviço (apêndice 6).

Documentos: três documentos do serviço compuseram a análise juntamente com as entrevistas: 1) mapas de campo com registro dos dados dos usuários atendidos diariamente pela equipe do Consultório na Rua; 2) Livro Ata das reuniões do Consultório na Rua e 3) Livro de Registro das Atividades Diárias da equipe do Consultório na Rua da cidade de Joinville – período de 21/10/2014 e 21/01/2015.

3.3.PARTICIPANTES DA PESQUISA

Detalhamento dos participantes da pesquisa e entrevista.

Objetivando facilitar os grupos entrevistados, optou-se por descrever as características de cada grupo e o objetivo a ser atingido com as entrevistas.

Grupo 1 - Usuários do serviço consultório na rua

Objetivo: Levantar o histórico das pessoas que estão em situação de rua, os cuidados de saúde que realizam, as dificuldades de saúde e as expectativas em relação aos cuidados por uma equipe de saúde. Inicialmente, foi pensado nos seguintes critérios para seleção dos usuários.

- Critério de proporção mulheres e homens e atendidos. (1 mulher e 4 homens);
- Critério de proporcionalidade do uso de substâncias psicoativas. Quanto aos homens atendidos: 1 uso de exclusivo de álcool, 1 de álcool e *crack*, 1 de mais de três substâncias e 1 sem uso de substância. A mulher será de uso de álcool e *crack*, pois constitui o maior número de mulheres abordadas;
- Critério de vinculação do usuário com o serviço: tempo de atendimento e número de encontros e encaminhamentos realizados pelo Consultório na Rua.
- Critério de tempo em situação de rua: maior que 2 anos em situação de rua e na cidade de Joinville;
- Critério de voluntariedade: os usuários serão convidados através de contato pessoal entre a pesquisadora e o entrevistado. Serão selecionados apenas os usuários que aceitarem participar da pesquisa de forma voluntária.

O critério tempo de rua foi modificado no decorrer da pesquisa, devido a usuários que voluntariamente desejaram participar da entrevista, assim que tiveram conhecimento da pesquisa.

- Grupo 2

Equipe atual do Consultório na Rua

Objetivo: Obter informações acerca das dificuldades, potencialidades e percepções acerca do serviço;

A equipe é do tipo modalidade I, ou seja, composta por 4 profissionais, 2 de nível médio e 2 de nível superior. Porém a pesquisadora integra a equipe, logo está excluída das entrevistas. As

entrevistas são individualizadas e ocorrem na Unidade Básica de Saúde que o serviço utiliza como base.

Dois profissionais da Secretaria da Saúde:

Objetivo: Obter informações sobre dificuldades, potencialidades e percepções acerca da implantação do serviço e sobre as ações atuais do serviço no Município de Joinville;

Os entrevistados foram selecionados por dois critérios. O primeiro critério, devido a sua participação na fase de implantação do Consultório de Rua ou do Consultório na Rua. O segundo, em decorrência de sua ocupação atual na Secretaria de Saúde, que exerce influência nos processos de trabalho do serviço Consultório na Rua.

Os selecionados foram o atual coordenador de Saúde Mental do município de Joinville, que na época da implantação do projeto piloto estava na coordenação do CAPS AD e do Consultório de Rua. E a atual coordenadora do Núcleo de Apoio Técnico da Atenção Básica, que, durante a migração do Consultório na Rua para a Atenção Básica, esteve na coordenação da implantação e, atualmente, realiza suporte técnico ao serviço.

As entrevistas ocorreram na Secretaria de Saúde, com data e horário agendados antecipadamente com duração aproximada de uma hora, conforme acordo e disponibilidade do participante.

Profissional vinculado em algum momento ao Ministério da Saúde que participaram ativamente do processo de implantação do Consultório de Rua e do Consultório na Rua, respectivamente.

Objetivo: Obter informações sobre dificuldades, potencialidades e percepções acerca da implantação do serviço nacionalmente e sobre motivações e percepções sobre a migração para a Atenção Básica.

O profissional selecionado é o atual apoiador do Ministério da Saúde, no departamento de Atenção Básica que fornece suporte técnico a atual equipe do Consultório na Rua da cidade de Joinville.

3.4. AS ENTREVISTAS

Para realização das entrevistas, optou-se por um questionário semi-estruturado, (Apêndices 01, 02, 03 e 04). Conforme descrito anteriormente, é um instrumento que possibilita ao pesquisador

aprofundar as questões que não ficaram claras ou que necessitem de maiores esclarecimentos.

As entrevistas com os usuários foram realizadas nos seguintes locais: 01 no CAPS AD, 03 no Centro POP e 01 em uma calçada, durante uma saída de campo da equipe. As entrevistas com gestores municipais foram realizadas nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Joinville. A entrevista com o gestor federal foi realizada através de vídeo conferência através do programa de computador SKYPE®. Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho digital e transcritas.

As entrevistas tiveram o tempo máximo de 40 minutos. Os riscos apresentados foram baixos, o cuidado com os usuários deu-se através do cuidado com temas que envolvessem suas histórias de vidas, que possuíam grande carga emocional envolvido.

Os usuários não tiveram custo algum, nem receberam vantagens financeiras. Todos os usuários foram orientados e esclarecidos em relação à pesquisa, através da leitura do TCLE (apêndice 05), que apresentou a garantia de sigilo e possibilidade de desistência sem ônus ao participante.

Análise das entrevistas

As entrevistas foram analisadas em dois conjuntos. As entrevistas dos usuários e as dos profissionais. Para análise, foram seguidos os passos sugeridos pelo método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977), realizando-se uma leitura flutuante inicial para iniciar a constituição de categorias. Para Bardin (1977) categorias consistem no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. Foram estabelecidas categorias iniciais, definidas através de um conceito norteador. Depois de agrupadas, foram criadas as categorias intermediárias para, somente depois de novamente construir conceitos norteadores, estabelecer as categorias a serem trabalhadas.

As categorias finais das entrevistas dos usuários foram as seguintes: **1.Percurso de caminho às ruas, 2.Relação com serviços de saúde, 3.Saúde e 4.A Relação com a rede de saúde e o com o Consultório na Rua.** As categorias finais das entrevistas com os profissionais foram: **1. Composição da equipe, 2. A implantação. 3. A contribuição destas equipes do Consultório para o SUS e 4.Situação atual da equipe.**

Dados do serviço Consultório na Rua: Análise dos dados produzidos no período do primeiro semestre de atuação do Consultório na Rua, acerca das características dos usuários abordados e atendidos pelo serviço. São utilizados os dados do mapa de campo, tabelados e analisados em comparação com dados nacionais e municipais de Saúde. Estes são compostos por: sexo, idade, tempo na rua, situação em que se encontram na rua, substância de uso, tempo de rua, encaminhamentos realizados para outros serviços, doença referida e insumos entregues, assim como o número de abordagens realizadas em cada saída de campo. Outra fonte é o Livro de atividades diárias da equipe de consultório na rua (RADS) produzido pela equipe em cada saída de campo. Nele estão contidas impressões sobre o dia, dificuldades encontradas, usuários abordados, principais informações colhidas durante as abordagens, características dos usuários e ações realizadas. Para avaliação deste diário, foram utilizado os três primeiros meses de abordagens, que consistem o período de 21 de outubro de 2014 e 21 de janeiro de 2015.

3.5.PROCEDIMENTO ÉTICOS

A pesquisa passou por aprovação do Setor de Projetos e Pesquisa da Secretaria da Saúde da cidade de Joinville – Progesus (Anexo11) e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) pelo número da CAAE 42863215.7.0000.0121 , no dia 25 de maio de 2015.

Todos participantes da pesquisa tiveram a garantia do sigilo assegurado, leram e assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 05), conforme orientação da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4. ANÁLISES DOS DADOS

4.1. PANORAMA GERAL DO CONSULTÓRIO NA RUA DE JOINVILLE

O Consultório na Rua, por definição da Portaria 122 de 25 de janeiro de 2011, é um serviço itinerante de saúde para atendimento à população em situação de rua. Componente da Rede de Atenção à Saúde, da atenção primária, e integra a Rede de Atenção Psicossocial. Também por definição população em situação de rua é:

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

Conforme dados disponíveis em BRASIL (2009), este grupo de pessoas vive em condições precárias de saúde, higiene e nos limites inferiores da pobreza.

O Consultório na Rua da cidade de Joinville iniciou suas atividades diretamente com os usuários no campo no dia 21 de outubro de 2014. A sede do serviço é a Unidade Básica de Saúde – Bucarein (UBS Bucarein), localizada na Região Central da cidade, local com maior número de pessoas em situação de rua. Inicialmente, a sede localizava-se na Unidade Básica do Itaum, que fica a 6 km do centro da cidade. Esta sede era provisória até que fosse liberado espaço físico na UBS da Região Central. Tal localização possibilita que o serviço, além de ser itinerante, também mantenha uma porta de entrada física, onde o usuário possa, a partir de sua necessidade, dirigir-se até a equipe.

A equipe é de modalidade tipo I, composta por 01 enfermeiro, 01 psicóloga, 02 técnicas de enfermagem, que cumprem uma carga horária de 30 horas semanais, de segunda-feira a sexta-feira, sendo 6 horas diárias, em turnos alternados. O meio de transporte utilizado pela equipe é uma Kombi. Há também um motorista à disposição.

Para análise da atuação do serviço, os conteúdos analisados foram

do livro de registro, Livro de Relato das Atividades Diárias do Serviço (RADS), e Livro ATA das reuniões da equipe do Consultório na Rua com outros serviços de saúde e de demais políticas públicas da cidade.

Objetivando verificar as necessidades e a relação das pessoas em situação de rua com sua saúde além da percepção sobre a rede de saúde, realizou-se entrevistas com os cinco usuários do serviço. As entrevistas com profissionais do serviço e entrevistas com gestores da esfera municipal e da esfera federal tiveram o cunho de analisar a percepção sobre a implantação do trabalho realizado e sobre a política pública de saúde para população em situação de rua.

4.2. RELAÇÃO DO SERVIÇO COM OUTROS SERVIÇOS, EQUIPAMENTOS, E PROJETOS

Dentre os objetivos do Consultório, elencados na Portaria 122 de 25 de janeiro de 2012 e na Política Nacional de Atenção Básica (2011), dois precisam ser destacados. O objetivo de possibilitar a assistência à saúde das pessoas em situação de rua e o de articulação das políticas públicas em prol da saúde destas pessoas.

Para uma melhor visualização, a articulação do serviço Consultório na Rua dentro do SUS com demais equipamentos que atendem à população em situação de rua foi realizada através de descrições de ações realizadas entre serviços da cidade e o Consultório na Rua através da análise do livro ATA e do Livro RADS. Assim como ao avaliar uma família, os serviços de saúde utilizam o ecomapa, que possibilita visualizar as relações e ligações da família e de seus membros com o bairro em que vivem, instituições que frequentam, amigos, familiares entre outras formas de equipamentos que possibilitam o apoio aos membros familiares. Tais documentos podem demonstrar as relações importantes, como são utilizados, quais podem auxiliar a potencializar as famílias. As famílias com pouca conexão com a comunidade necessitam de maior investimento da equipe.

Realizando uma transposição simples, poderiam ser identificados quais são os parceiros, ou seja, os serviços da rede de saúde, ONGs, universidades, assistência social e demais entidades que compõem a rede do Consultório na Rua. Da mesma forma que as famílias com pouca conexão estão mais vulneráveis, os serviços com pouca conexão permanecem isolados. As conexões entre os serviços possibilitam uma melhoria na qualidade do cuidado para os usuários, facilitando a construção de suas redes de proteção.

O Livro ATA compreende o período de 14 de março de 2014 a 30 de junho de 2015 e o Livro de Relato das Atividades Diárias do Serviço (RADS), o período de 21 de outubro de 2014 até 30 de março de 2015. A análise foi dividida em três conjuntos de ações: *Ações com usuários, Encaminhamentos e Articulação da rede de apoio.*

4.3. O QUE NOS DIZ O LIVRO ATA?

Nas informações contidas no Livro ATA até a data de 30 de junho de 2015, foram registradas 24 reuniões, conforme quadro abaixo:

Quadro 8 - Reuniões com registro no Livro ATA do Consultório na Rua de Joinville.

Serviço	Nº de reuniões	Assunto principal
Centro POP	04	Alinhamento entre os serviços; Estudo de casos.
Comitê Plano <i>Crack</i>	04	Apresentações dos serviços que compõem o comitê; Apresentação do andamento das contrapartidas do plano.
IDDH – Instituto de Desenvolvimento e Direitos Humanos – Projeto Na Rua com Direitos	03	Debates sobre o andamento de ações conjuntas
CAPS II	03	Apresentação do serviço; Estudo de casos.
CAPS AD + UA	02	Apresentação do serviço; Estudo de casos.
Comissão intersetorial	02	Alinhamento de fluxos SAS –Saúde.
UBS Bucarein	02	Apresentação do serviço; Estudo de casos.
Imunização	01	Alinhamento sobre vacinação.
Unidade sanitária	01	Apresentação e alinhamento de fluxos.
UA	01	Estudo de casos.
UBS – aventureiro	01	Apresentação do serviço.
CMS comissão mortalidade infantil	01	Discussão sobre mães usuárias de drogas e mortalidade infantil.

Fonte: Autora, com base nas informações do Livro ATA do Consultório na Rua de Joinville, 2015.

As reuniões registradas no Livro ATA apresentam algumas características comuns. A primeira característica é o fato de a primeira reunião ter como pauta central a apresentação do Consultório na Rua. A segunda é que, após a primeira reunião, os temas centrais são estudos de casos, compartilhamento de casos e alinhamento de fluxos. Ao se tratar de comissões, conselhos e projetos, as reuniões pautam-se em ações conjuntas ou apresentação do Consultório na Rua.

No quadro acima, observa-se que o Centro POP é o serviço com maior número de reuniões, este dado nos traz um indicativo que esta ação é fundamental para alinhamento das ações e possibilidade de compartilhamento de casos. Mais adiante, veremos que o número de reuniões associadas aos temas tratados possibilita uma maior proximidade entre os serviços e, conseqüentemente, uma maior resolutividade das necessidades do usuário.

4.4. O QUE NOS DIZ O LIVRO DE RELATO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS DO SERVIÇO (RADS)?

Ao realizar uma leitura geral, foram apontados os principais programas e serviços parceiros do Consultório na Rua da cidade de Joinville, que são: Centro POP da Assistência Social, CAPS AD, Unidade de Acolhimento, Unidade Sanitária (HIV, CTA, Tuberculose, Hanseníase e Hepatite), Prontos Atendimentos da cidade, CAPS II, CAPS III, Hospitais, Unidades Básicas de Saúde.

Extraí-se do livro RADS também informações atinentes às relações com os demais serviços da cidade. Nos relatos diários da equipe, foram citados 26 serviços, entidades ou instâncias deliberativas. Sendo que 16 deles são ligados à política de saúde, 02 da Assistência Social e 02 da Segurança Pública e 02 universidades da cidade, 02 ONGs, 01 da Secretaria de Educação e 01 instância deliberativa intersetorial. Cabe ressaltar que, dos 26 serviços, entidades ou instâncias deliberativas, 11 deles foram citados apenas uma vez.

4.4.1. Ações com usuários

Definimos como *ações com usuários* aquelas referências a serviços feitas pelo usuário ou diretamente com eles, excluindo os encaminhamentos. Os serviços foram relatados pelos usuários no RADS, nas seguintes condições: a) citados pelos usuários quando eles comentam sobre suas experiências com o serviço; b) opiniões sobre os

serviços; c) solicitações de informações; d) acordos com o usuário para que ele vá ao serviço sozinho ou acompanhado pela equipe do consultório; e) durante orientações de saúde que indicam algum serviço; f) compartilhamento de cuidados com outros serviços; e g) visita realizada pela equipe a usuários em hospitais ou demais serviços. Para análise deste trabalho, não foi aprofundado o motivador do relato pelo usuário, mas apenas se é citado ou não pelo usuário.

Abaixo o quadro 9, com o número de vezes em que o serviço é citado no RADS, conforme os seguintes grupos: 1) usuário faz referência do serviço; 2) acordo com usuário; 3) orientação ao usuário e; 4) visita ao usuário.

Quadro 9- Ações com usuário referente a serviços citados nos relatos do livro de relato diários da equipe do CNaR Joinville.

Serviço	Usuário faz referência do serviço	Acordo com usuário	Orientação ao usuário	Visita ao Usuário
Centro POP			1	
UBS Bucarein		2		
Unidade Sanitária		5		
CAPS AD	5		2	
Hospital Regional	2		1	4
Hospital São José	2		1	5
CAPS II		1		
CAPS AD/ UA	3			
PA Sul			2	
Ciretran		1		
Ambulatório Hospital São José	1	1		
Maternidade	1			

Fonte: Autora, com base nas informações do livro de relato das atividades diárias do serviço (RADR) do Consultório na Rua de Joinville.

Os processos de cuidado do usuário no campo incluem a

realização de encaminhamentos e acompanhamento a serviços disponíveis na cidade. Conhecer a informação das impressões e percepções do usuário sobre os serviços: quando o encaminhamento é realizado pela equipe e as impressões do usuário trazem informações de prazer e acolhimento, possibilita o reforço do vínculo do usuário com o serviço referido e com o Consultório na Rua. As informações fornecidas pelos profissionais sobre um serviço incluem dinâmicas, potencialidade e dificuldades na relação com o serviço. Pois o usuário identifica as informações fornecidas pela equipe como verdadeiras ou não, comparando-as ao que vivenciou e que lhe foi informado durante os acordos realizados. Veja-se o caso abaixo, a título de exemplo:

Na volta da praça da bandeira encontramos o senhor x, está mais calmo, mais coerente e relata estar gostando do CAPS ad. (16/12/2014)

Este usuário havia sido encontrado na Praça nos dias anteriores, estava delirante e bastante agitado. Relatava ser usuário de álcool e *crack*. Conhecia o serviço do CAPS AD na cidade de Porto Alegre/RS, onde o frequentou e lá recebia medicação. Em relação a este usuário, os demais que estavam no local neste dia pediram para que fosse feito algo, pois ele começava a andar e berrar pela praça às 5 da manhã, acordando a todos. Neste dia foi ofertado o serviço do CAPS AD, conforme citação abaixo:

O serviço do CAPS ad foi ofertado, ele solicitou banho, pois não queria ir ao serviço sujo. A equipe do consultório na rua acompanhou-o ao Centro Pop e depois ao CAPS ad.(13/12/2014)

Ao reencontrá-lo na Praça, ele fez o relato anterior. O CAPS AD é o serviço com maior citação por parte dos usuários, porém é possível que nem todas as citações acerca de serviço estejam reladas no livro. Comumente os usuários falam devido ao aumento de consumo das substâncias e aparece também um desconhecimento do serviço do SUS que realiza tratamento sobre questões de álcool e outras drogas e descrença de que o tratamento em regime aberto seja possível. Nas falas dos usuários, o entendimento de tratamento sobre drogas deve seguir o modelo de isolamento social e abstinência. Ocorre muita crítica a outras formas de tratamento, conforme se verifica na seguinte passagem:

Usuário J. falou sobre seu histórico clínico. Relata que esteve internado no hospital Regional, mas saiu fugido. Relata estar sem tratamento e que sente dor no peito. Pensamos juntos sobre como fazer o tratamento. Foi conversado sobre ir ao CAPS ad. Relata que não gosta da dinâmica. (01/12/2014)

A outra forma de citação de serviços no RADS são os acordos realizados com os usuários. Estes acordos referem-se ao acompanhamento do usuário até algum dos serviços para efetivar o encaminhamento. A dificuldade de acesso ou baixa autonomia do usuário trazem dificuldades para que se efetivem os encaminhamentos aos serviços ou que eles tenham suas necessidades atendidas. Mais uma dificuldade identificada foram os acordos entre os usuários e os profissionais de saúde dos referidos serviços sobre o tratamento.

[...] declarou ser soro positivo, e que está sem tratamento. Relatou que não se adaptou à medicação. Combinamos de irmos junto até a vigilância para agendar consulta e conversar com o médico sobre a medicação. (10/02/2015)

Depois de alguns dias de observação do trabalho da equipe do CNaR, este usuário procurou uma profissional da equipe para conversar sobre o seu tratamento de HIV, reclamou sobre o tratamento e a quantidade de medicação. O programa de HIV é um dos programas da Unidade Sanitária com maior dificuldade de acesso devido ao fato de os usuários que não possuem documentos de identidade serem impedidos de receber a medicação ou realizar os exames laboratoriais. Em uma reunião, foi conseguido que a liberação da medicação ocorra mediante fotocópia do RG autenticada. A autenticação foi obtida através do Centro POP. Mais adiante, serão detalhadas algumas ações de articulação da rede de apoio.

Outra ação registrada no RADS são as visitas aos usuários. Estas visitas são consideradas como uma forma para assegurar a manutenção de vínculo e acompanhamento de suas condições de saúde.

[...] foram realizar visita para senhor L.. No hospital, a assistente social solicitou que toda vez que a equipe do CNaR fosse ao hospital comunicassem a assistência social para ser

registrado no prontuário. (03/02/2015)

As visitas são realizadas quando um dos usuários está internado em um dos hospitais da cidade ou em alguma instituição que ofereça abrigo, como comunidades terapêuticas. Em geral, a equipe que realizou o encaminhamento mantém as visitas para manutenção do vínculo.

Nós vamos visitar porque ele não tem ninguém. E se ficar jogado lá no hospital vão achar que não tem ninguém por ele. E nós fazemos esta função da família. É ruim ficar sozinho no hospital, sem ninguém. (Pro 1)

Esse usuário acima teve muitos atendimentos e curativos no campo devido a sua resistência ao tratamento de saúde. Em decorrência desta resistência de realizar o tratamento adequado, o resultado foi a amputação do membro inferior. A equipe do hospital apresentava resistência em mantê-lo no hospital, pois alegava que ele reclamava dos procedimentos e que não sabia se comportar no ambiente hospitalar. No livro RADS, registrou-se que, dias antes, o usuário havia saído do hospital, pois se negava a realizar a amputação. A equipe do CNaR registrou no livro que, ao retornarem com o usuário ao hospital, a equipe hospitalar foi ríspida, o médico cirurgião exigiu o preenchimento dos documentos de liberação do procedimento de amputação na recepção do hospital, antes de realizarem a internação.

E, por fim, outras informações do diário indicam que, em determinados momentos, o usuário traz uma queixa de saúde, mas não deseja o encaminhamento ou acompanhamento ao serviço de saúde indicado. Neste caso, a leitura dos relatos indica que o profissional realiza orientação de saúde e como o usuário deve proceder em caso de alguns sintomas.

[...] estava machucado devido a um acidente de trânsito, profissional conversou com ele e orientou quanto a cuidados de saúde, e em caso de dor deveria procurar o Pronto Socorro do Hospital São José ou a Unidade Básica de Saúde. (14/11/2014)

4.4.2. Encaminhamentos

Os encaminhamentos são realizados quando a equipe do Consultório na Rua ultrapassa as possibilidades para atender as necessidades dos usuários. São duas formas de encaminhamentos realizados pela equipe do Consultório na Rua. Os formais e com acompanhamento.

Os **encaminhamentos formais** são realizados com auxílio de formulário próprio, com identificação do serviço indicando a necessidade, a queixa do usuário e sinalizando a condição de situação de rua deste usuário. O encaminhamento é monitorado quando o usuário é novamente encontrado no campo. Em alguns casos, após o usuário relatar sua ida ou não ao serviço, esta é anotada no livro RADS. As impressões que os usuários trazem do serviço encaminhado também são anotadas nos relatos da equipe.

Os **encaminhamentos com acompanhamento** ocorrem quando a autonomia do usuário é considerada baixa pela equipe ou apresenta algum impedimento de ir sozinho ao serviço. Outros fatores são relevantes para o acompanhamento dos usuários pela equipe: a primeira vez que um usuário é encaminhado para um determinado serviço, ou se há a necessidade de conseguir uma consulta por “encaixe”, ou seja, uma consulta sem agendamento prévio.

Abaixo, o quadro 10, com indicação de número de vezes que foi referida alguma destas formas de encaminhamento.

Quadro 10 - Número de encaminhamentos relatados no Livro de Registro das Atividades Diárias da equipe do Consultório na Rua entre os dias 21/10/14 e 30/03/2015.

Serviço	Encaminhamento formal	Encaminhamento com acompanhamento
Centro POP	4	4
UBS Bucarein	11	6
Unidade Sanitária	2	7
CAPS AD	3	1
Hospital Regional	-	2
Hospital São José	-	1
CAPS II	2	2
CAPS AD/ UA	-	2
PA Sul	-	2
Ciretran	-	2
Ambulatório Hospital São José	-	1
Restaurante Popular	-	3

Fonte: Autora, com base nas informações do livro de relato das atividades diárias do serviço (RADS) do Consultório na Rua de Joinville

Observa-se que, com exceção do serviço da UBS – Bucarein, a maioria dos encaminhamentos realizados dá-se por meio do acompanhamento da equipe do Consultório na Rua. A Unidade Básica de Saúde – Bucarein localiza-se na quadra ao lado do Centro POP, na Região Central da cidade. Anteriormente à implantação da equipe do Consultório na Rua, as pessoas em situação de rua da cidade utilizavam esta UBS como referência de saúde. Na cidade, por um tempo, ocorreu um equívoco, segundo a coordenação desta unidade, de que a UBS seria referência das pessoas em situação de rua da cidade, mesmo que o território desta pessoa não fosse a Região Central. A quantidade de pessoas em situação de rua atendida pela equipe desta unidade faz com que a equipe possua formas de manejo com os usuários diferentes das equipes de outras unidades de saúde da cidade. Nas reuniões com a equipe deste equipamento de saúde, relatados no Livro ATA, dentistas e médicos referem atender e preocupam-se com os cuidados necessários posteriores como medicação, curativos e outras demandas que as

pessoas necessitem. Isso possibilita que os usuários aceitem os encaminhamentos para deslocarem-se sozinhos ao serviço, pois possuem a garantia de serem atendidos.

Os motivos identificados para o acompanhamento foram a distância entre os usuários e o serviço, o tempo de espera até a consulta ou realização de exames e a condição de saúde destes usuários. Nos primeiros casos, que dizem respeito à relação com o serviço de saúde, o profissional do Consultório faz a função de acompanhante terapêutico, ou seja, de apoiador para realizar a tarefa de cuidado em saúde e possibilitar a este usuário o autocuidado.

Foi realizado encaminhamento de saúde para UBS- bucarein da senhora Y. Ela deseja avaliação do inchaço das pernas e realizar os preventivos de mama e cólio de útero. (19/11/2014)

Encontramos o senhor M, estava acordando, relatou que havia 5 dias que não se alimentava. Estava com fome e tendo convulsões. Combinamos que iríamos ao Centro pop para tomar banho e depois no Restaurante popular. A equipe acompanhou e almoçamos juntos. Ele estava bem, aparentemente feliz e combinamos que a próxima etapa seria marcar uma consulta na UBS. (28/11/2014)

Nos casos que dizem da condição de saúde, além de realizar função de acompanhante terapêutico, é necessário que a equipe repasse para o profissional que irá atender as queixas as condutas adotadas até o momento e demais informações sobre condição de saúde do usuário. No caso acima citado, o usuário apresentava convulsões e estava debilitado pelo tempo sem ingerir alimentos. O acompanhamento ocorreu devido à baixa autonomia de procurar o serviço indicado e impossibilidade de deslocar-se até lá.

4.4.3. Articulação com a Rede de Apoio

Mencionamos acima que um dos objetivos do serviço é a articulação da Rede de Apoio da População em Situação de Rua, em prol da saúde destes usuários. A Rede de Apoio engloba serviços das diversas políticas públicas, incluindo a Rede de Atenção à saúde.

Para articulação entre os serviços, são apresentadas 6 ações consideradas articuladoras da rede. O compartilhamento do cuidado, a oferta de apoio do Consultório para os serviços, reuniões, estudos de casos e participação de campo.

Conforme os relatos do Livro ATA e do Livro RADS, as parcerias com os serviços iniciaram-se através de uma reunião com duas pautas principais: a apresentação do Consultório na Rua e o entendimento do funcionamento do outro serviço. Nestas reuniões, também foram incluídas as dificuldades observadas ou relatadas pelas pessoas em situação de rua para acessar plenamente o serviço. Estas dificuldades incluem algumas exigências, tais como documentação de identificação. Com alguns serviços foi possível estabelecer agenda de reuniões mensais, com a proposta de discutir casos e avançar no compartilhamento de cuidado.

Os maiores avanços ocorreram entre o Consultório e o Centro POP, através de reuniões mensais e ações conjuntas. Mesmo verificando que, no início, as dificuldades de alinhamento foram maiores, é possível avaliar, através das ATAS das reuniões, que os serviços conseguem gradativamente avançar no apoio ao cuidado, compreendendo a função de cada serviço. A articulação entre os serviços também inclui ações que não competem nem a um, nem a outro, mas de ajuda mútua e necessárias para o usuário.

[...] voltou ao campo com a usuária M e J. .
Relatou que o T. estava no Centro pop e precisava ser levado ao hotel. (sábado ele foi atropelado e a pessoa que atropelou pagou uma noite de hotel) profissionais levaram o T. até o hotel.
(17/11/2014)

A burocracia do estabelecimento de fluxos (conforme anexos – 3, 4, 5, 6, 7 e 8) pode ser um primeiro momento, mas a experiência tem mostrado que surtem pouco efeito, possivelmente devido à generalização e impessoalidade. A problematização e individualização verificada nas atas das reuniões entre as equipes mediante o estudo de casos reais e dos problemas de saúde ou assistência social tendem a sensibilizar as equipes, possibilitando uma maior resolutividade das ações. Neste contato, explicam-se o problema, as necessidades, dificuldades da equipe do consultório e do usuário. Além do comprometimento de que o Consultório na Rua irá partilhar o cuidado e não transferi-lo. Nem sempre os contatos relatados são positivos ou sem

entraves.

Chegamos lá no CTA e solicitamos a realização dos exames, mas pelo fato dele não ter os documentos não foi realizado. A equipe que nos atendeu foi bastante ríspida e indicaram para que façamos um memorando interno solicitando os testes rápidos e que façamos os testes na rua. Sexta-feira teremos reunião com a unidade sanitária e tentaremos estabelecer o fluxo.(04/11/2014)

Conforme o livro de Relato das Atividades Diárias do Serviço (RADS) do Consultório na Rua de Joinville até o dia analisado, não foi possível estabelecer um fluxo para os usuários sem documentação. O que justifica a relação com o Ciretran, local onde se produz o registro geral ou carteira de identidade.

[...] voltamos à unidade sanitária para esperar o outro profissional. G. havia tomado banho no centro pop e pego requisição para foto. Recebeu resultado + para hepatite. Ficou feliz por HIV ter dado negativo. Ficamos responsáveis por fazer o B.O. para dar procedimento da carteira de identidade (12/11/2014)

A articulação, além de fortalecer a rede e garantir futuros encaminhamentos, fortalece os vínculos entre os usuários e o serviço do Consultório na Rua. Pois, com a garantia que eles serão atendidos e que a demanda será sanada, o usuário passa a confiar mais nas condutas propostas pela equipe.

Abaixo, o quadro 11 apresenta o contato com os serviços e ações realizadas, visando a articulação da Rede POP Rua.

Quadro 11- Número de Ações de articulação da Rede Pop Rua, conforme relatos no livro de registro das atividades diárias da equipe do consultório na rua entre os dias 21/10/14 e 30/03/2015.

Serviço	Compar- tilhamento de cuidado	Apoio do CNaR	Reuniã o	Estu do de Caso	assunto	camp o
Centro POP	12	2	4	1		
UBS Bucarein			5			
Unidade Sanitária			3			
CAPS AD	2	2				
Hospital Regional			3		3	
Hospital São José			2		2	
CAPS II			1	1		
CAPS AD/ UA	1					
PA Sul					1	
Ciretran			1			
IDDH/Univille			2			
Biblioteca			1			
ACE						1
PA Norte					1	
Presídio	1					
SAMU					1	
Coordenação de Saúde Mental					1	
Comissão <i>Plano Crack</i>			1			
CMS - Comissão Mortalidade Infantil			1			
CAPS III					1	
Comunidade Terapêutica					1	
Grupo religioso - fornecimento de alimento					1	

Fonte: Autora, com base nas informações do Livro de Relato das Atividades Diárias do Serviço (RADS) do Consultório na Rua de Joinville.

Analisando os dados contidos no livro ATA e diário de campo com o objetivo de verificar a inserção do serviço na rede de serviços que auxiliem a qualidade de vida da população em situação de rua, é possível afirmar que, ao estabelecer uma maior relação entre os serviços, melhora-se a qualidade da atenção. À medida que os serviços aproximam-se, ocorre a possibilidade de uma maior resolutividade dos encaminhamentos. Tal hipótese emerge diante da análise da relação entre os serviços Centro POP e Consultório na Rua. Inicialmente as relações estabelecem-se formalmente por reuniões. Gradativamente, através de estudos de casos, é possível estabelecer o compartilhamento de casos. E, nesta condição, o favorecido é o usuário, pois a rede amplia o cuidado e a proteção dele.

Pode-se estabelecer uma sequência de ações necessárias para que se possa atingir o objetivo de cuidado e proteção das pessoas em situação de rua. Inicialmente, a aproximação dá-se nas reuniões formais que possibilitam o conhecimento de dinâmica de funcionamento de cada serviço, reconhecendo a forma de acesso ao serviço, possibilidades e fragilidades. Estas reuniões devem ser superadas e, em seu lugar, estabelecidos processos de estudo de casos reais em que seja possível verificar na práxis as realidades do funcionamento dos serviços, suas fragilidades, potencialidades, assim como identificar os pontos falhos da Rede. Novamente ocorre a necessidade de superação. Neste momento, é a de estudos de caso para o compartilhamento dos casos, onde cada serviço responsabilize-se por determinados cuidados deste usuário, mesmo que fujam a suas atribuições. Nestes casos, possivelmente pode ocorrer a cooperação entre os serviços, pois, ao colocarmos nomes, pode-se compreender as nuances humanas do viver. O objetivo é, sem dúvidas, o compartilhamento de cuidado, mas este não ocorre sem que todos os serviços envolvidos estejam abertos para realizar concessões e flexibilizar suas ofertas de serviços.

4.5. O QUE NOS DIZ OS MAPAS DE CAMPO DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA?

O mapa de campo diz respeito aos registros quantitativos de informações relativas aos atendimentos diários realizados com a população de rua. Estes dados foram colhidos durante as saídas de campo da equipe do Consultório na Rua, no período de 21 de outubro de 2014 a 28 de maio de 2015. Sete meses e sete dias de atuação depois, estes dados foram disponibilizados e correspondem ao período compreendido desde primeiro dia de saída de campo até o último dia do mês de maio de 2015.

Neste período, foram realizadas 99 saídas de campo, 252 usuários cadastrados, 808 abordagens. Não existe uma estimativa oficial de pessoas em situação de rua, na cidade de Joinville. Segundo os dados disponibilizado pelo 1º Censo Nacional de Pessoas em Situação de Rua (BRASIL, 2009), esse número seria de 274 pessoas. As saídas de campo ocorrem de segunda à sexta-feira, em turnos alternados, um dia em período vespertino, um no início da noite, e outros três no período da manhã. Entre os meses de outubro/2014 a janeiro/2015, as quintas-feiras eram reservadas para trabalhos internos e busca ativa. O dia foi escolhido devido ao fato de que dois dos quatro profissionais serem dispensados para estudos de capacitação profissional. Além disso, durante o período observado, houve 13 dias de recesso da Prefeitura Municipal de Joinville, (entre os dias de 22/12/2014 e 04/01/2015). Por fim, nos meses de janeiro, fevereiro e março a equipe teve um dos profissionais em férias, todos os meses, sem substituição. Desta forma, a equipe esteve sempre desfalcada.

Os mapas de campo contêm as seguintes informações/variáveis: nome/apelido, cadastro novo ou antigo, idade, sexo, situação em que se encontra na rua, tempo que a pessoa está em situação de rua, substância psicoativa de uso, doença referida, encaminhamento realizado, insumos entregues.

De um total de 808 abordagens, 252 destas constituíram-se de abordagem única. Destas primeiras abordagens, em 60% não ocorreu outro contato com o usuário. A tabela abaixo demonstra o número de abordagens realizadas pela equipe e a porcentagem de usuários correspondente a este número.

Tabela 3. Número de abordagens realizadas pela equipe do CNaR Joinville por usuários cadastrado no serviço no período de 21/10/14 à 28/05/15

Nº de abordagens	% de usuários
1	60%
2 ou 3	19%
4 ou 5	9%
6 ou 7	4%
8 ou 9	2%
10 mais	8%

Fonte: Autora, com base em dados dos mapas de campo da equipe do CNaR Joinville.

A média do número de consultas médicas realizada por equipes de saúde na cidade de Joinville é de 0,80 por usuário, no período de um ano. Em relação às visitas domiciliares, as agentes comunitárias de saúde realizam uma visita por mês em cada residência do território atendido por elas. Porém o município possui 41,34% de cobertura de ESF, atingindo o total de 227.685 pessoas. Estes são divididos em 728 áreas sendo que 483 áreas possuem Agente Comunitário de Saúde (ACS) e 245 são áreas descobertas, sem ACS de referência, ou seja, não ocorre a visita mensal. A cidade de Joinville tem a estimativa de 554.000 habitantes para o ano de 2014. Portanto, menos de 50% da população recebe oficialmente a visita de um profissional de saúde sem que o morador desloque-se até algum serviço de saúde.

Uma das principais ações da equipe do Consultório na Rua é estar presente no território e ser a referência do usuário para o serviço de saúde. Caso ele tenha queixas de saúde ou dúvidas sobre algum tema de saúde, cabe ao profissional do Consultório ser o mediador desta demanda.

As abordagens foram realizadas durante sete meses na seguinte proporção:

Tabela 4. Relação de saídas de campo e número de abordagens realizadas pela equipe do CNaR Joinville no período de 21/10/14 à 28/05/15.

Mês	Saídas de campo	Nº de abordagens
Out/14	7	19
Nov/14	13	135
Dez/14	12	110
Jan/15	16	65
Fev/15	12	77
Mar/15	13	127
Abr/15	14	152
Mai/15	12	123
TOTAL	99	808

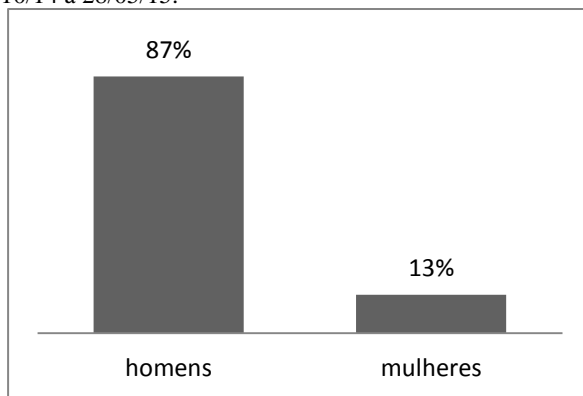
Fonte: Autora, com base em dados dos mapas de campo da equipe do CNaR Joinville.

Inicialmente, a hipótese levantada quanto à sazonalidade da população era de que, nos meses do período de verão, o número de pessoas em situação de rua na cidade de Joinville deveria ser menor, devido à proximidade da cidade com cidades de praia e consequente redução de oferta de serviços e possibilidades de garantia dos mínimos de subsistência. Neste período de abordagem, esta sazonalidade é apontada como real. A inexistência de alguns serviços públicos, como albergue e restaurante popular, faz com que esta população busque auxílio em comércio, igrejas e outras entidades que ofertam distribuição de alimentos, roupas, cobertas ou disponibilizam local para higiene pessoal. O fato de a redução do número de pessoas na cidade devido a férias coletivas das grandes empresas traz uma consequente redução de ofertas destes mínimos. Não é possível verificar se ocorre outro período de sazonalidade significativa devido ao tempo de atuação da equipe.

No período entre 21 de outubro de 2014 e 30 de maio de 2015, a equipe do Consultório *na* Rua cadastrou um total de 252 usuários, sendo 87% são homens e 13% mulheres. O dado em relação ao sexo dos abordados pela equipe do Consultório *de* Rua da cidade de Joinville no período entre janeiro e maio de 2012 teve um total de 112 usuários, sendo 92,6% homens e 7,4% mulheres. Estes dados apresentam uma sensível ampliação no número de mulheres abordadas. O Censo Nacional da População em Situação de Rua, realizado no ano de 2009, traz o seguinte dado: um universo de 31.992 pessoas em situação de rua

no Brasil. O levantamento abrangeu todas as capitais (exceto São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife, pois estas haviam realizado recentemente seus censos de população em situação de rua) e todas as cidades com mais de 300 mil habitantes. Nesta pesquisa nacional, os dados em relação ao sexo destas pessoas foi de 82% homens e 18% de mulheres. Os números encontrados pela equipe não correspondem à totalidade das pessoas em situação de rua da cidade, porém é bastante próxima e, em relação ao sexo, a porcentagem é próxima à dos dados nacionais.

Gráfico 4. Pessoas cadastradas pela equipe CNaR de Joinville por sexo, no período de 21/10/14 à 28/05/15.



Fonte: Autora, com base em dados dos mapas de campo da equipe do CNaR Joinville.

A cor das pessoas abordadas é autodeclarada e foram encontrados os seguintes dados: 54% de brancos, 27% de pardos, 11% de negros, 1% de indígenas e 7% não informaram. Os dados colhidos através do SIAPES das características da população em situação de rua atendida pelos serviços do Consultório de/na Rua do país entre outubro de 2012 e dezembro de 2013 apresenta os seguintes dados em relação à cor: 28,4% de brancos, 45% de pardos, 25,4% de pretos, 0,5% de indígenas e 0,7% de amarelos/orientais, porém estes dados dizem respeito a equipes de Consultório na/de Rua do país inteiro. A cidade de Joinville apresenta uma proporção diferente entre pardos/negros e brancos se comparada à da população brasileira geral. No Brasil, segundo censo do IBGE (2010), as pessoas domiciliadas autodeclararam-se na seguinte proporção: 47,7% de branco, 43,1 % de pardos, 7,6% de negros, 0,4% indígenas e

1,1% de amarelos. Em Santa Catarina, as autodeclarações de brancos, pardos e negros segue uma diferença maior respectivamente 84%, 12,4% e 2,9%, já em Joinville estes dados são: 84% brancos, 10% pardos, 4% de negros, 1% indígenas e 1% entre não declarados ou amarelos. Assim, a população do Município de Joinville, no geral, abrange uma população de 14% de pardos e negros. Este percentual mais que duplica quando observados os moradores de rua que somam 38% de pardos e negros.

Souza (2014) conceitua a violência simbólica como aquela que não aparece como violência, que, disfarçada, naturaliza-se no cotidiano e também naturaliza a desigualdade social brasileira. Um dado que cabe ressaltar é que o Ministério da Saúde declarou, no ano de 2010, que, no Sistema Único de Saúde, há o racismo institucional. Algo velado, mas que seria a única razão para justificar os baixos indicadores de saúde da população negra. O tempo de consulta das mulheres negras é menor que das mulheres não negras, a mortalidade materna das mulheres negras é 26% maior e a mortalidade infantil na primeira semana de vida é 11% maior em crianças negras. (BRASIL, 2010)

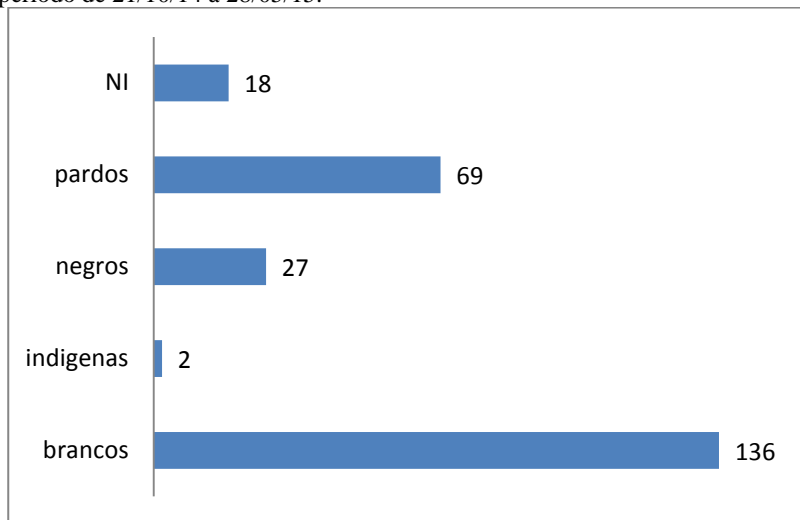
O sistema judiciário apresenta dados, no mínimo, intrigantes quanto a cor da população carcerária no Estado de Santa Catarina. Em 2012 havia 16.623 pessoas no sistema carcerário, dos quais 61,8% declararam-se brancos, 37,02% negros ou pardos, e menos de 1% declararam-se amarelos, indígenas ou outros. Ou seja, ao passo que haveria uma população de negros e pardos que não atinge 15% da população em SC, quando observada a população do sistema carcerário, este número mais do que dobra, atingindo mais do que um terço da população.

É evidente que os reflexos do racismo não são privilégio dos brasileiros. Hart (2014) cita um estudo com 100 mil adolescentes egressos do sistema judiciário americano. 55% eram negros, seus delitos possuíam relação com o uso de drogas e verificou-se que, independentemente da gravidade do delito, os adolescentes negros teriam 3 vezes mais chance de serem novamente encarcerados.

Para finalizar, nos dados dos usuários abordados pela equipe do Consultório na Rua, verificou-se a cor por sexo. No grupo do sexo feminino, verifica-se a autodeclaração de dois grupos segundo a cor: 64% de brancas e 30% de pardas, sendo que 6% não informaram, conforme o gráfico 5. No que diz respeito à população masculina, observa-se 53% de brancos, 34% de pardos, 11% de negros e 2% de pessoas que não informaram. Ou seja, quando observada apenas a

população masculina em situação de rua no município de Joinville, têm-se quase a metade, 45% de negros e pardos.

Gráfico 5. Pessoas cadastradas pela equipe CNaR de Joinville por cor, no período de 21/10/14 à 28/05/15.



Fonte: Autora com base em dados dos mapas de campo da equipe do CNaR Joinville.

Ao olhar para o *tempo em situação de rua* nos dados gerais da população em situação de rua da cidade de Joinville atendida pela equipe do Consultório na Rua, é digno de nota a porcentagem de pessoas que estão em situação de rua há mais de 5 anos.

Nos usuários abordados pela equipe, este valor chega a 26%. Dados levantados por Snow e Anderson (1998), na pesquisa realizada na década de 80 na cidade de Austin (EUA) e por Adorno e Varanda (2007) na pesquisa na cidade de São Paulo no início dos anos 2000 indicam que, a partir do quinto ano em situação de rua, a pessoa apresenta uma cronicidade dessa situação. Os vínculos familiares e comunitários estão muito fragilizados ou rompidos totalmente, o que, segundo Paugam (2007), dificulta ou impossibilita a saída da situação de rua.

Tabela 5. Tempo de rua, conforme informações dos usuários do Consultório na Rua de Joinville, abordados no período de 21 de outubro de 2014 e 28 de maio de 2015.

tempo de rua	mulheres	homens	total
Menos de 1 mês	3 (14%)	18 (86%)	21 (8%)
Mais de 1 mês até 6 meses	2 (6%)	30 (94%)	32 (13%)
Mais de 6 meses até 1 ano	2 (18%)	9 (82%)	11 (94%)
Mais de 1 ano até 2 anos	0 (0%)	7 (100%)	7 (3%)
Mais de 2 anos até 5 anos	2 (10%)	19 (90%)	21 (8%)
Mais de 5 anos	9(14%)	56 (86%)	65 (26%)
Domiciliado	7(24%)	22 (76%)	29 (12%)
NI	8(12%)	58 (88%)	66 (26%)

Fonte: Autora, com base em dados dos mapas de campo da equipe do CNaR Joinville no período entre 21 de outubro de 2014 e 30 de maio de 2015.

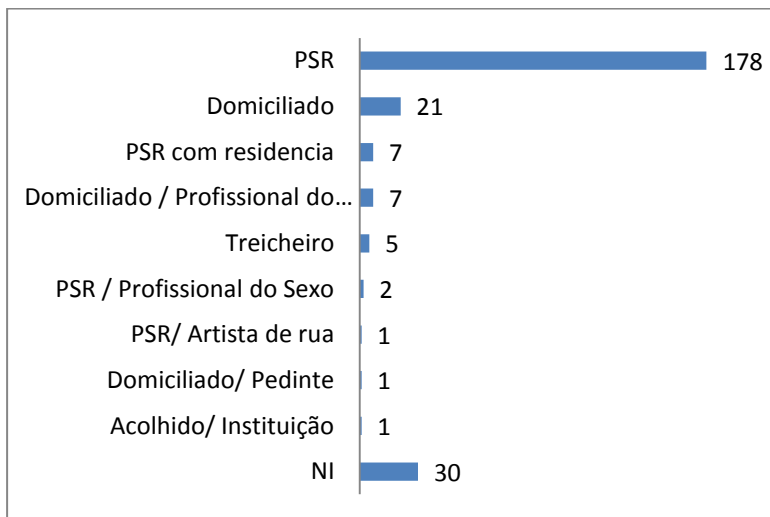
Como se verifica na tabela, acima as mulheres apresentam uma concentração no item de pessoas que estão em situação de rua, mas possuem domicílio na cidade. A hipótese atribuída a este dado é a de que um dos territórios onde foram realizadas as abordagens é uma rua em que profissionais do sexo trabalham e a sua totalidade são mulheres. Foram cadastradas algumas das usuárias e, em quase sua totalidade, são domiciliadas e atendidas regularmente pela rede de saúde.

A pesquisa da CEBRID (2010), de responsabilidade da professora Solange Aparecida Nappo, sobre o comportamento de risco das mulheres usuárias de *crack* aponta que apenas 3% delas estão em situação de rua. Mas que todas as entrevistadas, que estavam em situação de rua, haviam saído de casa em idade muito precoce e, entre os motivos, estavam o uso de drogas, conflitos familiares e casamento. A mesma pesquisa aponta que todas as entrevistadas utilizam o sexo como forma de obter dinheiro para comprar a própria droga.

Em relação à condição na qual a pessoa encontra-se na rua, o dado geral de pessoas em situação de rua atendidas pelo Consultório na Rua são de 71% de pessoas que utilizam a rua como moradia. Em números absolutos, isto representa 171 usuários cadastrados. Outro dado importante é que 36 pessoas que foram abordadas possuem residência e, neste caso, são pessoas que passam muitos dias na rua e que, em algum

momento, retornam à casa.

Gráfico 6. Situação em que se encontra na rua, conforme informação dos usuários abordados pela equipe do CNaR de Joinville, no período de 21 de outubro 2014 a 28 de maio de 2015.



Fonte: Autora, com base em dados dos mapas de campo da equipe do CNaR Joinville.

O uso de substância psicoativa, pode-se dizer, é o estopim da implantação deste serviço. Conforme referido ao longo desta dissertação, o serviço é uma contrapartida obrigatória para pactuação do plano “*Crack, é possível vencer*”. É isto também que mobiliza a opinião pública da cidade, o que não é diferente em outras cidades. Os dados levantados pelas abordagens apontam o álcool como a principal substância de consumo. Dado que, em 2012, havia ficado evidente, como pode ser verificado na tabela 5, 42,1% das abordagens se deram em pessoas que consumiam exclusivamente álcool.

Tabela 6. Substância psicoativa de uso referidas pelos usuários abordados pelo Consultório *de* Rua, da cidade de Joinville, no ano de 2012

Substância Referida	%
álcool	42,10%
<i>crack</i> +álcool	12,40%
<i>crack</i>	5,00%
mais de três drogas incluindo álcool.	5,00%
maconha	3,30%
álcool+maconha	3,30%
cocaína	0,80%
NI	28,10%

Fonte: Autora, com base em dados do relatório final do Consultório *de* Rua de Joinville.

Os dados atuais do consumo de substância psicoativas indicam um número mais elevado de uso concomitante de *crack* e álcool ou de uma terceira substância, porém não se pode afirmar que é um aumento, pois o tempo de campo, o número de abordados e a proximidade da equipe com os usuários possibilitam uma maior confiança e, em consequência, gera um volume maior de informações, principalmente sobre comportamentos socialmente condenados ou ilegais. Outro fator é que, conforme relatado pela equipe do Consultório de Rua no Relatório Final (2012), o momento em que a equipe estava na rua ocorreu um aumento do efetivo policial na região de abordagem, o que fez com que os usuários afastassem desta região da cidade.

O que é possível afirmar é que 63,8% das pessoas em situação de rua abordadas pela equipe do Consultório na Rua fazem uso de álcool, podendo ou não ter interação com outras substâncias. Utilizando os mesmos preceitos 40,5% das pessoas abordadas fazem uso de *crack*.

Quando comparados os dois sexos para o uso de drogas psicoativas o índice é 25% maior entre mulheres. Por outro lado, é possível observar que o número de mulheres que usam *crack* concomitante a outra substância é levemente superior aos homens e que as mulheres usuárias apenas de álcool resultam em exatamente a metade da porcentagem de homens.

Tabela 7. Substância referida pelos usuários abordados pela equipe do Consultório na Rua de Joinville, no período de 21 de outubro de 2014 e 28 de maio de 2015, segundo sexo.

Substância Referida	Homens	%	mulheres	%
Álcool	55	25%	4	12,5 %
Mais de três substâncias, uma delas sendo o álcool	48	21,8%	8	25, %
Álcool+Crack	30	13,6%	6	18,8 %
Álcool+Maconha	8	3,6%	1	3,1%
Crack	7	3,2%	1	3,1%
Maconha	5	2,3%	1	3,1%
Abstinente	2	0,9%	0	0,0%
Álcool+Cocaína	1	0,5%	0	0,0%
Crack+Maconha	1	0,5%	0	0,0%
Mais de três substâncias (sem o álcool)	1	0,5%	0	0,0%
Não usuário	24	10,9%	8	25,0 %
NI	37	16,8%	4	12,5 %

Fonte: Autora, com base em dados dos mapas de campo da equipe do CNaR Joinville.

Sasz (1994) pontua que parece óbvio que uma pessoa sozinha no mundo esteja propensa a não ser saudável nem de corpo e nem de espírito. Assim como também é verdade que há pessoas que escolhem não empregar seus recursos para manter família e optam por empregar seus esforços na busca pela droga, a doença mental, crime e vadiagem. Afinal, o autor afirma que casa não é lar.

A pesquisa sobre uso de *crack* da FIOCRUZ (2014) aponta o seguinte dado em relação ao consumo de substâncias psicoativas nas cenas de uso nas grandes cidades brasileiras: das pessoas abordadas nas cenas de uso, 39,04% são pessoas em situação de rua, porém, vale destacar que a pesquisa foi realizada em cenas de uso, ou seja, nas ruas, praças, pontes e locais públicos de consumo de *crack*, o que não inclui as pessoas que fazem uso em seus domicílios, hotéis, e outros locais privados da cidade. Destas pessoas entrevistadas, 77% responderam ter

feito uso de álcool no último mês e 97% ter feito uso de *crack*. O que difere dos dados da cidade de Joinville, que indicam um percentual superior do uso de álcool. A cidade de Joinville é localizada em uma região de colonização alemã, conhecida por realização de festas de *chopp* no mês de outubro e com um alto consumo de álcool entre toda população, o que poderia justificar esta diferenciação.

A pesquisa intitulada “II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil”, da CEBRID, de 2005, apresenta os seguintes dados referentes à região sul, na qual a cidade de Joinville está inserida: o álcool e o tabaco são as drogas mais utilizadas. O uso de álcool para população do Sul é de 73,9% e a prevalência em homens é de 81,7%, com estimativa de 14,9% de dependentes químicos para o álcool e a prevalência do uso de *crack* é de 1,1%.

Portanto, diante destes dados, constata-se que os achados da equipe do Consultório na Rua estão abaixo dos dados do Levantamento Domiciliar, no que se refere ao uso de álcool e muito superior aos dados em relação ao *crack*. Porém, caberia uma avaliação mais aprofundada com dados qualitativos acerca da quantidade do consumo de cada substância, principalmente a avaliação do consumo de álcool e do *crack*, pois são substâncias encaradas de forma diferenciada socialmente, principalmente pelo fato da legalidade e ilegalidade.

Sobre sua condição de saúde, houve apenas 124 referências de queixas de saúde, podendo ser mais de uma do mesmo usuário. Porém a lista é extensa. São, ao todo, 43 referências, conforme tabela 7, podendo, como já dito, ser o mesmo usuário com mais de uma queixa. Importante ressaltar que estes dados possuem duas formas de coleta, sendo uma delas a doença referida pelo o usuário durante a abordagem. A outra são as doenças ou problemas mentais observados e diagnosticados pela equipe do Consultório na Rua durante a abordagem ou após consulta médica nas Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 8. Doenças referidas pelos usuários abordados ou identificadas pela equipe do Consultório na Rua de Joinville, no período de 21 de outubro de 2014 e 28 de maio de 2015.

DOENÇA.	% de abordagens
Transtorno mental	10,28%
HIV	7,00%
Problema nos pés	7,00%
Problemas odontológicos	6,00%
Hepatites virais	5,00%
Hipertensão	5,00%

Doença pulmonar	4,00%
Problemas nos joelhos e pernas (dores, feridas, endemas)	4,00%
Acidente de trânsito	3,00%
Feridas por violência	3,00%
Hérnia	3,00%
Outras feridas	3,00%
Problemas nas mãos , braços e ombros	3,00%
Problemas de pele	2,00%
Sífilis	2,00%
Tuberculose	2,00%
Bronquite	2,00%
Convulsão	2,00%
Deficiência intelectual	2,00%
Herpes (HIV)	2,00%
Otite	2,00%
Problemas na coluna	2,00%
Úlcera	2,00%
Câncer	0,90%
Cisticercose no cérebro	0,90%
Diabetes	0,90%
Diminuição da visão	0,90%
Dor de cabeça, dor de estomago, falta de ar	0,90%
DTS	0,90%
Gastrite	0,90%
Gripe	0,90%
Insônia	0,90%
Lesão na língua	0,90%
Micose região genital	0,90%
Pancreatite	0,90%
Problemas circulatórios	0,90%
Problemas graves nos pés	0,90%
Problemas no fígado	0,90%
Problemas renais	0,90%
Sangramento vaginal (grávida)	0,90%
Síndrome de abstinência	0,90%
Suspeita de sífilis	0,90%
Outras	0,90%

Fonte: Autora, com base em dados dos mapas de campo da equipe do CNaR Joinville.

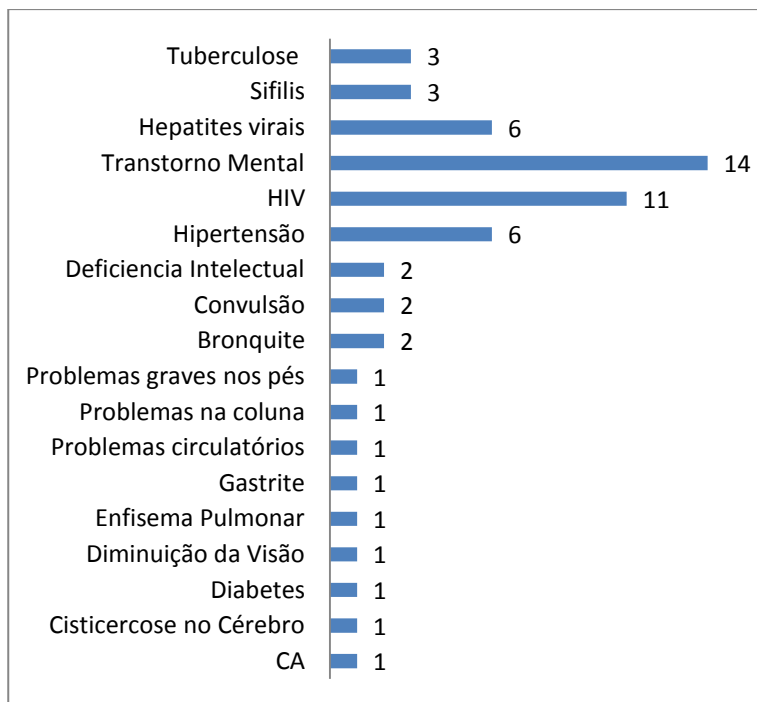
Para Escorel, (2005) a situação de saúde das pessoas em situação de rua pode revelar tanto as causas quanto as consequências da vida nas

ruas.

Na população referida, as doenças que apresentam maior complexidade foram identificadas por número de usuários abordados pela equipe do Consultório na Rua. Abaixo, o gráfico com as doenças. Verifica-se a incidência maior para transtorno mental e HIV, seguidos de problemas odontológicos, hipertensão e hepatites, porém cabe ressaltar que os diagnósticos são possivelmente subestimados, pois nem todos os usuários passaram pela avaliação de saúde. O que se pode verificar em outro dado fornecido pela equipe em dois momentos de verificação de pressão arterial com 21 usuários, nos quais 14 deles apresentaram pressão arterial acima de 120x80. Em relação ao transtorno mental, o diagnóstico em sua totalidade foi realizado por avaliação da equipe, os encaminhamentos diretos à Rede de Atenção Psicossocial não correspondem ao número de pessoas identificadas com transtorno, devido aos seguintes motivos: usuário já frequenta a rede, pela resistência do usuário, devido ao fato que a equipe não considera, naquele momento, o transtorno mental como disfuncional para o dia a dia.

Em comparação com os dados da I Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (BRASIL, 2009), problemas cardiovasculares, incluindo problemas de hipertensão, foram citados por 14% dos entrevistados como o maior problema de saúde da população, seguido por 10% de problemas mentais incluindo distúrbios psiquiátricos, esquizofrenias, depressão, distúrbio nervoso, ataques nervosos, agitação e hipocondria. O terceiro grupo de doenças são as doenças pulmonares. Ainda pode-se destacar 5% que relatam AIDS e apenas 4% relatam que o alcoolismo ou outra dependência química.

Gráfico 7. Usuários atendidos pela equipe do Consultório na Rua que apresentam doenças com maior grau de complexidade em números absolutos



Fonte: Autora, com base em dados dos mapas de campo da equipe do CNaR Joinville.

No que diz respeito ao quantitativo de encaminhamentos, neste período foram realizados 84, em maior número para a Unidade Básica de Saúde, seguido do CAPS AD e Centro POP (Assistência Social). Os encaminhamentos não correspondem ao compartilhamento de cuidados. Neste caso, em números absolutos o destaque é para o Centro POP.

Tabela 9. Número de usuários atendido pelo CNaR que estão em cuidado compartilhado com outro serviço, conforme informações disponíveis a equipe

CAPS AD	4
CAPS II	3
Centro POP	37
Comunidade Terapêutica	1
HIV	2
Hospital São José	1
Tuberculose	2
UBS	4

Fonte: Autora, com base em dados dos mapas de campo da equipe do CNaR Joinville.

Em comparação ao número absoluto de cadastros realizados pelo Consultório na Rua, ou seja, 252, poderia ser considerado um número reduzido de encaminhamentos ao Centro POP. Todavia, tal ato pode ser justificado por alguns pontos: 1) alguns usuários já frequentam ou conhecem o serviço e o utilizam quando sentem a necessidade e; 2) ou pelo fato deste serviço estabelecer alguma forma de condição que impedem que as pessoas em situação de rua cumpram.

Então, no geral, quem são estes homens e mulheres que ocupam as ruas da cidade de Joinville para morar? Verifica-se que, em sua maioria, homens em idade produtiva, em um primeiro olhar brancos, mas, se comparados à população da cidade, pode-se dizer negros e pardos, devido à diferença entre os dados da cor das pessoas domiciliadas da cidade, pois os dados apontam para um número 2,5% maior de negros e pardos nas ruas que a porcentagem apontada pelo IBGE (2010) das pessoas domiciliadas.

O álcool é um problema de saúde pública que, devido à legalidade, é amenizado pela sociedade, mídia e poder público. Nicolas Rose (2012) considera que a preocupação não está em sanar ou identificar o que causa as doenças, ou, no caso, quais os determinantes de ida para situação de rua, ou quais as caras da violência a que esta população está submetida. O foco é a manutenção da doença, através da responsabilização individual dos sujeitos. Avançando cada vez mais as

patologizações do cotidiano, aprimorando o conceito de degenerescência de Morel (1857). A ruptura com as normatizações dos comportamentos, de protestos, de reinvenção do prazer características humanas são tidas como doenças psiquiátricas. Classificadas como desvios de conduta, transtornos de personalidade, fuga de ideias, entre outras classificações. Aliam-se a estas normatizações os avanços financeiros de laboratórios farmacêuticos e seus acionistas do mercado de especulação. Garante-se a ordem através da manipulação dos corpos moleculares, que não se pode ver apenas sentir. Como se o sentimento e as sensações fossem características (des)humanas. E o controle dos corpos dá-se não mais pela punição ou segregação, colocando as pessoas em situações de rua nos manicômios, mas define-os como “drogados”, culpabilizando-os pela violência urbana e não os entendendo como o resultado de processos históricos de violência da sociedade contemporânea.

Portanto, as formas de violência sofridas pelas pessoas em situação de rua aqui consideradas são anteriores ao estar na rua. Os processos de violências aqui defendidos compreendem a qual considera-se a mais perversa das violências, a negligência, o descaso. E desvela a desigualdade social. Para Souza (2014), são dois os fenômenos da desigualdade: a sua gênese e a reprodução história.

4.6. O QUE DIZEM OS QUE HABITAM AS RUAS DA CIDADE DE JOINVILLE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DO SERVIÇO CONSULTÓRIO NA RUA JOINVILLE?

Para quem o Consultório na Rua serve? Quem são estes homens e mulheres? De onde vêm? O que pensam sobre saúde?

Para criar um serviço de saúde ou de qualquer outra política pública, precisa-se pensar e conhecer o público que acessará esses serviços. Como pensam estes usuários, quais seus problemas de saúde, quais as dificuldades e facilidades apresentam para que o serviço tenha resolutividade.

Nesta direção, seguiram as entrevistas realizadas com os usuários do serviço Consultório na Rua. Objetivou-se obter informações sobre quem são estas pessoas, quais os motivadores de ida para as ruas, qual sua relação com a sua saúde, quais serviços de saúde da cidade de Joinville conhecem e usam e qual sua percepção acerca do Consultório na Rua. A análise das características da população em situação de rua utilizou duas fontes de informação: o livro com relato diário das

atividades do serviço e as entrevistas realizadas com os usuários do consultório na rua da cidade de Joinville. Foram separados em quatro núcleos de sentidos: *1. Percurso de caminho as ruas; 2. Saúde 3. Hábitos de autocuidado; 4. A Rede de Saúde e o Consultório na Rua.*

4.6.1. Características gerais dos usuários entrevistados

Como critério de seleção, foi utilizado o perfil dos usuários do Consultório na Rua da cidade de Joinville, em relação a sexo, idade e uso de substâncias psicoativas. Foram entrevistados 5 usuários, sendo 4 homens e 1 mulher, de idade entre 28 e 58 anos, com, no mínimo, 3 meses de situação de rua na cidade de Joinville. Inicialmente foi pensado no critério de tempo com pessoas a partir de 2 anos em situação de rua na cidade, porém alguns usuários colocaram-se como participantes da pesquisa por iniciativa pessoal e possuíam um tempo de rua inferior ao estipulado inicialmente. Todos os usuários conhecem parte dos serviços de saúde da cidade, utilizaram em algum momento os equipamentos de saúde, assim como conhecem e utilizam o serviço do Consultório na Rua.

A realização da entrevista ocorreu, na maioria dos casos, em serviços públicos parceiros do Consultório na Rua, com exceção de uma entrevista realizada durante uma saída de campo, em uma calçada, mas em local reservado. Três delas foram realizadas no Centro POP e uma delas no CAPS AD.

Os questionários semiestruturados (Apêndices 01, 02, 03, 04) permitem ao pesquisador autonomia para ampliar os questionamentos, para compreender melhor o fenômeno. Para garantir o anonimato dos usuários, foram identificados como Us 1, Us 2, Us 3, Us 4 e Us 5 e, para tal, foi realizado um sorteio aleatório. Abaixo, a tabela aponta algumas características gerais dos usuários entrevistados para esta pesquisa.

Tabela 10 Dados gerais dos usuários entrevistados

	Sexo	Idade	Tempo de rua	Tempo de rua na cidade de Joinville.	Maior problema de saúde referido.	Substância psicoativa de consumo.
Us 1	M	28	6 anos	6 anos	Vício	Álcool, crack,
Us 2	F	43 anos	19 ou 20 anos	19 ou 20 anos	Hipertensão; Obesidade	Álcool, crack
Us 3	M	32 anos	20 anos	4 anos + 6 anos	HIV	Álcool, crack, maconha. (Abstinente)
Us 4	M	42 anos	1 ano	1 ano	Droga	Crack, Álcool, Maconha (abstinente de álcool e crack)
Us 5	M	58 anos	3 meses	26 anos	Pé quebrado; Dor no abdômen	Não usa

Fonte: Autora, com base nas informações fornecidas pelos entrevistados.

4.6.2. Cada um tem sua história

Antes de iniciar a análise geral por núcleos de sentidos, optou-se por descrever a história de vida e condições da entrevista, possibilitando caracterizar o usuário, individualizar a condição de rua de cada entrevistado e apresentar alguma das especificidades das entrevistas.

4.6.2.1. Usuário 1

Usuário 1 é um jovem, com bom trânsito com os demais usuários. A primeira abordagem realizada com este usuário foi feita por esta pesquisadora. Durante a abordagem, ele aponta que já me conhecia de outra cidade que eu já havia morado e também do trabalho no CAPS AD. Neste dia, apresenta interesse sobre os testes de HIV e sífilis que fazemos na rua, mas demonstra certo medo de os fazer.

Ele é sempre gentil com a equipe, comunicativo, mas demonstra não desejar cuidados de saúde. Presta muita atenção nas orientações

realizadas aos demais usuários, pergunta sobre as doenças e formas de tratamento.

Uma semana antes da entrevista, foi encontrado na Praça da Bandeira, local de mais frequente abordagem da equipe do Consultório na Rua. A equipe estava no lado oposto ao grupo dele, observando-os. Dois guardas municipais chegaram até o usuário, revistaram sua mochila e mandaram-no jogar a cachaça fora. Ele bebeu todo o resto da cachaça e saiu do local, aproximando-se da equipe. Conversamos um pouco, informou-nos que esteve preso por dois meses e que, por isso, não frequentara a praça nas últimas semanas. Ao ser questionado sobre a abordagem policial, relatou que isso sempre ocorria, que toda vez que ele chegava à praça vinham os guardas e que “*não dava nada*”. Observou-se que ele mancava, mas falou que não era nada demais e não quis mostrar a perna para nós.

No dia da entrevista, fui até o Centro POP para realizar as duas últimas entrevistas necessárias. Neste dia, ele estava de bermuda e a perna estava aparente, bastante machucada e, da ferida, saía secreção. Perguntei para ele sobre o que havia acontecido e se ele teria ido a algum serviço de saúde. Ele contou que foi, fez um curativo, mas não voltaria, pois doeu muito e achou que não foi respeitado pela profissional.

Contei sobre o projeto de pesquisa, que estava estudando sobre a melhor forma de implantar o serviço do Consultório na Rua, porque era um serviço novo, mas que, para implantar um serviço, precisava saber deles como seria a melhor forma de implantar e quais seriam as necessidades de saúde deles. Perguntei se ele teria interesse em participar. E ele só perguntou se iria demorar muito. Combinamos que demoraria mais ou menos meia hora. No início da entrevista, preocupou-se com o fato de as perguntas serem difíceis. A entrevista foi realizada na calçada em frente ao Centro POP. Alguns usuários observaram de longe, mas não se aproximaram. O que me chamou atenção foi o ferimento. Durante toda entrevista, ele ficava limpando a secreção com a mão e espalhando no muro em que estávamos sentados.

Já foi casado, tem um filho, e não tem contato com ele. Sua mãe e irmão fazem visita na rua e o levam para comer, depois ele fica na rua e os dois seguem para casa. Durante a entrevista fala que seu irmão ficou de alugar uma quitinete para ele assim que recebesse o salário. Sua mãe fala que ele tenta, mas não morre, só sofre. Fala com carinho da mãe e com certa tristeza da condição de rua, que atribui ao uso da droga.

4.6.2.2.Usuária 2

A usuária é antiga conhecida do serviço, já tinha sido atendida na época que o serviço ainda estava vinculado ao CAPS AD. Nesta última fase do Consultório, foi atendida logo no início das abordagens, tem um bom vínculo com os profissionais do serviço, sempre procurava e trazia outras usuárias para conversar. Na rua, ocupa um lugar de líder, muitos usuários a respeitam e preocupam-se com ela. Um dos principais motivos é o tempo em situação de rua, aproximadamente 20 anos.

Casou-se seis vezes e teve 4 filhos, três deles moram com sua mãe e uma menina foi adotada. Ela fala com muita tristeza desta adoção. Segundo ela, a mulher que adotou roubou-lhe a filha. Esta senhora era cuidadora do abrigo infantil onde a criança estava abrigada. Ela tem dúvidas de como foi o processo de adoção. Um dos filhos tem deficiência intelectual e o mais velho a procura na rua para verificar sua situação. Em uma de nossas saídas à campo, estávamos conversando com ela embaixo de uma ponte e o filho chegou para buscá-la.

O caminho que a levou para a rua passou por desemprego, prostituição e uso de drogas. Outra questão relatada refere-se ao seu nervosismo, fala da alteração de humor e que piora quando está em casa, pois o barulho e as brigas com sua mãe lhe incomodam muito. *“Eu fico muito nervosa com o barulho.”*

Passou por internação psiquiátrica, de onde fugiu junto com outra interna. Apresenta um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Atualmente apresenta muitos problemas de saúde: hipertensão, obesidade e dores nos joelhos e costas, que lhe impedem de trabalhar. Após uma verificação de pressão arterial pela equipe de enfermagem do Consultório na Rua e uma consulta médica, a usuária afastou-se da região central da cidade e intensificou a frequência de idas ao Centro POP e aceitou o encaminhamento ao CAPS AD. Atualmente, é moradora da Unidade de Acolhimento e considera-se abstinente de substâncias psicoativas. Recebe visitas de sua mãe e irmã, além de um de seus ex-maridos, que também auxilia com a compra de material de higiene de que a casa não dispõe. Um de seus filhos liga para ela todas as semanas.

Durante nossas saídas de campo, os usuários perguntavam sobre ela. O acordo para inclusão dela na casa ocorreu após 2 meses que frequentava o CAPS AD, após reunião da equipe dos serviços: UA, CAPS AD e CNaR. O dia que realizei a entrevista com ela foi o dia que havia recebido a notícia de que iria morar na Unidade de Acolhimento.

Estava feliz e muito preocupada com sua saúde, principalmente com seu peso.

4.6.2.3.Usuário 3

O primeiro contato que tive com este usuário foi no serviço do CAPS AD, ele chegou para o acolhimento bastante alterado e trazido por outro usuário do serviço, que estava em situação de rua. Ele queria um banho, não foi ofertado e ele não chegou a frequentar o serviço.

Iniciamos a abordagem com o usuário no centro da cidade, ele relatou no início ser soropositivo, mas sem tratamento. Não demonstrava desejo em iniciar o tratamento, mesmo apresentando muitas doenças oportunistas, como pneumonias, herpes e um emagrecimento percebido visualmente.

Em um dia de abordagem, foi questionado sobre o tratamento e se teria interesse em iniciar, falou que não era para preocupar-se com ele, pois ele era bandido, roubava e era um drogado. A resposta foi certa: *"estamos falando sobre sua saúde e isto não tem relação com sua saúde"*. Em outro momento, depois de ter sido feita a mesma intervenção ele devolve com a seguinte pergunta: "tá, mas me diz por que você esta trabalhando neste serviço?" A resposta é a de sempre. "Porque todos têm direito a saúde e vocês são os que mais precisam e menos acessam a saúde." Ele continuou falando que, se quiséssemos ajudar, ele teria que ter um lugar para dormir e falou que soube que tinha uma comunidade terapêutica que tinha vaga sem pagar e, se pudéssemos fazer este contato, ele faria o acordo de iniciar os tratamentos de que precisava. A conversa foi longa, mas ficou acertado que, mesmo não sendo o procedimento que adotamos, iríamos abrir a exceção para poder cuidar da saúde dele.

Todas as outras vezes que o encontramos, ele perguntava sobre a vaga na comunidade terapêutica, até que foi chamado. A equipe do Consultório realiza os encaminhamentos e acompanhamentos para os cuidados de saúde. Atualmente este usuário apresenta as seguintes demandas de saúde: hepatite B, HIV +, problemas odontológicos e problemas com uma cicatrização óssea no braço.

O caminho de ida às ruas deu-se muito cedo, na adolescência. Seu pai e mãe tinham problemas em decorrência do abuso de álcool. Nasceu em uma cidade do interior de SC e relata que gostava de conhecer as coisas do mundo e não conseguia acompanhar a escola. Saía de casa, pegava o trem e vinha para cidade. Gostou de Joinville desde quando veio na primeira vez.

[...] daí eu cheguei em Joinville. Daí eu vi a estação bonita, daí eu falei, vou ficar aqui.

O acordo sobre a entrevista veio cedo, mesmo antes do encaminhamento para comunidade terapêutica e aprovação do conselho de ética. Ele sempre perguntava sobre a entrevista, dizendo que queria me ajudar. A entrevista foi realizada já quando ele estava na comunidade terapêutica, em um dos momentos em que o buscamos para consulta médica. O local foi uma sala cedida pelo Centro POP, tiveram algumas interferências, e trouxe muitos dados sobre o processo de ida para rua e o que pensa sobre os cuidados de saúde da população em situação de rua.

4.6.2.4. *Usuário 4*

Este foi o entrevistado com menor tempo total de situação de rua, morador da cidade durante toda sua vida. Durante um convite para um outro usuário, que não quis realizar a entrevista, ele estava ao lado e demonstrou muito interesse em participar. Ao fazer uma pergunta despreziosa se ele desejava participar, ele prontamente falou que sim e muito feliz.

A entrevista foi realizada no campo, em um local afastado dos demais. Em um momento da entrevista, chegou um usuário até ele e ele pediu licença, pois estava participando da entrevista.

Está aproximadamente há um ano em situação de rua. Passou por quatro internações psiquiátricas durante a vida, possui baixa escolaridade, apresenta um rebaixamento cognitivo, com dificuldades de compreender as informações se não forem explicadas detalhadamente. Também relata que, antes, apresentava sintomas de quadros psicóticos, como alucinações auditivas e visuais. Atualmente não apresenta mais esses sintomas e não faz uso de medicação. Sua entrevista foi rica.

A entrada do usuário no serviço deu-se em um momento em que realizava alto consumo de álcool e *crack*. Autodenominava-se *Bruce Lee*. Ocorreu um episódio em que ele pegou a marmitta de uma usuária que estava no palco da Praça Nereu Ramos. A usuária chegou, brigou com ele, pegou a marmitta e jogou no rosto do usuário. Durante a entrevista ele relembrou a história falando que naquela época ele estava muito ruim, mal mesmo.

Atualmente ele está morando na Unidade de Acolhimento e

fazendo o tratamento no CAPS AD. Sua adesão à Unidade de Acolhimento foi interessante. Depois de uma reunião entre as equipes do Consultório e do CAPS AD, foi avaliado com perfil para integrar a UA. Porém, ao ser chamado por um profissional, não quis, e não comunicou ao profissional, apenas deixou de frequentar o CAPS AD. A profissional do Consultório o encontrou, explicou que não precisaria ir para UA se não desejasse, mas que também não precisaria abandonar o tratamento do CAPS AD. Ele relatava que não queria ficar preso. Quem o convenceu a ir para a Unidade de Acolhimento foram os demais usuários do serviço, que se sentaram com ele e explicaram o funcionamento do serviço. Atualmente, a família começou a realizar visitas. Ele tem esperanças de reatar com a família após um período de tratamento.

4.6.2.5. Usuário 5

O último usuário é com o menor tempo em situação de rua na cidade de Joinville, mas com 26 anos em situação de rua em diversas cidades do país. O contato deu-se no mesmo dia da entrevista do Usuário 1, no Centro POP.

Após fazer a primeira entrevista, expliquei o procedimento para um grupo e perguntei se alguém teria interesse em participar. Ele manifestou-se, dizendo que gostaria de participar. Também é usuário do serviço do Consultório na Rua, devido ao fato de ter quebrado o pé.

Relata que sua ida para rua deu-se após a separação da esposa. Tem filhos, mas não tem contato com eles há aproximadamente 11 anos. Na época da separação, utilizava cocaína. Durante o tempo de rua, fez uso de várias drogas, mas, atualmente, não faz uso de nenhuma substância. Relata que faz 12 anos que passou por uma clínica de recuperação e que, depois deste tratamento, parou o uso. Pensa em sair da rua e está sendo acompanhado por pessoas que frequentam uma igreja evangélica e que prometeram auxiliá-lo no aluguel de uma casa.

4.7. PERCURSO DE CAMINHO ÀS RUAS

Ao pensarmos em pessoas que ocupam as ruas como espaço para moradia, as perguntas são: Quem são estas pessoas? Não querem trabalhar? Têm família? Usam drogas? Quais os motivos que os trouxeram às ruas?

Ao analisar as entrevistas concedidas à pesquisadora, pode-se

observar que vários motivos podem ser elencados como motivadores de ida às ruas destas pessoas em situação de rua e que estes se sobrepõem. Nas cinco entrevistas, identificaram-se 9 motivadores citados para ida às ruas. Abaixo, o quadro pode nos apresentar um panorama geral destes motivadores por entrevistados.

Quadro 12. Quadro de motivadores de ida para rua citado pelo usuários do CNaR entrevistados.

Motivadores	Us 1	Us 2	Us 3	Us 4	Us 5
Fragilização de vínculos familiares	X	X	X	X	X
Desentendimento familiar		X		X	
Separação	X				X
Transtorno mental		X		X	
Prostituição		X			
Uso de substâncias psicoativas	X	X	X	X	X
Evasão escolar			X		
Deslocamento			X		X
Desemprego		X			

Fonte: Autora, com base nas informações fornecidas pelos entrevistados.

Scorel (1999), em seu livro intitulado “Vidas ao Léo”, em que relata sua tese de doutorado, entrevistou pessoas em situação de rua da cidade do Rio de Janeiro. A pesquisa apresenta o objetivo de analisar as oportunidades ofertadas a estas pessoas e tem a categoria exclusão social utilizada na análise dos fenômenos. Para ela, os processos de exclusão social são fatores determinantes de ida para rua. Conceitua exclusão não aquela ligada apenas à exclusão do mercado de trabalho, mas como isolamento social das diversas áreas da vida. Essas pessoas apresentam trajetórias de vulnerabilidades, fragilidades ou precariedades nas relações familiares e comunitárias, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida humana.

O afastamento familiar, elemento fundamental de apoio material, de solidariedades e de referência no cotidiano, permite uma primeira e basilar configuração da população de rua: é um grupo social que apresenta vulnerabilidades os vínculos familiares e comunitários. (SCOREL, 1999, p. 103)

Observa-se que, ao verificar os fatores identificados como motivadores da ida para as ruas, três deles estão ligados diretamente à família: fragilização dos vínculos familiares, desentendimento familiar e separação.

Rosa (2005) pesquisou os motivadores de ida às ruas e realizou entrevistas com 12 pessoas que ocupam as ruas na cidade de São Paulo. Entre seus achados, identificou que as fragilidades nas relações familiares compõem os pilares que conduzem as pessoas às ruas. Esta fragilidade liga-se aos imprevistos da vida como a morte de familiares e violência doméstica. “Pode-se verificar a falta de suporte afetivo e de cuidados familiares na fase de desenvolvimento dessas pessoas” (ROSA, P.131, 2005). Todavia, o fato de que o indivíduo esteja inserido e convivendo com familiares não pode ser considerado sinônimo de relações afetivas positivas. Dos entrevistados para esta pesquisa, apenas um deles foi às ruas antes da maioridade civil. O que não significa que a vida familiar dos demais possibilitou uma rede de proteção e segurança social. Snow e Anderson (1995), que pesquisaram a situação do crescimento de pessoas em situação de rua na cidade de Austin, nos EUA, na década de 80, identificaram que os fatores microssociais que conduzem as pessoas às ruas podem ser classificados em voluntários, patologias do sujeito, ausência do apoio familiar ou azar. Escorel (1999) coloca que outros fatores se associam ao antagonismo familiar para a ida às ruas, como o uso de álcool, as drogas e as doenças mentais.

Observa-se, nas entrevistas, que, no caso das cinco pessoas que participaram deste estudo, os fatores de ida às ruas se sobrepõem, porém em todas as entrevistas identificou-se alguma forma de fragilização dos vínculos familiares ou a ruptura destes vínculos, que se associam ao uso de substâncias psicoativas.

O alcoolismo e o vício em drogas interferem na unidade familiar tanto pelos conflitos que provocam, sejam estes violentos ou não, quanto pelo desequilíbrio do orçamento doméstico que o consumo compulsivo tende a produzir (SCOREL, p. 104, 1999).

Snow e Anderson (1995), Rosa (2005) e Escorel (1999) identificam que os transtornos mentais podem ser desencadeantes para a ida às ruas. Associa-se a este fator a falta de apoio familiar. Por anos, a única forma para lidar com os problemas relacionados aos transtornos foram interações. O que acaba por fragilizar ou romper as relações. Por

vezes, os conflitos familiares surgem como motivadores, por outras, como pano de fundo destes motivadores. Não esquecendo que sempre se sobrepõem.

Pesquisadora: E tu já teve internação?

Us4: Sim oito internação.

Pesquisadora: Onde?

Us 4: Pinheiro, em Curitiba. Pinheirão, quatro internamento. Dois meses eu fiquei lá, depois seis meses.

Pesquisadora: Daí tudo seis meses?

Us 4: E teve em bocaína.

Pesquisadora: quanto tempo?

Us 4: 3 meses.

Pesquisadora: Isto deu 5 internações.

Us 4: três em bocaína.

Pesquisadora : E como foram estas internações?

Us 4: Tem no regional também.

Pesquisadora: Teve no regional também?

Us 4: Na Ala , lá teve três vez também. Fiquei dois mês lá.

Pesquisadora: Foram por transtorno, ou por droga?

Us 4: por nervo.

Pesquisadora: Por causa dos nervos?

Us 4: Depressão

Pesquisadora: o que tu sentias nos nervo?

Us 4: Via vulto, via coisa, falava bobagem, achava que era rico,

Pesquisadora: Achava o quê?

Us 4: Achava que era rico, prefeito de Joinville,

Pesquisadora: Daí te internavam lá?

Us 4: É, iam lá e me internavam. Agora, faz o quê? Uns cinco ou três anos que não me internaram mais. Também não tomo remédio nenhum mais, não vejo vulto, não sinto nada.”

O Usuário 4 está há mais ou menos um ano em situação de rua. Relata que, quando o quadro de alucinações e delírios ficava muito alterado, era internado pela família. Segundo ele, a alteração decorria do consumo de drogas e agravava quando as substâncias psicoativas de uso eram álcool e *crack*. Em sua fala, relata muita saudade de sua mãe. A relação com os irmãos não é boa, apenas um deles vem visitá-lo na rua,

mas relata que só o aceitarão novamente se ele parar com todo uso de drogas. Os conflitos resultantes destes episódios fazem com que ele se sinta culpado de sua condição atual. Ao mesmo tempo em que relata que frequentou o CAPS AD apenas uma vez ao longo da vida e por um período curto, pois a família acreditava que a internação poderia ser eficaz para parar com o consumo e estabilizar o quadro psiquiátrico.

Pesquisadora: não tá sentindo nada, agora?

Us 4: nada, nada.

Pesquisadora: E quantos anos tu tinha quando foi a primeira vez que tu tratou disto?

Us 4: Comecei novo, comecei treze, catorze anos já comecei, já tive o primeiro internamento. Comecei novo, com catorze anos, comecei a fumá droga com doze anos, quando cheguei no catorze a mãe me internou pela primeira vez. Lá em São José dos Pinhais, daí foi indo. Aí ficava um ano sem internar, daí, internava de novo...

Pode verificar-se que as internações foram a única forma que a família tentou lidar com o fato de este usuário fazer uso de maconha e apresentar sintomas psicóticos. A ausência de informação sobre os serviços de saúde por parte da família é algo que pode ser identificado nesta fala. Por outro lado, pode-se apontar que o uso de substância psicoativas e internações podem ser considerados como fatores fragilizadores das relações familiares para o Usuário 4.

Us 3: ah em casa, era... a minha falecida mãe bebia. Eu perdi meu pai, minha mãe ficou doente. Ficava sozinho. Foi internada três vezes. Uma vez em Porto União, daí foi indo, foi indo... Todo mundo se afastado. Era eu, minha mãe e minha irmã. Eu era o segundo de quatro irmãos.

Pesquisadora: E o pai também fazia uso de álcool?

Us 3: Sim. Morreu. Congestão comeu e foi dormir, morreu.

Pesquisadora: E quantos anos você tinha quando seu pai morreu?

Us 3: Ah, eu era muito pequeno.

Pesquisadora: E a mãe bebia muito?

Us 3: Não bebia ainda. Começou a beber

depois que o pai morreu.

No caso do entrevistado Us3, o processo de desvinculação familiar apresenta um núcleo anterior ao comportamento do entrevistado, a figura paterna. O pai era usuário de álcool e faleceu quando o Usuário 3 tinha apenas quatro anos. Esse falecimento parece ter desorganizado a família e fragilizado os vínculos. Este mesmo usuário aponta outro fator: o da evasão escolar, o fato de não conseguir acompanhar o regular desenvolvimento escolar, associado ao fato de usar cola de sapateiro e não gostar de ficar em casa, compõem os motivadores de sua ida para as ruas. Ao citar o deslocamento como motivador, a literatura consultada aponta a necessidade de trabalho ou de busca para melhores condições de trabalho.

Pesquisadora: Você foi com quantos anos pra rua?
Depois a gente fala sobre as drogas.

Us 3: Com 12 anos.

Pesquisadora: Nesta época o que aconteceu que tu foi para a rua?

Us 3: ah, eu não dormia dentro de casa.

Pesquisadora: Tu não dormia dentro de casa?

Us 3: Dormia na rua, morava longe. Eu só pensava em ir pra cidade.

Pesquisadora: Tu és do sitio?

Us 3: É. Muito longe, só mato, eu queria um lugar que tinha movimento.

Pesquisadora: Daí nesta época tu já fazia uso de alguma droga.

Us 3: Cola. Queria arrumar dinheiro pra usar cola.

Pesquisadora: Daí tu foi pra rua?

Us 3: Daí eu fui pra rua. Dormia, daí eu viajava de trem. Até a cidade mais próxima, Mafra. Comecei a primeira vez, sozinho, daí eu ia direto naquela cidade, daí eu cheguei em Joinville. Daí eu vi a estação bonita, daí eu falei, vou ficar aqui. E daí foi através que eu conheci Joinville. Fiquei quatro anos daí aqui na primeira vez.

O Usuário 3 aponta que a inicial quebra de vínculos familiares o levou a desejar sair de casa, além do fato de não conseguir

“acompanhar” a escola. Novamente verifica-se que a falta de apoio familiar alinha-se a outros fatores. No caso do usuário 4, anteriormente citado, foi a falta de condução no tratamento de abuso de substâncias psicoativas e, neste caso, a falta de apoio familiar nas dificuldades escolares. No decorrer da entrevista, o Usuário 3 foi questionado sobre os estudos relatando que “Estudei, mas eu fugia. Daí eles me encontravam em Barra Velha e me levavam pra casa.”

Parece que após o adoecimento da mãe, a família tem outro momento de fragilidade que coincide com as fugas para cidades maiores, o que ele define como “*ver o movimento*”.

A usuária 2 aponta que o desemprego foi a sua primeira causa de sua ida para rua. Associa-se a este fator o uso moderado de cocaína e o início do trabalho como profissional do sexo. Após ter perdido o emprego, começou a trabalhar como profissional do sexo para levar dinheiro para casa. Um fator pode ser adicionado aos motivadores, mesmo que a usuária não o atribua como tal. As suas relações familiares e pouca rede de proteção social.

A minha vida era difícil, criada sem pai, né? Não tinha muita amizade. Daí minha avó ficou doente, fez um acordo e comprou uma casa no bairro Boa Vista onde minha família mora. Daí eu cresci, fui trabalhar, também arrumei um emprego.

A dificuldade do sustento fez com que ela fosse para o mercado de trabalho cedo e sem capacitação, logo perdendo o emprego. Atribui a ida à rua ao contato com o *crack* e é neste momento em que se percebe na rua.

Pesquisadora: O que foi acontecendo que você foi indo pra rua?

Us 2: Foi o momento que eu conheci o *crack*. Que até então eu só usava a cocaína. Eu trabalhava daí eu conheci a cocaína quando eu trabalhava. E eu trabalhava. Daí as doses foram aumentando da cocaína. Daí eu perdi o emprego. Daí eu conheci o *crack*.

Na pesquisa do CEBRID (2004) sobre o comportamento de risco de usuárias de *crack*, a pesquisadora Nappo identifica: "A droga é um fator preponderante na decisão de abandonar o lar. Assim, saem de casa

porque se ligam a pessoas que utilizam drogas ou são expulsas pela família, que não consegue mais tolerar a situação". (NAPPO, p.38, 2004). Alinhando as pesquisas à entrevista da Usuária 2, pode-se afirmar que corrobora a pesquisa da CEBRID (2004) que a fragilidade de vínculos familiares, a prostituição e parceiros ligados ao uso de drogas potencializam as saídas de casa

Us 2: Daí eu comecei a me prostituir.

Pesquisadora: Daí nesta época tu acha que já estavas em situação de rua?

Us 2: Não eu ia pra casa dormir, mas daqui a pouco eu ia no mocozinho usar e não ia mais para casa para dormir. E aí vai indo quando tu vê tá virada. Tive alguns casamentos. O pai do Gabriel vendia crack. Eu fui presa quando estava grávida.

Vê-se que, aos eventos anteriores, está associado ao fato de ter sido presa e passado por uma internação psiquiátrica por pedido judicial. Não foi possível confirmar se o processo de internação psiquiátrica a pedido judicial se deu em razão do transtorno mental ou pelo uso de drogas.

Por fim, a última forma de rompimento de vínculo familiar é trazida pelos usuários 1 e 5. Ambos conduzem-se às ruas após a separação da esposa. Ambos atribuem suas separações aos seus consumos de substâncias psicoativas.

Pesquisadora: E como é que foi o processo de morar na rua?

Us 1: Só sofrimento.

Pesquisadora: Mas como é que foi? Tu moravas com a sua mãe? Foi casado? Como é que é?

Us 1: Já fui casado, tenho filha, já tive carro, já tive moto, casa e perdi tudo.

Pesquisadora: E como é que foi? Foi gradual, de um dia pro outro, do nada?

Us 1: Em dois dias perdi tudo. Se embalou no Crack , já era.

Pesquisadora: Daí tu vendeu as coisas?

Us 1: É! Vendi pra fumá.

Pesquisadora: Daí saiu de casa? Ou a mulher tocou?

Us 1: A mulher bota. O cara memo se abandona, né?

Pesquisadora: Como se deu o processo do senhor morar na rua?

Us 5: É veio depois da separação. Por mim eu nunca esperava que ia dormir e morar na rua. Que nunca se passava, já vi muitos moradores, mas eu nunca. Só que depois que veio a separação... Eu meti a cara no mundo e quando eu vi eu já estava na rua, aí me acostumei e estou até hoje, né?

O abuso de substâncias psicoativas interfere tanto no comportamento do usuário como no sustento familiar, devido ao dinheiro investido no consumo. Este sustento, quando se refere à figura masculina, que é tido como provedor nos casos dos entrevistados, gerou a separação. Os demais usuários o afastamento deu-se com a família nuclear. Escorel (1999) identifica que tanto homens como mulheres apontam a separação como um dos motivadores para ida à rua. Porém ao referir sobre os vínculos com as famílias, é possível verificar que a maioria deseja retomá-los. Quando não ocorre o rompimento total do vínculo, a expectativa da retomada apresentou-se mais possível como é o caso dos usuários 1,2 e 4. Os usuários 1 e 4 trazem que o contato com a família ocorre através de familiares que realizam visita para eles na rua. Este familiar acaba por representar o desejo da família de que ele retome a vida e interrompa o uso de álcool e drogas.

Pesquisadora: Tu ainda tem contato com a tua família?

Us 1: Não. Ah, com minha mãe e com meu irmão ainda tenho.

Pesquisadora: E como é que é este contato?

Us 1: De boa, eles só vem me ver, e saímo, comemo e eles vão embora e eu fico na mesma.

Pesquisadora: Eles te procuram na rua?

Us 1: Me procuram, meu irmão me procura.

O usuário 4 traz o relato que a família não consegue lidar com o uso de substâncias e os sintomas psicóticos dele. Durante a entrevista não aprofundou-se detalhes do comportamento do usuário, somente foi citado por ele os sintomas que apresentava como alucinações e delírios.

Pesquisadora: E a família não quis mais?

Us 4: Não abandonaram. Não querem mais nem saber.

Pesquisadora: Tu tem contato com a tua família?

Us 4: Não. Meu irmão vem me visitar.

Pesquisadora: Teu irmão vem aqui te visitar?

Us 4: É de vez quando ele vem. Mas não veio mais.

Pesquisadora: Mas como é? Você pode ir lá procurar sua família?

Us 4: Não, eu não quero ir lá. Ele me tocam de lá.

No caso da usuária 2, é possível verificar duas situações antagônicas em relação a sua família. Anterior ao tratamento no CAPS AD e depois, o que demonstra um indício de que, a partir do momento que ocorre um cuidado ao usuário por um serviço, é possível uma reorganização de vida para estas pessoas, que, às vezes, pode ser o retorno para a família.

Pesquisadora: E como é que é? Tem contato com a família?

Us 2:Tenho.

Pesquisadora: Vai lá, me conta como é que é?

Us 2: Eu tenho contato com minha mãe. Minha mãe veio aqui falar comigo e tenho contato com meu filho, de 18 anos.

Pesquisadora: É o mais velho?

Us 2: Não é o do meio. E a minha irmã também veio falar comigo.

Pesquisadora: E como era antes de tu vir aqui no CAPS ?

Us 2: Eu ia lá. Eu bebia e ia lá, loca.

Pesquisadora: Ah tu bebia quando tu ia lá?

Us 2: aha. Eu bebia, criava coragem e ia lá.

Atualmente, a Usuária 2 e o Usuário 4 estão na Unidade de Acolhimento e estão recebendo semanalmente a visita dos familiares.

Esta retomada de vínculos familiares nos faz refletir sobre a importância da articulação dos serviços, pois se, ao ofertar cuidado, poderíamos despertar um desejo de viver, a articulação entre os serviços que vise uma maior resolutividade ganha uma importância maior. Ao final deste trabalho, pode-se levantar outra hipótese. A de que, ao

fortalecer o usuário, aproximá-lo de seus familiares ou fomentar uma rede de proteção, é possível verificar a retomada de projetos de vida e desejo de mudança. Os diversos processos de exclusão observados nestas entrevistas parecem pontos cruciais para ida à rua.

4.8. SAÚDE

O segundo núcleo de sentido na análise das entrevistas dos usuários é a relação destes usuários com a saúde. O ponto de partida é o conceito de saúde para estas pessoas. Faz-se necessário conhecer o que é ter saúde para eles para que possamos promover ações que possibilitem a promoção da saúde destes sujeitos. A Política Nacional de Promoção de Saúde tem por objetivo:

Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (BRASIL, p. 12, 2006)

Portanto, escutar as pessoas, compreender com elas o que elas pensam sobre saúde e o que pensam sobre a sua condição de saúde, assim como de seus iguais, é necessário para que se pense um serviço de saúde que ofereça serviços a estas pessoas. Minayo e Buss (2000), em estudo sobre saúde e qualidade de vida, identificam que a qualidade de vida é uma representação social composta por elementos subjetivos e objetivos. Ambos representam a cultura de uma determinada sociedade em um determinado tempo histórico.

[...] são valores não materiais como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção. (MINAYO e BUSS, 2000, p. 15)

Durante as entrevistas, a pergunta: “O que é saúde para você?” é a que causou mais dúvida e inquietude nos entrevistados. A demora do tempo de resposta foi algo que chamou atenção. O usuário 1 primeiramente responde que não sabe. Acha difícil, mas termina por dar uma resposta que segue o mesmo padrão dos demais usuários.

Us 1 : Ah, não sei... Ter saúde é estar bem , né?

O que tu acha que é ter saúde?

Us 2 : Antes ou agora?

Pesquisadora: Tanto faz você quem me diz.

Us 2: Ter saúde é andar limpinha, comer bem, pegar e deitar tua cabeça no travesseiro e dormir sossegado. Estar bem contigo mesmo.

Pesquisadora: E agora me diz como era antes?

Us 2 : Ah, antes tanto faz como tanto fez. Se tinha problema no coração, se tinha problema no pulmão, como tava, tava bom. “Eu sabia que tinha lugar para fazer exames, mas não ia, eu sabia que dava para cuidar, mas não cuidava.

Us 3: é ter uma vida. É fazer as coisas legais. Não é usar droga, não conseguir fazer as coisas. Isto não é saúde.

Us 4: É não usar droga. Não usar nada. Não ter vício nenhum. 100% .

Pesquisadora: Então pra ter saúde não pode usar droga?. Quem não usa droga tem saúde?

Us 4: Tem, óh , claro, quem não usa fuma cigarro, quem não usa droga. Agora a pouco, se eu fumá maconha. Eu acho que me prejudica um pouco. Dizem que não fumá maconha não dá nada, que é natural. . Eu acho que dá sim. Dá um pouco de sono. Eu acho te também é droga. Quem fumá maconha não tem tanta saúde. Eu fumo quase todo dia.

Us 5: Saúde pra mim é você, eu penso assim é você acordar disposto. Saúde é você ter corpo completo, corpo de alegria, sentir aquela saúde pra você fazer o que você quer.

Os usuários apresentam conceitos de saúde que se convergem no entendimento de que saúde é muito mais que não estar doente, mas que está mais relacionado aos conceitos atuais que ligam a saúde à qualidade de vida e que este conceito diz respeito às necessidades básicas criadas

pelo grau de desenvolvimento econômico e social, além das áreas subjetivas como trabalho, lazer, prazeres, relações sociais entre outras áreas da vida. Compreendem que ter saúde não é apenas não estar doente, mas ter uma vida “legal”, fazer coisas prazerosas, estar bem. Um elemento que surge nesta pergunta e permeia a maioria das respostas a respeito dos cuidados de saúde é o uso de drogas.

Na pesquisa de Rosa et al (2006) com pessoas em situação de rua, estas procuram os serviços de saúde apenas quando o corpo as incapacita para as necessidades básicas do dia a dia. Mas estas respostas parecem dizer algo mais. Trazem um pouco da condição de rua e de como elas entendem que os outros as percebem. Mostram como as críticas da sociedade para as pessoas em situação de rua refletem em seus conceitos de saúde e cuidado. Frases como: “estar limpinha”, “não usar drogas”, “ter o corpo completo”. Ao longo das entrevistas, surgem críticas sobre a própria condição de rua, que socialmente ainda é tida como patológico ou como tendo que ser modificada.

Alinhamos o conceito trazido por estas pessoas ao conceito de exclusão social de Escorel (2000), que reduz os homens à condição de *animal laborans* e impossibilita o exercício pleno das potencialidades humanas. Os entrevistados, de forma geral, atribuem esta impossibilidade ao abuso de drogas. Ao relatarem sobre seu principal problema de saúde, identificam doenças, exceto um dos usuários. Mas, ao avaliarem o maior problema de saúde do conjunto da população em situação de rua, 4 deles citam o abuso de drogas. Na tabela 11 é possível ter um panorama geral destas respostas.

Tabela 11 Problemas pessoais e do grupo de população em situação de rua conforme percepção de usuários entrevistados

	Principal problema de saúde pessoal	Principal problema das pessoas em situação de rua.
Us 1	Vício	Vício
Us 2	Pressão, Gordura Dores nas pernas	Tuberculose, HIV, Doença escondida, Têm muita tosse.
Us 3	AIDS	Droga, Não tem lugar para dormir e não tem casa para acolhimento
Us 4	Não respondeu	Drogas
Us 5	Pé quebrado Dores no estômago	Drogas

Fonte: Autora, com base nas informações fornecidas pelos entrevistados.

A percepção do principal problema de saúde dá-se devido ao momento em que cada usuário encontra-se. O Usuário 1 é o único que não está em nenhum tratamento de saúde.

Pesquisadora: Na tua opinião, qual é o teu maior problema de saúde?

Us 1 : O vício. Crack! Crack e cachaça.

Durante a entrevista, este usuário estava com feridas com secreção em uma das pernas. Antes de iniciarmos a entrevista ele reclamava da dor e falava que era a forma de pagar os pecados. Julgava que seria uma forma de pagar pelo fato de ter saído de casa e estar nas ruas utilizando *crack* e álcool. Relatava que não sentia dor devido ao consumo de álcool. Durante a entrevista, não aponta este problema de saúde como algo significativo. Ao mesmo tempo, ao ser questionado sobre como cuida de sua saúde, responde que não cuida. “*Não cuido, deixo rolar!*”

O Usuário 4 não respondeu à pergunta referente a sua saúde, devido a uma interrupção durante a entrevista. Esta entrevista, como já foi citado anteriormente, foi realizada na rua e outro usuário que desejava falar com ele chegou neste momento, o que fez com que houvesse uma interrupção na entrevista. No decorrer da entrevista, ele fala várias vezes sobre o consumo de álcool, *crack* e maconha, atribui ao

consumo o afastamento da família.

Us 4: Se eu deixar da maconha , meus parente é capaz de me aceitar de novo lá, né?

Pesquisadora: E tu tens vontade de voltar para casa?

Us 4: ah, oh! Perto da mãe. Mais é meio difícil, porque... não me dou com minha irmã nada. Briguei com minha irmã, lá. Talvez deixando de tudo. E indo pruma igreja. Talvez eles me aceitem de novo lá.

Este usuário está em tratamento no CAPS AD desde o início do ano. Fato que parece fazer com que esteja refletindo sobre as consequências do seu consumo de substância psicoativas, atribuindo ao consumo de substâncias psicoativas importância superior a outros possíveis problemas de saúde ou sociofamiliares. O mesmo acontece com Usuário 3. No momento da entrevista, havia ingressado há pouco tempo em uma comunidade terapêutica e estava sendo acompanhado pela equipe do Consultório na Rua em outras demandas de saúde, entre elas o HIV.

O fato de estar realizando outros tratamentos de saúde parece fazer emergirem outras percepções sobre sua condição de saúde. Ao observarmos as respostas do Usuário 3, isto fica mais claro.

Pesquisadora: Na tua opinião qual o teu maior problema de saúde?

Us 3 : Pra mim é... Pra mim o desespero que pega na minha cabeça é a AIDS que eu peguei. Porque tinha como evitar eu não evitei. E também foi o meu erro de seguir pelo caminho errado. Eu pensava que tudo é fácil, mas na verdade não.

Pesquisadora: Tu tens diagnóstico de HIV desde quando?

Us 3 : Eu com dezesseis anos já sabia.

Pesquisadora: Tu já tinhas fazer o exame?

Us 3 : Não foi um acidente. Daí fui parar no hospital São José. Daí médica fez uns exames e constou.

Pesquisadora: E tem 32. E algum momento tu fez tratamento?

Us 3 : Um ano e meio. Daí parei, depois voltei

mas fiz só uma semana.

Ao longo da entrevista com o participante 3, ele relata que realizou tratamento de HIV apenas uma vez após o diagnóstico e corresponde ao período em que estava em outra comunidade terapêutica. Durante o período em que faz o uso de substâncias psicoativas, quando está em situação de rua, não realiza o tratamento.

Os dados do I Censo Nacional de Pessoas em Situação de Rua, de 2009, identifica a prevalência de 5% de pessoas HIV+. Ao analisar este dado, Escorel (2009) levanta a possibilidade de estes serem subestimados devido à dificuldade de acesso desta população ao diagnóstico.

A equipe do Consultório na Rua de Joinville registrou no período analisado 11 casos de HIV positivo, nenhum dos casos foi identificado pela equipe, pois possuíam diagnósticos há mais de cinco anos e estavam sem tratamento. As justificativas para a falta do tratamento de HIV relatados pelos usuários são diversas: dificuldade em tomar a medicação e estar em situação de rua, falta de documentos para retirada da medicação ou não sentirem-se merecedores de cuidado.

Em uma conversa no âmbito do serviço CNaR a respeito de como este usuário estava se sentindo, questionou-se sobre a possibilidade de iniciar seu tratamento de HIV. E ele respondeu: “Eu sou ladrão.”, “Sou drogado.” A resposta desta pesquisadora, que, no momento, estava em horário de trabalho foi: “Eu não perguntei sobre isto, estamos falando de seu tratamento.” Isso se repetiu mais uma ou duas vezes. No dia 28 de abril de 2015, em um dia na Praça da Bandeira, novamente conversamos sobre seu tratamento e sobre as doenças que estava apresentando. Ele interrompeu e perguntou: “Tá, mas por que você está trabalhando neste emprego?” Respondi prontamente que eu creio que todos têm direito a saúde e a população de rua é a que menos acessa o SUS e que mais precisa. Ele então falou: “Se você quer me ajudar, me arruma uma vaga na Opção de Vida, lá tem vaga grátis”. Naquele momento, parei, pensei em todos os argumentos contrários que poderia utilizar para não encaminhá-lo para uma comunidade terapêutica, em todos os problemas teóricos e ideológicos. Mas respondi apenas: “Você sabe que não fazemos estes encaminhamentos?” E ele: “Sim, mas preciso de um lugar para dormir enquanto faço meus tratamentos. E se tu conseguir eu prometo que faço todos os tratamentos, HIV, hepatite, da mão e meus dentes. Mas primeiro preciso da minha carteira de identidade que eu perdi”. Não prometi, mas falei que iria verificar e que conhecia uma

pessoa lá. Eu não tinha outro lugar para ofertar, eu não poderia prometer nenhum outro lugar. Fiquei incomodada, com minhas convicções batendo diretamente com a vida prática, da necessidade de uma cama e alimentação, horários para poder cumprir com o tratamento.

Atualmente ele está interno em uma comunidade terapêutica e realiza todos os tratamento combinados naquele dia. A equipe do Consultório na Rua faz os acompanhamentos de saúde e está em negociação com a equipe do CAPS AD para incluí-lo na Unidade de Acolhimento após a desinstitucionalização da comunidade terapêutica. Não é o propósito deste trabalho analisar e avaliar a atuação das comunidades terapêuticas e a forma como conduzem seu tratamento. Mas algo é fato e cabível de ser analisado neste trabalho. As pessoas constroem seus vínculos com os demais através das relações, o que vivem com elas e qual significado dão a estas relações. Uma pessoa em situação de rua relaciona-se com outras na mesma situação e significa suas relações através dos momentos compartilhados. Se nestes momentos compartilhados é o uso de álcool e outras drogas que está na memória afetiva, parece que o simples afastamento do local não resolveria a problemática das pessoas em situação de rua. Pois, como já foi visto, o uso de substância psicoativas não é o único e nem nos parece o mais importante fator de condução às ruas. Mas que a necessidade de cama, alimentação e abrigo são importantes para outros tratamentos de saúde, também é uma conclusão cabível.

Retomando ao questionamento da percepção da saúde da população em situação de rua que ocupa as ruas da cidade de Joinville, o Usuário 3 define como o maior problema o seu envolvimento com as drogas. Além de apontar justamente o que havia me solicitado quando decidiu realizar os tratamentos.

Pesquisadora: tem algum outro problema?

Us 3: Não tem lugar pra dormir e não tem uma casa de acolhimento pra pessoa dormir.

Retomando o conceito de saúde ampliada, as condições sociais interferem diretamente no cuidado de saúde das pessoas estando ou não em situação de rua. Alinhando à questão de moradia levantada como condição para iniciar o tratamento, é possível sugerir que o fato de ter ou não uma moradia pode interferir nestes cuidados como na própria percepção da dimensão dos problemas de saúde.

A Usuária 2, também em tratamento das questões de álcool e

outras drogas, identifica que seus problemas de saúde são a hipertensão, a obesidade e as dores nas pernas. A questão do peso é retomada em vários momentos da entrevista. “Us2: Preciso emagrecer urgente, tá difícil pra mim.” Como citado anteriormente, no dia da entrevista esta usuária havia recebido a notícia que iria para a Unidade de Acolhimento e estava fazendo tratamento no CAPS AD havia dois meses. E, neste caso, é possível verificar que, no momento em que esta usuária recebe suporte para cuidado, outras questões de saúde surgem, outras necessidade, além do uso de álcool e outras drogas emergem e o autocuidado começa a surgir, desta forma podendo iniciar uma resignificação de sua vida.

O Usuário 5, único que está em abstinência há mais de 10 anos, avalia que seu problema de saúde é o pé quebrado e dor de estômago. Mas aponta algo que o Usuário 1 relatou somente antes da entrevista, a doença como redenção.

Sabe por que, você acordar que nem eu. Acho que eu, por este pé aqui eu to pagando meus pecados, talvez depois que eu quebrei o pé eu acho que os últimos meus pecados que eu tô pagando... Porque, se você mora na rua, se você quebrar até um braço tem jeito de você movimentar, você sair, você pegar, mas se você quebrar um pé do jeito que eu quebrei você andar com as duas muletas, sem fazer o movimento com as duas mãos.

Neste caso, a percepção sobre doença está diretamente relacionada ao fato de não conseguir dar conta das atividades necessárias para conseguir sobreviver na rua. Mas aponta a questão moral e a redenção, como se a condição de rua fosse uma forma de punição ao uso de drogas e outras ações que consideram como “defeitos”.

Ao avaliarem a condição de saúde geral das pessoas em situação de rua, o uso abusivo de substâncias psicoativas é citado como o maior problema por 4 dos 5 entrevistados.

A única entrevistada que apresenta outra avaliação é a usuária 2. Para ela, os problemas são outros. “Ah, tem várias doenças. Acho que tem muita tuberculose, HIV, doença que fica escondida, mas tem muita tosse.” As doenças escondidas podem ser entendidas como aquelas que não apresentam sintomas ou que não foram diagnosticadas. Escorel (2009) sinaliza que o desconhecimento do diagnóstico pode ser devido à

dificuldade de acesso aos diagnósticos. Nas entrevistas realizadas, pode-se analisar que o fato do abuso de álcool e outras drogas pode mascarar sintomas, não deixando outras queixas de saúde em evidência. Afinal, droga pode ser uma forma de anestesiar alguns dos sofrimentos da vida.

Esta hipótese reforça-se através do questionamento de como eles cuidam de sua saúde. O Usuário 1 e o Usuário 5 relatam que não cuidam de sua saúde. O interessante que um está em alto consumo de álcool e *crack* e ou outro está abstinente há mais de 12 anos.

O Usuário 4 acredita que o maior problema de saúde da população de rua é a droga, pois ela conduziria o usuário a outros problemas de saúde. “Us4: A droga que é o problema. Não come, não dorme, fica doente.”

Em relação ao cuidado com a saúde, sua resposta dá conta do que tem lhe incomodado a relação com as drogas.

Us 4: Olha...cuidá da saúde não tem que fumá cigarro, não bebe, dormi bem , comer bem, né? Trabalhar.

Us 4: Tem, óh, claro, quem não usa fuma cigarro, quem não usa droga. Agora a pouco, se eu fumá maconha eu acho que me prejudica um pouco. Dizem que não, fumá maconha não dá nada, que é natural. Eu acho que dá sim. Dá um pouco de sono. Eu acho é também, é droga. Quem fumá maconha não tem tanta saúde. Eu fumo quase todo dia.

Reitera que parar o uso das drogas é a solução dos problemas. Que o uso das drogas é o único fator que altera todas as áreas da vida, sem uma avaliação ampla das condições de vida.

Já a Usuária 2 relata dois momentos de cuidado de saúde. O primeiro em que não estava em acompanhamento das questões álcool e outras drogas e no momento atual.

Antes eu sabia que era hipertensa, mas não tratava. Eu sabia que tinha o postinho de saúde, mas não ia. Eu sabia que dava para fazer exames, mas não fazia não me importava. Até eu chegar ao CAPS foi um longo caminho.”

Agora eu to cuidando assim, oh. Tô fazendo meus exames. Preciso emagrecer urgente, tá difícil pra

mim. Tô incomodada com minha gordura, coisa que eu nunca me incomodei. Tô indo atrás e tomando as medicações que preciso.

A questão que se pode inferir é que não se trata de parar ou não o uso, mas da oferta de cuidado e acolhimento destas pessoas. No momento em que é possibilitado um cuidado ao usuário, em que ele percebe que é possível ser cuidado, que ele começa a reconhecer-se sujeito de direitos, sintomas que passavam despercebidos, ou sem importâncias tornam-se importantes. A avaliação dá-se na contradição dos consumos dos usuários 1 e 5, assim como nos relatos da usuária 2. O Consultório na Rua não tem o objetivo de retirar das ruas, mas de possibilitar o cuidado. Este cuidado pode gerar um desejo de vida.

Outro usuário relata como as pessoas em situação de rua cuidam de sua saúde através das portas de entradas das emergências.

Pesquisadora: Como tu cuida da tua saúde?

Us 3 : Hospital. A hora que to doente vou pro hospital. Não tem como cuidar da saúde por causa do dinheiro Pra começar.”

O que reafirma o verificado na pesquisa de Rosa et al (2006), como sendo os hospitais e prontos socorros o lugar de cuidado de saúde da população em situação de rua.

Algumas hipóteses podem ser geradas: O uso abusivo de substâncias psicoativas é considerado pela maioria dos entrevistados a maior questão de saúde do grupo de pessoas em situação de rua. Porém é possível sugerir que, ao se possibilitar o acolhimento e o cuidado, o uso deixa de ser o comportamento prioritário na maioria dos casos e o principal motivador de estar em situação de rua.

Corroborando com esta sugestão o fato de que, ao serem inseridos em casas de acolhimento, percebem suas reais demandas de saúde e conseguem, com o auxílio realizar os cuidados necessários. Neste caso, as equipes de saúde ocupam o lugar de familiares produzindo uma rede de proteção, possibilitando o autocuidado. Escorel (2000) identifica estes sujeitos como excluídos de nossa sociedade, não se referindo apenas ao mercado de trabalho, mas das diversas áreas da vida. "São caminhos que podem envolver discriminação, estigmatização, criminalização, não-reconhecimento, indiferença, negação da identidade ou identidade negativa, conformismo, naturalização e banalização." (ESCOREL, p. 144, 2000) Sendo que a

base de todos estes pontos é a exclusão. “No âmbito no qual podem ser analisadas trajetórias de inserção/desvinculação por meio dos fenômenos relacionados à saúde/doença e à violência.” (ESCOREL, p. 145, 2000).

Hart (2014) faz a seguinte avaliação: os meios de comunicação, assim como a sociedade científica insistiram no poder de devastação do *crack*, alegando que a substância era por si só o fator de dependência química. Mas o autor afirma, após sua pesquisa que fornecia *crack* sem limite de quantidade a dependentes químicos da substância, que:

O status socioeconômico alto proporciona mais acesso a empregos e fontes alternativas de significado, propósito, poder e prazer, além de melhor acesso aos cuidados de saúde mental. As diferenças relacionadas ao crack decorrem sobretudo das oportunidades econômicas, e não de propriedades particulares da droga (...), o vício – como a maioria das outras doenças – é um distúrbio decorrente da falta de oportunidades iguais. Como o câncer e as doenças cardíacas, ele concentram-se entre os pobres, que dispõem de muito menos acesso a dietas saudáveis e a atendimento médico constante. (HARDT, p. 261, 2014).

Portanto, mesmo com as narrativas analisando o uso abusivo como um problema repetidamente, é possível verificar que, no momento em que se possibilita uma opção a estes sujeitos, em sua grande maioria, o tema saúde surge. E que, mesmo em situação de rua, não estão isentos da influência midiática sobre a percepção de sua saúde.

4.9. HÁBITOS DE AUTOCUIDADO

Ao tratar da questão de autocuidado, são inúmeros os comportamentos necessários para uma vida saudável, porém, partindo do conhecimento sobre os hábitos e dinâmica da vida destas pessoas, pensou-se em hábitos mínimos diários. Outra questão pensada foi o cuidado da transmissão de doenças sexualmente transmissíveis por ser uma das primeiras ações pensadas pelas equipes de redução de danos quando estava sob coordenação dos programas de HIV e DSTs. Para esta análise foram inquiridos os seguintes temas: *alimentação, banho, uso de sanitários, sexo por dinheiro e uso de preservativo*. Para uma

análise mais didática, optou-se por subdividir os temas e, para facilitar sua visualização, as informações foram colocadas em quadros.

4.9.1. Alimentação

A questão da alimentação da população em situação de rua é algo que traz uma curiosidade/preocupação das pessoas em geral. A cidade de Joinville conta com 02 restaurantes populares de R\$1,00, porém um deles está fechado há mais de 2 anos e o outro se localiza a 6km da Região Central.

Durante as entrevistas, foram inquiridos sobre o local de alimentação, a forma de obtenção de comida, o número de refeições e a qualidade dos alimentos ingeridos pelos entrevistados. O quadro abaixo apresenta de forma sistematizada as informações sobre a alimentação dos usuários.

Quadro 13: Hábitos alimentares das pessoas em situação de rua entrevistadas.

Usuário	Costuma alimentar-se todos os dias?	Como consegue alimentos	Regularidade	O quê?
Us 1	Sim	Compra, Divide com alguém, Grupos de distribuição de alimentos.	Não tem regularidade	Não relata
Us 2	Sim	Compra, Instituições, Grupos de distribuição de alimentos.	5 vezes	Café da manhã, fritura, pão, bolacha, macarrão instantâneo)
Us 3	Não	Doação de restaurante;	Não tem regularidade	Fritura; Comida.
Us 4	Sim	Doação de restaurante; grupos de distribuição de alimentos; Instituições	2 vezes	Café da manhã, Comida
Us 5	Sim	Doação de restaurante e de Grupos religiosos; Instituições	3 vezes	Café da manhã, Comida, Fritura

Fonte: Autora, com base nas informações fornecidas pelos entrevistados.

No I Censo Nacional de População em Situação de Rua, (2009) identificou-se que 79,6% consegue realizar pelo menos uma refeição por dia. Como é possível verificar no quadro acima, apenas 1 dos entrevistados afirma que não realiza alimentação todos os dias, mas atribui este fato ao uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool. Outros dois usuários apontam que, quando estão sob efeito de álcool ou de *crack*, não se alimentam.

Usuário 3:

Us 3: Bem difícil, eu levanto (...) Eu ultimamente levantava e tomava um litro de cachaça. E às vezes, às seis horas da tarde comia um salgadinho, e enchia, se usava droga não comia mais. Comia lá no final da noite e olha lá. Usava droga, acabava tudo, daí ia dormir com a barriga vazia. Outro dia, só a mesma coisa. O que comia, comia pouco.

Pesquisadora: Tu não comia porque é difícil ter que pedir ou por causa da cachaça?

Us 3 : Por causa da cachaça.

Pesquisadora: Se tivesse comida mais fácil você comeria?

Us 3 : Acho difícil.

Usuária 2:

Pesquisadora: Mas e antes quando tu estavas fazendo uso das drogas?

Us 2 : Ah, tinha dias que eu nem comia.

Usuário 1:

Pesquisadora: E aonde tu costumava se alimentar?

Us 1 : Ah, daí eu peço pra alguém os o pessoal da igreja dá bastante comida também. O pessoal da igreja, e no restaurante, Ou às vezes “mangueia” dinheiro e se já estou com uma cachaça, depois compro uma comida, ou encontra alguém que tem um rango, reparte, desta forma.

Pesquisadora : : Tu come quantas vezes por dia?

Us 1 :As vezes nenhuma. Esses dias eu fiquei 7 dias sem comer. Só cachaça e droga... Daí, agora eu fiquei dois dias deitado, daí eu comi.

Em relação ao local de café da manhã, os usuários citaram como Centro POP e bares. Nestes bares, eles compram um café e também alimentação baseada em salgados fritos.

Outra forma de obter alimentos é o compartilhamento de alimentos com outras pessoas na mesma situação.

Um pouco mais tarde outro chegou com uma marmitta. Entregou para a mulher mais velha do grupo, e ela imediatamente falou: “Não vou comer sozinha, vamos dividir.” Eu estava sentada no meio dos três fazendo a refeição. Eles dividiam a marmitta e o utensílio para levar a comida a boca. Nada muito elaborado. Com a tampa da marmitta havia sido produzido um espécie de concha, nada nem industrial, nem feito com petróleo, penso que poderia ser com as mãos. As carnes foram comidas com as mãos. As mãos não foram lavadas. E eu profissional, de saúde pensava sobre a hepatite. E pensava se deveria ou não falar sobre. Mas na hora minha humanidade brotou e pensei em dividir com eles a marmitta. O cheiro estava muito bom e aparência linda! (Mapa de Campo da Pesquisadora)

O hábito de compartilhar alimentos é comumente observado pela equipe do Consultório na Rua. Dificilmente os usuários alimentam-se em frente aos outros sem compartilhar alimentos. Outro fato inusitado foi citado pela Usuária 2. Durante a entrevista, ela relatou que não estava frequentando a região central da cidade, pois é uma forma de ficar longe do uso de álcool e *crack*. E daí mostrou barras de cereais que são distribuídas pela equipe do Consultório na Rua e diz: “O pessoal pega e sempre traz para mim.”

Devido a este mesmo fato, de não ir à região central, a usuária estava morando em uma casa abandonada com outros seis usuários e relatou o seguinte:

Lá na casa nós levamos as coisinhas, fazemos fogueira para fazer comida, junta um real, dois reais. Daí a gente vai lá no Big [Supermercado] e compra salsicha e macarrão, cachorro quente a gente faz.

As doações ocorrem por alguns restaurantes, mas o mais famoso

é o “Restaurante do Maia”, que fornece almoço para população em situação de rua após as 14:00 horas. Eles buscam comida no local. Alguns usuários citam que o dono do restaurante cobra o recipiente para disponibilizar a alimentação no valor de R\$2,00 (dois reais).

Usuario 5

Us 5: É, de manhã, , que a gente vem aqui no centro pop. Toma café com pão. Almoço às duas horas a gente pega no restaurante (maia).

Usuário 4

Pesquisadora : Mas daí como é tu falou que é num restaurante que tu pega?

Us 4: É “malmita”.

Pesquisadora : : Eles dão?

Us 4: Dão.

Pesquisadora : : Eles dão pra todo mundo, ou como é que é?

Us 4: Todo mundo que quiser ir lá. Tem pessoa lá, com uma cumбуquinha, e à noite aqui, né? Aqui ou na estação.

Como pode ser observado ao final do relato do Usuário 4, à noite ocorre a distribuição de alimentos por grupos religiosos. Todos relatam os grupos religiosos pela cidade, a equipe do Consultório na Rua acompanha a distribuição nas terças-feiras, durante a saída de campo noturna.

Us 5 : E a noite a turma da igreja que leva. Então, pra mim, que eu não sei mais ou menos.

Em relação ao que é consumido pode-se observar que, quando o alimento não é de doação, a opção são alimentos que não necessitam de preparo, ou em que o preparo se dá com adição de água quente como o macarrão instantâneo de copo.

Verificou-se que, para o grupo participante, não ocorre falta de alimentos, mas que o acesso ocorre sempre por meio de doação, seja em instituições públicas, grupos religiosos, ou mesmo comércios, o que não configura estes homens como sujeitos de direitos. Isso finda por reforçar suas incapacidades e fracassos, dependentes de caridade.

4.9.2. Banho

O banho é outra indagação da população que desconhece as dinâmicas da população em situação de rua. Pois, ao representar-se uma pessoa em situação de rua, pensa-se em pessoas sujas, com forte odor e com cabelos e barbas grandes. Dos usuários entrevistados, apenas um deles não freqüentava o Centro POP, o usuário 4. Por esse motivo, não cita esta instituição como uma opção para realizar a higiene pessoal. A justificativa é a falta de documentos de identidade, sem ela o usuário é impedido de frequentar o serviço. A solução é fazer o boletim de ocorrência, mas outro problema é que a realização deste somente é possível via meio eletrônico. Nesse caso, o usuário opta por não utilizar o serviço. O quadro abaixo identifica a frequência e o local que estas pessoas realizam sua higiene.

Quadro 14 Frequência e local de realização do banho pelos usuários entrevistados.

Usuário	Frequência	Local
Us 1	2º à 6º feira	Centro pop
Us 2	<ul style="list-style-type: none"> • No uso SPA não tinha frequência; • Reduzia a uso SPA de 2º à 6º feira 	Centro pop; Torneiras
Us 3	1 x por mês	Centro pop; Torneira; Rodoviária
Us 4	4 x por semana	Torneira
Us 5	2º à 6º feira	Centro pop.

Fonte: Pesquisadora, com base nas informações disponibilizadas pelos usuários.

Assim como a alimentação, o uso de álcool e drogas é apontado como fator de não ter vontade de realizar a higiene diária.

Us 2: Quando eu tava no *crack* não tomava banho todo dia. Dependia.

Us 3 : Não, bem raro. Mas se eu quero tomar banho tomo banho frio mesmo.

Na falta da possibilidade de utilização do banheiro do Centro POP, a torneira de casas abandonadas ou que estão em locais públicos, como calçadas, é citada como uma opção por três dos entrevistados.

Us 4: tomá banho?

Pesquisadora: Tomar banho, escovar os dentes, cortá a unha...

Us 4: Tá feia, né, ... meu Deus!

Pesquisadora: tu consegue fazer tua higiene?

Us 4: Olha, tomá banho eu tomo na água gelada aí mesmo, na torneira.

Mas o lugar que foge à regra do grupo é citado pelo Usuário 3. Relata que vai até a rodoviária, lá tem banho quente e consegue liberar o banho com o motorista do ônibus.

Us 3 : Na rodoviária também. Tu vai lá, fala ganhei uma passagem, vou entrar no teu ônibus, mas vê o meu estado? Como outro passageiro vai sentar um cliente vip de vocês. Teu ibope vai lá embaixo! Daí o cara fala: tá o que tu quer? _Um banho. Daí eles deixam.

E, por fim, a regularidade do banho. O serviço do Centro POP funciona de segunda a sexta-feira, nos finais de semana não há opção de instituição pública. E a opção são as torneiras ou aguardar pela segunda-feira. O que chama atenção é o relato da usuária em relação ao período menstrual.

Pesquisadora: E como faz quando esta menstruada?

Us 2: É difícil. Mas a gente vai lá ao pop tomar banho ou arruma uma torneira para se lavar.

Pesquisadora : E conseguia absorvente?

Us 2: Consegue.

Pesquisadora :E banho?

Us 2 : Vai no pop e nas torneiras.

O número de mulheres em situação de rua, tanto nos dados nacionais, quanto na cidade de Joinville é inferior a 20% das pessoas nessa situação. Mas é consenso que as dificuldades destas mulheres são superiores a dos homens, devido a inúmeros fatores como violência e preconceito, incluindo a higiene íntima no período menstrual.

as mulheres em situação de rua constituem o grupo mais vulnerável de uma população que, pelas condições em que (sobre) vive, pode ser considerada nos limites inferiores de pobreza e vulnerabilidade. (BRASIL, 2009 p.187).

4.9.3. Uso do sanitário

O uso do sanitário pode ser algo mais problemático, dependendo do local em que o sujeito se encontra na cidade. A cidade de Joinville disponibiliza apenas um banheiro público, que fica na Praça Central, e pertence ao terminal urbano de ônibus.

No quadro abaixo, é possível observar que quatro dos cinco entrevistados citam o local como uma possibilidade, porém, no período noturno, o banheiro permanece fechado.

Quadro 15 Local utilizado para defecar e urinar pelas pessoas em situação de rua entrevistadas.

Usuário	Local
Us 1	Lanchonetes, igreja Na rua (urina)
Us 2	Bar, banheiro público, Na rua (urina)
Us 3	Mocó, mato, lixeiro, Banheiro público
Us 4	Banheiro público, mocó
Us 5	Banheiro público

Fonte: Pesquisadora, com base nas informações disponibilizadas pelos entrevistados.

A pesquisa de Gomes et al (2000) aponta que identificou que 41,46% da população em situação de rua utilizam vias públicas para defecação, incluindo praças, ruas e praias, por não ter local adequado para tal finalidade.

Us 4: Ah, daí eu acho um lugarzinho aí.

Qualquer lugar, não. Acho um lugarzinho aí.

Pesquisadora :Pra urinar é fácil, né?

Us 4: Mas pra fazer a necessidade tem que...

Pesquisadora: Como é que faz?

Us 4: Tem um mocó ali, um mocó ali na beira rio. E eu vou ali.

Pesquisadora: Vai ali? E não tem nem como se limpar, né?

Us 4: Pois éh

Durante as entrevistas, relatou-se certo constrangimento durante esta pergunta por todos os usuários. Mas, além do fato da dificuldade de local adequado para defecar e urinar, a higiene necessária também é citada como uma dificuldade.

4.9.4. Relações sexuais por dinheiro e uso de preservativo

O quadro abaixo sintetiza algumas informações sobre as relações sexuais por dinheiro e uso de preservativo entre os moradores de rua entrevistados. Apesar do uso do preservativo ser amplamente difundido e a distribuição facilitada pelos serviços de saúde, o seu uso ainda é reservado apenas para as relações sexuais por dinheiro. Fato relatado tanto por quem realizou ou realiza sexo por dinheiro, como por quem utilizou os serviços.

Quadro 16 Comportamento sexual - uso de preservativos e orientação de profissional de saúde das pessoas em situação de rua entrevistadas.

Usuário	Sexo por dinheiro	Uso de preservativo Relações por dinheiro	Uso de preservativo Com parceiro(a)	Orientação de profissional de saúde
Us 1	Sim	Sim	Não	Não
Us 2	Sim	Sim	NI	Não
Us 3	Não	-*	Às vezes	Não
Us 4	Não	-*	Não	Não
Us 5	Não	-*	Não	Sim

Fonte: Autora, com base nas informações dos entrevistados.

*Por ter respondido negativo para primeira pergunta, esta pergunta foi anulada.

Os usuários que relatam ter realizado sexo por dinheiro afirmam que usaram preservativo. E um dos usuários que diz ter saído com profissionais do sexo relata que usou com elas.

Pesquisadora: Mas já usou preservativo em algumas relações?

Us 3: Sim, principalmente mulher de rua, cincão. As mulher de programa tem que usar. Daí uso camisinha.

Este mesmo usuário relata que, ao descobrir ser soro +, deixou de fazer o uso de preservativo.

Pesquisadora: Você já fez sexo por dinheiro?

Us 1 : Já.

Pesquisadora: E nesta ocasião tu usaste preservativo?

Us 1 : Usei. Usei, nesta parte usei.

Nas relações em que ocorre com algum parceiro, fixo ou não, o uso do preservativo é sempre negado.

Us 4: Não. Que era namorada minha. Até a namorada eu perdi. Ela tinha 16 anos. Limpinha tudo. Eu fiquei meio assim pra usar camisinha, porque é limpinha, né?

Ao serem questionados sobre as orientações da forma do uso do preservativo por um profissional de saúde, apenas um usuário confirma. Os demais relatam que nunca tiveram a orientação do uso do preservativo. De modo geral, pode-se observar que a orientação é de outras pessoas que são próximas. Ou que, com a dificuldade em usar, a opção é de descartar o uso.

Pesquisadora: Algum profissional de saúde já sentou contigo para explicar como usa?

Us 2: Não. Aprendi com a vida. Primeiro uma mulher que já fazia programa que me explicou tudo como deveria fazer. Como cobrava. Disto cobra este tanto, disto cobra isto.

Us 1: Não. Às vezes eu não consigo colocar, aí eu vou sem mesmo. A maioria das vezes é sem, né.

Realizar orientação sobre o uso de preservativos e identificar as dificuldades do uso seriam funções das equipes de saúde, mas o que se pode cogitar é o despreparo destas equipes para tal tarefa, pois o sexo ainda é muitas vezes entendido como tabu em nossa sociedade.

Em relação aos hábitos de autocuidado, pode-se concluir que a precariedade da vida nas ruas torna hábitos cotidianos e rotineiros

difíceis e que necessitam de estratégias diferenciadas. Os achados nas entrevistas com pessoas que ocupam as ruas na cidade de Joinville vão ao encontro com os da pesquisa do censo nacional que conclui o seguinte em relação ao autocuidado:

Os cuidados com o corpo, saúde e higiene no caso de quem vive nas ruas são extremamente precários e as condições de quem vive vexigem que sejam encontradas estratégias para conseguir suprir as necessidades básicas cotidianas afeta a estes cuidados (BRASIL, 2009, p. 181)

O cuidado consigo pode ser o primeiro passo para o reestruturação da vida. O fato das pessoas saírem do estereótipo de “moradores de rua” poderia auxiliar como motivador de retomada de vida.

4.10. REDE DE SAÚDE E O CONSULTÓRIO NA RUA

O primeiro ponto para que seja possível acessar os serviços de saúde é conhecer os serviços disponíveis no território, um segundo ponto a ser considerado é a forma como a pessoa é recebida e, por fim, sua impressão da resolutividade deste serviço. Abaixo quadro que apresenta de forma geral os serviços referidos pelos usuários.

Quadro 17 Serviços de Saúde conhecidos pelas pessoas em situação de rua da cidade de Joinville entrevistadas

Usuário	Atenção Primária	Especialidades	Alta complexidade
Us 1	CNaR, UBS Bucarein,	Pronto Atendimento	-
Us 2	CNaR, UBS - Bucarein	CAPS AD, Laboratórios Municipal	Hospitais
Us 3	CNaR, UBS Bucarein	Pronto Atendimento, Unidade Sanitária	Hospital São José, Hospital Regional
Us 4	CNaR UBS – Fátima	Pronto Atendimento	Hospital Regional Hospital São José
Us 5	CNaR		Hospital São José

Fonte: Autora, com base nas informações dos entrevistados.

Além do serviço do Consultório na Rua, nenhum outro serviço foi citado por todos os usuários. Fato explicado devido ao critério de escolha dos entrevistados e da profissional do Consultório ser a entrevistadora. O segundo serviço mais citado foi a unidade básica de saúde, fato decorrente do alinhamento entre a Unidade Básica e o serviço do Centro POP. Outro ponto a ressaltar é que a pergunta referia-se ao fato de conhecer, não especificava se o usuário já teria ou não sido atendido pelo serviço.

Nenhum usuário relata ter sido impedido de entrar ou de ter sido negado seu atendimento nos locais, mas três deles reclamam da forma como foram atendidos nos serviços pelos profissionais de saúde e que atribuem ao fato de serem moradores de rua.

Us 3: A única coisa que eu fui humilhado mesmo, foi na unidade sanitária. Uma profissional de lá. Me tratou igual um cavalo. Eu cheguei lá, tinha hepatite, e a médica não me deu remédio. Daí eu fui embora. E eu fiz o tratamento lá na unidade sanitária de Itajaí.

Us 2 :Ah, discriminada. No hospital eu fiquei no corredor, daí eu vi que todo mundo subia pro quarto, mas eu não. Tu achas que isto não é discriminação? Depois do pós-operatório todo mundo sobe para o quarto e eu não subi. Fiquei no corredor até a alta.

O Usuário 1 e o Usuário 3 trazem a condução de profissionais da saúde como queixas.

Pesquisadora: Tu vais ao postinho, aí? E quando tu vais ao postinho como tu é atendido?

Us 1 : Escolachado, né? Risos.

Pesquisadora: Não é bem atendido?

Us 1 : Ah , não é a forma de ser bem atendido ou não. É escutar um monte de coisas, né? O cara fala que é da rua e tal, que sofre porque tu quer, ninguém te obriga a ficar assim, tá assim com esta perna assim.

Pesquisadora: Isto quando tu foi fazer o curativo?

Us 1 : uhum. Eu nem lembro quando que foi. Saí daí loco, cheio de dor, a mulher não parava, eu pedia, mas ela não parava.

Us 3: Eles vivem numa democracia, mas exigem muito de nós e nada deles. o atendimento? Demora demais e se a pessoa levantar a voz é perigo deles mandar o cara embora. Por desacato de funcionário público.

As análises gerais das entrevistas trazem queixas não de forma generalizada, mas de forma pontual a algum atendimento ou profissional pelo qual o usuário não se sentiu bem atendido ou sem resolutividade, como é o caso do usuário sem medicação no programa de HIV. De forma geral, a avaliação concorda com a pesquisa de Rosa et al (2006), que verifica que os usuários avaliam bem os serviços de saúde. Ela atribui ao fato de eles procurarem os prontos atendimentos e prontos socorros que tem alta resolutividade para suas queixas. Na pesquisa, a autora verifica que os profissionais não avaliam bem, pois acreditam que os serviços possam ofertar melhores atendimentos. No caso dos entrevistados da cidade de Joinville, estes informaram que são atendidos também na atenção básica.

A Usuária 2 e o Usuário 3 citam como a maior dificuldade o fato de não terem documentos, o que, às vezes, pode dificultar o atendimento.

Pesquisadora: Qual é a principal dificuldade pra ter acesso aos serviços de saúde?

Us 3: Documentos

Us 2: A pra mim sempre foi o documento, né?A tem a fila com especialista, mas isto é normal. Tem que esperar. Mas não acho que é tão difícil.

Os demais usuários não identificam problema para acessar os serviços de saúde e atribuem à falta de interesse pessoal como fator de não realizarem os tratamentos de saúde necessários. Identificam que o problema da demora para especialista não é o fato de estarem em situação de rua, mas ao funcionamento do sistema de saúde.

Outras duas queixas surgem: o usuário 4 aponta que se sentiu discriminado pelos outros usuários do serviço e o usuário 5 reclama o fato da falta de transporte após a desospitalização.

Fica claro que, no caso da cidade pesquisada, o maior desafio não

é conseguir o atendimento, mas que a rede incluía as pessoas em situação de rua na lógica do território, com acompanhamento de saúde, prontuários individuais e guardados na unidade para que seja possível o acompanhamento das condições de saúde destas pessoas e não ocorra a oferta apenas de atendimentos pontuais aos seus sintomas.

Neste sentido, foi interrogado sobre o que seria importante para avançar as funções do Consultório na Rua. A ideia mais inusitada foi do Usuário 3, que pensa que, para o atendimento da população em situação de rua, deveria ter um serviço completo ao lado do Centro POP. Que o Consultório deveria estar ali para atender e medicar. Fala em um hospital específico para população em situação de rua.

Pesquisadora: Você estava falando em ter um hospital só para população de rua.

Us 3: É uma sala no lado.

Pesquisadora: Precisa ter uma sala no lado?

Us 3: Uma sala no lado com uma equipe que atendia a população de rua ki nem vocês.

Pesquisadora: Nós!

Us 3: claro , daí vocês já atendiam o cara, já explicavam tudo certo

O objetivo é ser compreendido na sua especificidade, fato que reafirma a necessidade de articulação da Rede de Atenção à Saúde na discussão e difusão de conhecimento a respeito das características da população em situação de rua.

A Usuária 2 e o Usuário 4 apontam a necessidade de uma equipe maior, para que seja possível atender um número maior de pessoas.

Us 2: Eu acho que tinha que ter mais gente, tem que espalhar mais. Sempre atenderam bem, não só eu outros também. Falam: me levam lá, né? (Risos).”

O Usuário 1 não vê necessidade em melhorar o serviço, para ele está bom e o Usuário 5 volta a falar da necessidade de transporte.

O panorama geral das entrevistas com os usuários do serviço aponta algumas informações que concordam com os dados obtidos em outras pesquisas. Assim como corroboram com a desmistificação do consumo de substâncias psicoativas como o único problema das pessoas em situação de rua.

Souza (2009), ao falar sobre a construção da violência simbólica, traz a questão com a qual se torna possível a perpetuação da violência, ou seja, por ações sutis e que passam despercebidas em primeiro plano. A violência, aqui caracterizada pelo acesso à saúde, não se apresenta na negativa do atendimento, mas aparece de forma mais sutil. Surge nos comportamentos e comentários dos profissionais. Na alteração de procedimento padrão, como no caso da não transferência para um quarto para descansar após uma cirurgia. Nas intermináveis filas consideradas normais, pois pessoas domiciliadas ou não tem que esperar. Para Souza (2009), teríamos que incorporar uma indignação que considera inimaginável um sistema de saúde ou educacional privilegiado para uma classe e sucateado para classes baixas. A violência simbólica traz algo de perverso, pois ela é sutil, não se apresenta claramente, mas nos comentários, no trato, contribui para reforçar o subcidadão.

Os motivadores de ida à rua citados nas entrevistas fornecidas demonstram que a fragilização nas relações familiares e a falta de uma rede de proteção social e comunitária são os motivadores mais relevantes. As fragilizações dos vínculos familiares apresentam-se em diversos momentos da vida, podendo passar despercebidos no momento em que a pessoa passa a primeira noite na rua. Em geral, esse fato é atribuído pelos entrevistados como uma falha de caráter pessoal e que necessita de renição. Hart (2014) simplifica alegando que estas pessoas necessitam de oportunidades, em que possam reestruturar suas vidas.

Outro ponto relevante para um serviço de saúde é compreender a relação destas pessoas com a própria saúde. Na entrevista, foi possível perceber que, ao observarem o grupo de pessoas em situação de rua, identificam que o maior problema dessa população como sendo o uso de álcool ou drogas. Mas, ao analisarem a sua própria saúde, mesmo que façam uso ou tenham feito uso de substâncias psicoativas, identificam que seus maiores problemas estão ligados a outros fatores como dores, infecções e hipertensão, dentre outros. Atribuiu-se aqui que esta percepção pode ser em decorrência do fato de que três usuários não estão em situação de rua, no momento estão em algum serviço de acolhimento. Dois usuários estão em situação de rua, mas um deles está em abstinência há mais de 12 anos. Levanta-se hipóteses de que o resultado da pesquisa poderia ser diferente se os participantes estivessem em sem tratamento para questões de álcool e outras drogas.

A relação com os serviços de saúde traz duas informações importantes. A primeira é os usuário não relatam dificuldades para acessar os serviços de saúde, mas, em contraponto, apresenta a

informação da dificuldade para o usuário ir sozinho ao serviço. Esta segunda associa-se a dois fatores diretos: o primeiro é a forma de recepção destas pessoas pelos profissionais de saúde e o segundo dá-se pelos fluxos estabelecidos a partir do serviço e não das necessidades do usuário.

O autocuidado negligenciado pelos usuários não pode ser visto apenas deste ponto de vista, mas tem que ser analisado junto às ofertas dadas a estas pessoas para realização de higiene e alimentação. Já o uso de preservativo não difere da população em geral, fato observado diante da informação de que atualmente o grupo com maior crescimento de diagnóstico positivo são mulheres, casadas e fiéis. A distribuição do preservativo tem que acompanhar necessariamente orientações profissionais para que o usuário esclareça suas dúvidas e faça o uso correto.

Por fim, é possível observar a necessidade do serviço do Consultório na Rua agir nas duas frentes mencionadas. A de prestar atendimento de saúde a pessoas em situação de rua, realizando avaliações de saúde, acompanhamentos do usuário e das condições de saúde, identificando do que estas pessoas adoecem e por quais motivos.

5. PROFISSIONAIS E A GESTÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA

5.1. O QUE NOS DIZEM AS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A EQUIPE, GESTORES MUNICIPAIS E FEDERAIS?

Com o objetivo de proteger a identidade dos profissionais que concederam a entrevista, foi estabelecido o mesmo critério de sorteio utilizado para os usuários e, para estes, foram utilizadas as seguintes designações: prof 1, prof 2 e prof 3, para os profissionais do Consultório na Rua e ges 1, ges 2 e ges 3 para os gestores municipais e federal.

5.1.1 .Composição da equipe

A equipe do Consultório na Rua é composta por quatro profissionais, 02 com nível superior e 02 com formação técnica. A opção das áreas de formação ocorreu na fase de transição do Consultório de Rua para o Consultório na Rua, pelo então coordenador do CAPS AD. A escolha foi por ter na equipe profissionais das duas áreas consideradas prioritárias. Um profissional enfermeiro, que teria um olhar mais direcionado ao cuidado da saúde física, e um profissional da psicologia, que teria um olhar para a saúde mental. As profissionais técnicas são ambas da área enfermagem. Um dos motivos seria completar a equipe de enfermagem e a outra seria devido à pouca opção de pessoas com nível médio no quadro de profissionais da Secretaria de Saúde da cidade que pudessem realizar o cuidado direto com usuários, disponíveis na saúde.

O que teve mais foi a minha leitura de que nós poderíamos contar contigo como uma profissional que já tinha experiência do consultório, então não teria que ser capacitada do zero, que tinha disponibilidade, que tinha interesse em desenvolver isto, e eu acho que tem que ser assim. Não dá ser chamado do concurso e dizer: olha, é o que tem. Eu acho que tem que ter um pouco de vínculo emocional com isto, né? Dizer eu quero, eu acho interessante, eu gosto disto, e de ter enfermeiro, técnico de enfermagem ela veio como nosso entendimento que tem muita demanda deste outro campo, que não é só saúde mental. (ges 1)

Dos profissionais que integram a equipe, ocorreram duas formas de ingresso: por transferência e por acesso direto do concurso público. A descrição dos três profissionais entrevistados foi de que, ao serem chamados via concurso público ou transferência, receberam nenhuma ou pouca informação sobre o serviço para o qual haviam sido chamados.

Então, me chamaram do concurso. Falaram que era uma vaga de seis horas, quando eu cheguei ao Recurso Humanos falaram que era um tal de **consultório na rua**. Eu pensei que ia ser uma mesa na rua. Deve ser um consultório lá na rua! Não explicaram nada, nem sabiam do programa. Nem pra que servia, nem pra o que era, nem o público que atendia, nem o local certo. Falaram que tu vai ficar lá no CAPS AD até resolver. Fomos lá, ficamos lá, daí eles explicaram alguma coisa. (prof 2)

Então, eu pensei assim, é um trabalho que vai me manter na rua, porque quem trabalha na rua, de imediato, voltar e ficar trancada, que nem morador de rua, não consegue ficar trancado em quatro paredes por muito tempo. (prof 1)

A prioridade dos serviços públicos é ter pessoas concursadas, de carreira, que possam dar continuidade à implantação das políticas públicas independente do partido que esteja governando. Porém, o que se observa sobre os concursos públicos, é que os mesmos são generalistas, que o profissional não pode escolher seu campo de atuação e que seu currículo não é analisado como critério de acesso, nem durante o processo de classificação, nem após o ingresso. Ao analisar que nossas graduações são na sua grande maioria generalistas, que formam para atuar nas mais diversas áreas de competência da vida profissional, isto resulta em uma grande demanda para a formação continuada.

Em relação à formação profissional foi uma das queixas dos profissionais a transposição necessária para atuar no Consultório na Rua.

Formação profissional é inexistente pra população de rua, é uma formação aberta, é claro, nem um momento foi dito que a gente poderia

atender população de rua. A população de rua é um cidadão normal, mas o que a gente conhece agora, da situação de vulnerabilidade, necessita de uma formação exclusiva pro serviço e tal. Uma disciplina, uma coisa parecida...” (prof 3)

Porque técnico de enfermagem é técnico! Executa o que é mandado pelo médico ou pelo enfermeiro (prof 2)

No início do serviço e ainda atualmente, foram buscadas capacitações para dar conta das deficiências das formações, cursos mais longos como o ofertado pela Fiocruz e apoio do Ministério da Saúde. *“Atenção a saúde da população em situação de rua com foco nas equipes de consultório na rua”*. Os profissionais de nível superior participaram deste curso. Outro curso citado pelos profissionais foi o curso à distância ofertado pelo Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental e ministrado para UFSC: *“Da coesão à coerção”*. Para o gestor 3, a formação continuada não consegue e nem pode dar conta de toda especificidades dos trabalhos.

5.1.2. A implantação

O que se pode identificar é que a experiência anterior, da implantação do Consultório de Rua, vinculado ao CAPS AD, ficou restrita aos profissionais da Saúde Mental e a poucos serviços em que foi possível a parceria. O foco estava voltado para as questões de álcool e outras drogas, visto que os encaminhamentos foram quase na totalidade para o CAPS AD e para o Centro POP.

No âmbito da Secretaria da Saúde, esse desconhecimento parece ser algo “generalizado”. Iniciando-se com o fato dos Recursos Humanos não saberem orientar os profissionais recém-chegados. Retomando a história do serviço na cidade, este foi implantado após o fechamento do projeto piloto pelo fato de esse ser um dos serviços que estavam na contrapartida do plano *“Crack, é possível vencer”*, uma iniciativa do Governo Federal. Com a pactuação dos Governos Municipal e Federal no ano de 2013, o município precisaria implantar esse, entre outros, para ser contemplado com as verbas de segurança.

Os profissionais e gestores municipais avaliam que o que motivou a implantação do Consultório era algo que não estava ligado ao interesse direto no atendimento da população em situação de rua.

Atribuem este fato ao que chamam de “abandono”. Os profissionais sentem que seus trabalhos não têm importância para gestão, apenas para os usuários.

(...) acredito que Joinville enquadrou-se nos critérios. Porque devido que eu conversei com alguns profissionais esta população de rua, aqui em Joinville é quase inexistente, muito pouco, mas daí teve o censo nacional que deu um número de população de rua (prof 3)

Dinheiro, interesse, eu penso isto. Não. Tem alguma coisa. Tem uma verba ou uma coisa que ela vai ganhar lá na frente. Porque eles estão se lixando pro morador de rua. Eles só querem que limpe o local. A prefeitura vai lá e que fique limpinho para todo mundo. Por interesse de Joinville? (prof 2)

Eu não vejo a gestão se preocupar, conhecerem vocês, saberem do teu empenho, eles não se preocupam (prof 1)

Já os gestores observam de outro ponto: a falta de cobrança de indicadores, de resultados. Assim como os processos lentos para realizar a implantação, a lentidão com que as ações para implantação são realizadas.

Eu acho que se a gente não tivesse pressão do Ministério, a gente não aconteceria.
(ges 1)

As informações fornecidas durante a entrevista identificam que, no âmbito geral, o plano “*Crack*” não teve tanta importância para implantação do Consultório na Rua, nas cidades brasileiras, como teve para a cidade de Joinville.

O Plano *crack* nos ajudou muito a criar uma pauta coletiva. Então, pelo monitoramento sempre ser feito pela presidência da república, o consultório acabou estando na boca de todo mundo. Então ele estava na boca do cara do MDS, do cara da justiça, então em todo lugar alguém estava

pautando e comentando a constituição desta equipe.

O gestor 3 identifica três momentos de implantação que ocorreram e o momento atual. Seriam elas:

Primeira onda é o projeto-demanda de droga, Segunda : *crack* e constituição da RAPS, Terceira: financiamento e já pegamos a quarta, que estou chamando de fenômeno Fantástico. (ges 3)

A cidade de Joinville participou de dois destes momentos. O projeto piloto, que foi implantado entre os anos de 2011 e 2012. O relatório final deste período indica a importância deste serviço. Mas, nesse momento, ainda não estava vinculado à problemática específica de população em situação de rua, mas à problemática de uso abusivo de substâncias psicoativas. E o segundo momento, com a implantação do plano “*Crack*” e a construção da Rede de Atenção Psicossocial. Durante a implantação, no início de abril de 2014, teve o que o gestor 3 chamou de financiamento, que dobrou o valor do recurso de R\$ 9.900,00 para R\$19.900,00 para equipes de modalidade tipo 1.

O que ele está chamando de “Fenômeno Fantástico” é o fato de que, dias antes da entrevista com ele, ter sido vinculado no programa Fantástico, da TV Globo, uma reportagem sobre as equipes do Consultório na Rua. Atribui esta vinculação à repercussão que essas equipes estão tendo nas cidades em que estão implantadas.

É uma equipe que, num primeiro momento, dá um pouco de problema, que começa a mostrar os furos da rede, mas, quando a equipe é boa e comprometida, ela começa a estabelecer método para o encontro das pessoas. Ela não vai pautar reunião o tempo todo. Ela pauta reunião, mas leva o método para a reunião. Por ter um grupo menor, com um contorno maior, ela consegue pautar quais são os pedidos, consegue pautar por epidemiologia. (ges 3)

Novamente, surge a importância da articulação para constituição da Rede de Apoio para População em Situação de Rua. O gestor 3 aponta que alguns fatores contribuem para esta articulação: a delimitação da clientela e a atitude das equipes e propostas de trabalho.

Esta característica já introduz o próximo tópico elencado, da contribuição destas equipes para a construção do SUS.

5.1.3. A contribuição destas equipes do Consultório para o SUS

Os profissionais entrevistados trazem diversas percepções sobre as contribuições do Consultório na Rua para o SUS. As percepções podem ser classificadas como: redução de custos, porta de entrada do SUS, ampliação das Redes de Atenção e a sensibilização de profissionais para o atendimento de populações vulneráveis. Se alinharmos estas respostas aos objetivos do Consultório na Rua, é possível fazer uma ponte com os seguintes objetivos: ordenamento da rede, atendimento da população em situação de rua, articulação da Rede de Saúde para atendimento a esta população nos pontos de atenção. Para o gestor 3, a contribuição do Consultório na Rua está muito mais na construção de redes. Para ele, é possível verificar que, à medida que alguma equipe do Consultório na Rua inicia seus trabalhos, é possível verificar a construção de redes.

Isto se une à análise do item de articulação da rede. As pessoas em situação de rua exigem que as equipes do Consultório ampliem suas ações, pactuem, acompanhem usuários, negociem. Estas ações possibilitam uma reflexão sobre o papel de cada profissional e do estabelecimento de regras rígidas para o atendimento da população, possibilitando um aprofundamento nas questões de equidade em saúde, ou seja, possibilitar ações diferentes para quem delas necessitam, visando o atendimento das necessidades de saúde.

Em relação ao objetivo de possibilitar o acesso, já foi identificado que necessita de articulação da rede, como é possível estabelecer esta articulação – uns chamam de sensibilização, outros de capacitação. O objetivo é possibilitar que, no momento em que a pessoa em situação de rua chegue à unidade de saúde, seja na atenção básica ou não, o profissional saiba das particularidades desta população e possibilite um atendimento que seja possível ao usuário ser acolhido e ter suas necessidades atendidas.

Eu não gosto daquela coisa da sensibilização, Se a gente capacita, se a gente dá informação, aquele que não se sensibiliza é aquele que não iria de qualquer forma, risos. Então assim eu acho que

falta muito informação ainda, as pessoas não sabem direito o que é como é, o que faz, acho que a gente precisa ser capacitada enquanto equipe né?” (ges 1)

(...) se ele não achar que vale a pena, ela vai dar uma atenção pouco qualificada, apesar de dizer do ponto de vista ético, isso não existe, que todo mundo é atendido igual, você sabe que na prática não é assim. (ges 2)

Os profissionais do Consultório informam que verificam uma maior adesão desta população a serviços de saúde indicados pela equipe, ou encaminhados.

As melhorias que eu consigo ver até agora é que está abrindo várias portas pra eles no sistema de saúde com a gente. Percebe que, através da equipe, tá facilitando acesso pra muitos, inclusive até nos hospitais. (prof 3)

5.2 SITUAÇÃO ATUAL DA EQUIPE

Para os profissionais, a equipe esta “abandonada”. Os três profissionais que compõem a equipe do Consultório na Rua apontam que seria necessária uma coordenação para representar a equipe, ou para possibilitar uma direção técnica respaldada pela Secretaria.

Eu acho que é coordenação deixar claro isso. Vocês são responsáveis e vocês terão o respaldo do grupo, vocês podem responder. Vai que eu responda uma coisa lá, e chega lá na frente, não era bem isto (prof 2)

Eu não me sinto bem conversando com a rede, eu me dou com os usuários. (prof 3)

Tudo é tão demorado, telefone tão demorado, barrinha de cereal é tão difícil. Coordenação não tem. A gente tem uma coordenação só para cuidar do ponto, parece índio. Eu não preciso de coordenação para cuidar do ponto eu sei cuidar do ponto. (prof 1)

Esta avaliação apresenta não somente alguém para cuidar, controlar, mas demonstra, para equipe, uma direção técnica e respaldo. Para a equipe, a coordenação iria possibilitar o reconhecimento pela Secretaria de que a equipe reclama. A equipe entende que o coordenador poderia dar uma condução mais segura e com respaldo da gestão. E parece que se alinha com a percepção geral do Ministério da Saúde.

As equipes são ainda, elas ainda sofrem com certo isolamento. Eu acho que vai ser bem importante a gente criar estratégias, de troca, tanto virtuais, comunidades de práticas, mostrar a inserção do consultório em espaços de discussão, fazer coisas que são específicas de reconhecimento de alto reconhecimento, como estratégias que é para dar maior visibilidade para o trabalho que é feito. Eu acho que talvez os consultórios precisam se reconhecer e ser reconhecidos. (ges 3)

6. DISCUSSÃO

Este trabalho se propôs analisar a implantação do serviço Consultório na Rua da cidade de Joinville. Serviço destinado à população em situação de rua do município, objetivando possibilitar o acesso ao Sistema Único de Saúde, garantindo a equidade em saúde.

A pesquisa é um relato de experiência. A pesquisadora integra a equipe do Consultório na Rua da cidade de Joinville e, nos últimos 4 anos, esteve atuando nesse processo. Para o pesquisador, a pesquisa participativa traz um desafio de estar inserido no centro do objeto de estudo e ter que se afastar para possibilitar o distanciamento necessário para analisar e avaliar, indo além da aparência do fenômeno.

Pensar em um serviço de saúde para uma população em situação de rua é desconstruir valores e certezas do cuidado de saúde cristalizado pelos profissionais que atuam na rede de atenção à saúde. Trabalhar em prol dessas pessoas é debruçar-se sobre os processos excludentes da sociedade atual. Estes sujeitos estão em um patamar econômico abaixo da linha de pobreza, ou seja, não possuem condições para suprir as necessidades de alimentação, nem as necessidades de vestuário, educação, despesas pessoais e habitação.

Com base nos dados que descrevem o perfil dos usuários do Consultório na Rua da cidade de Joinville, pode-se identificar uma população formada em sua maioria por homens, que estão na faixa etária de 25 e 40 anos. O número de pessoas negras e pardas em situação de rua é 2,5 vezes maior do que a distribuição desta população geral no município. Permanece uma inquietação: o que conduz estas pessoas para a rua? Por que tantos homens que estão na vida produtiva ocupam as ruas em condição abaixo da linha da pobreza, na maior cidade de Santa Catarina, com muitas oportunidades de emprego?

Alguns podem atribuir essa ida para a rua ao abuso de álcool ou de outras drogas. Ao analisarmos os dados brutos do consumo de drogas pelas pessoas em situação de rua, cadastradas pela equipe do Consultório na Rua, pode-se reforçar esta ideia de este ser o motivo principal. Entretanto, ao relacioná-los aos dados de uso de substâncias psicoativas por pessoas domiciliadas, esta hipótese perde consistência. O número de pessoas cadastradas pela equipe do Consultório na Rua da cidade de Joinville, no período de 21 de outubro de 2014 e 28 de maio de 2015, em números absolutos, foi de 252 pessoas. Deste montante, 63% fazem consumo de álcool, comparando os dados, ele é abaixo do percentual apresentado pela pesquisa da CEBRID (2005) sobre o uso de

álcool por pessoas domiciliadas na região do sul do país, que é de 73,9%, tendo a estimativa de 14,9% de dependentes químicos para o álcool. Não é possível comparar os dados em relação ao dependentes químicos, pois este dado é inexistente para a população em situação de rua da cidade de Joinville.

Os dados de doenças (ou queixas que levaram a um diagnóstico) referidas pelos usuários indicam que, até o momento, foi possível identificar o sofrimento mental (com maiores incidências de casos de depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia) como o maior problema de saúde, seguido de HIV, problemas odontológicos, hipertensão e hepatites. No cadastro geral, há o relato de 124 queixas de problemas de saúde, podendo ser mais de uma por um mesmo usuário. Escorel (1999), em seu estudo citado acima, encontra uma forte associação entre transtorno mental e problemas familiares com a ida para a rua.

Para avaliar um serviço que atenda a uma população específica é importante conhecer a dinâmica desta população. Os motivos que as levam às ruas, seus hábitos de autocuidado, as razões que as impedem de utilizarem os serviços de saúde do município. Para tanto, optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa com cinco usuários do serviço.

Após a análise dos dados obtidos por meio da realização das entrevistas, foi possível concluir que estes não diferem dos achados nas pesquisas de Escorel (1999), Rosa (2005) e Snow e Anderson (1998), segundo as quais os motivadores que impulsionaram a ida das pessoas à rua foram os conflitos familiares e a fragilização de vínculos. Nas entrevistas realizadas na cidade de Joinville, todos os usuários referem como um dos motivadores a relação familiar. Tanto nas pesquisas referidas, como nas entrevistas realizadas para esta dissertação, os conflitos familiares ligam-se aos transtornos mentais e/ou ao uso de substâncias psicoativas como motivador da ida às ruas.

Em relação ao transtorno mental, pode-se refletir sobre a informação das famílias dos entrevistados sobre os cuidados de pessoas em sofrimento mental, que é precária ou inexistente. Parece-nos que, para o grupo citado, esta informação não foi fornecida para que pudessem sustentar as mudanças de comportamentos de seus familiares, o que nos parece ter contribuído para o afastamento destas pessoas de suas famílias. Em relação ao abuso de substâncias psicoativas pode-se dizer o mesmo.

No caso de famílias de origem, observa-se uma gradual migração à rua construída através do fortalecimento dos vínculos com pessoas que vivem nas ruas e serviços como restaurantes. No que tange os

entrevistados que foram às ruas quando já haviam constituído suas próprias famílias, as rupturas foram ainda mais drásticas, ou seja, no momento da separação.

Em relação à saúde, o que nos chama atenção é a percepção dos entrevistados a respeito do maior problema de saúde do conjunto das pessoas em situação de rua na cidade. De maneira geral, consideram o vício, ou o uso de substâncias psicoativas, como o principal problema de saúde, porém ao analisarem sua condição de saúde não apresentam a mesma avaliação. Apenas um deles tem o vício como seu principal problema de saúde. A justificativa pode ser dada pelo momento em que os entrevistados estão. Três deles estão em tratamento e morando ou na Unidade de Acolhimento ou em uma comunidade terapêutica e 1 deles está em abstinência. Cogita-se aqui que, se a entrevista fosse feita com outros usuários, a resposta poderia ter sido diferente.

Na pesquisa de Rosa et al (2006), em que foram realizadas entrevistas com pessoas em situação de rua albergadas e profissionais destes abrigos na cidade de São Paulo, chegou-se à seguinte conclusão: os entrevistados acreditam que o maior problema da população em situação de rua é o uso abusivo de álcool, que compromete laços familiares e vínculos empregatícios. Já para os profissionais participantes da pesquisa, o álcool é utilizado como meio para fuga da realidade de rua.

O alto consumo de substâncias psicoativas pode interferir nas percepções acerca da própria saúde. O que antes não possuía relevância, agora se apresenta como um problema que os impedem de retomar a vida. Afinal, o uso de substâncias psicoativas tem o objetivo primordial de alteração da percepção e, como tal, pode ser utilizada como um “anestésico” da vida, ou seja, faz com que estas pessoas afastem de seus sofrimentos físicos ou mentais.

Em relação ao autocuidado, foi possível observar que a alimentação, de modo geral, provém de doações de instituições religiosas ou de comerciantes, apenas o café sendo fornecido por um órgão público. O que pode indicar baixa qualidade da alimentação e baixo poder de escolha.

O banho é realizado, na maioria dos casos, no Centro POP. Rosa et al (2006), em pesquisa sobre os processos de saúde da população em situação de rua, identifica que “os estigmas surgem no momento em que o povo de rua passa a se descuidar, muitas vezes dado à auto-estima fragilizada, assumindo características próprias que a sociedade identifica como mendigo, maltrapilho, mal-cheiroso.” (ROSA et al, 2006, p.335).

A oferta de cuidados de higiene, como já foi apontado neste trabalho e corrobora a pesquisa de Rosa et al (2006), pode ser um primeiro momento de desconstrução da identidade estigmatizada da população em situação de rua.

O uso do banheiro para defecar e urinar é um problema devido à inexistência de banheiros públicos, principalmente no período noturno. Gomes et al, (2002) em pesquisa realizada sobre infestação por parasitoses, em que foram realizados 82 exames de fezes em pessoas em situação de rua, chegaram ao seguinte resultado 37,9% da amostra positivo para monoparasitarismo, 25,5% positivo para poliparasitarismo. Os 75% negativos foi de pessoas que frequentavam um albergue que fornecia vermífugo a todos os usuários. Das pessoas entrevistadas nesta pesquisa 41,46% afirmaram que utilizam logradouros públicos, como praças e praias para fazer suas “necessidades físicas”. A disponibilização de banheiros públicos, seguros e limpos poderia ser útil para solucionar este problema, como das demais pessoas que ocupam a cidade.

O uso de preservativo é restrito ao sexo pago, seja como profissional do sexo ou usuário do serviço, mesmo com oferta e disponibilização gratuita. As pessoas que possuem relação afetiva ou aparentam ser “limpinhos”, para eles estariam isentos de possuir alguma doença sexualmente transmissível.

A avaliação direta da importância do serviço Consultório na Rua é a análise da inserção destas pessoas no SUS. Identificar os serviços utilizados, como são recebidos e o que os afastam do cuidado de saúde é fundamental para avaliar a melhor maneira de possibilitar a equidade em saúde. O dado relevante atribui-se ao caso dos usuários conhecerem a atenção básica e serem atendidos. Este fato atribui-se pela proximidade do Centro POP e da Unidade Básica referida por eles. As queixas dos usuários apresentam o que Souza (2009) caracteriza por violência simbólica, ou seja, que torna possível a naturalização de uma desigualdade social.

A história do Consultório na Rua passou por um longo processo até a sua implantação de fato. Primeiramente, no projeto inicial, esteve vinculado ao CAPS AD. Por falta de equipe própria, teve sua finalização. Seguido da fase em que apenas duas profissionais ficaram à disposição do serviço, sem a possibilidade de prestar atenção direta aos usuários. E o longo período desde a pactuação do termo do Plano “*Crack, é possível vencer*” e o início das atividades.

As entrevistas com os profissionais do Consultório na Rua, da

gestão municipal e federal apresentaram alguns pontos de reflexão. Inicialmente, analisou-se a forma de ingresso dos profissionais no serviço do Consultório na Rua. Os profissionais indicam que o fator mais importante é o perfil do profissional e não tanto seu conhecimento específico. Na referida equipe atual do Consultório na Rua, há 2 profissionais ingressando via concurso público e 2 profissionais, por transferência. Foram entrevistados três profissionais e, dos três, nenhum teve informações suficientes sobre o serviço. Atribuem à formação continuada uma carga grande para a atuação no Consultório na Rua. Queixam-se da gestão que, no entendimento deles, não valoriza o serviço. Esta desvalorização surge com a falta de coordenação e a demora dos equipamentos necessários para a realização do serviço. Os profissionais gestores contribuem para esta avaliação e também indicam que não tiveram informações suficientes na implantação do serviço.

O que foi possível concluir foi que o serviço existe na cidade por pressão do Governo Federal, que, na cidade de Joinville, veio mediante à assinatura do plano “*Crack, é possível vencer*”. O gestor federal entrevistado aponta que o Governo Federal apresentou algumas estratégias para a implantação, mas que, em alguns municípios, a qualidade das equipes e o recurso financeiro despertam o interesse dos governantes municipais.

Ao longo deste período, o Consultório de/na Rua apresentou-se como um potente instrumento para o desenvolvimento da promoção de saúde e conseqüente desenvolvimento do autocuidado das pessoas em situação de rua. Através do projeto piloto, foi possível observar o aumento de usuários em situação de rua frequentando o serviço do CAPS AD. Posteriormente, foi possível ampliar o cuidado em saúde e verificar que os ganhos no desejo de vida apresentam-se no cumprimento de longos tratamentos de saúde, como tuberculose e HIV, na participação de serviços como CAPS AD e Centro POP e na incorporação de projetos de vida por estas pessoas.

Alguns pontos são essenciais para implantação do serviço Consultório na Rua. O conhecimento da dinâmica da população em situação de rua, das demandas de saúde, dos comportamentos ligados ao autocuidado e o conhecimento desta população sobre a rede de saúde.

O cuidado em saúde não pode ocorrer isoladamente de outros atores públicos e a articulação entre o serviço do Consultório na Rua e demais serviços, tanto de saúde, como das demais políticas públicas, torna-se fundamental para que se possibilite resolutividade nas ações. Assim como os motivadores da ida às ruas não se restringem a um

motivador, a solução não pode ser unilateral e simples. Um serviço isolado, mesmo com boas intenções e perfil profissional adequado pouco pode ofertar de oportunidades aos usuários. As articulações rede em prol da população em situação de rua devem ocorrer entre as diversas políticas públicas em Saúde, Assistência Social, Educação, Trabalho e Moradia. Estas articulações são fundamentais para sustentar o vínculo com o usuário, pois as negociações ocorrem no cotidiano do trabalho nas ruas.

A escolha da equipe deve possibilitar uma opção ao profissional. O perfil deste profissional compreende poder estar junto a estas pessoas, apresentar empatia, tentar incessantemente livrar-se de conceitos moralizantes e colocar-se a negociar e respeitar o usuário, respeitando opções e escolhas.

E, ao pensarmos em ações para tratamento de pessoas que estão em situação de rua e fazem uso de substâncias psicoativas, não precisamos falar ou problematizar direto o problema do consumo, mas aproveitar a oportunidade de cuidado para indicar que uma nova relação com a vida é possível. Nestes casos, pode-se obter um uso menos prejudicial destas substâncias, pois, à medida que você insere outros elementos na vida destas pessoas, o espaço e tempo para o consumo tornam-se reduzidos e colocados em segundo plano.

Portanto, a implantação do serviço Consultório na Rua pode comprovar que, à medida que se oferta alguma forma de cuidado direto a estas pessoas, é possível despertar o desejo de retomada da vida. A grande questão ligada à ação necessária para retirar estas pessoas das ruas pode ter como primeira ação os cuidados de saúde. Estas pessoas apresentam uma história de vida entrelaçada a negligências e violências. Seus processos de exclusão estão além de não estarem inseridas no mercado de trabalho, estão à margem das relações sociais, excluídas das mais diversas formas. Em seus relatos, apresentam-se com um viver isolado ao longe da vida, podendo nos apontar que a ida às ruas não ocorre por um motivo pontual, mas por diversos momentos em que se percebem sozinhos, isolados do afeto humano e, ao estarem nas ruas, reconhecem-se pertencentes a um grupo. E a dialética exclusão/inclusão mostra-se atuante, pois se estou excluído de algo, estou incluído em outro. O sofrimento apresenta-se disfarçado e não consciente, mas emerge devido ao fato de que a escolha pela rua deu-se em um momento que esta lhe pareceu a melhor possibilidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Consultório na Rua é um serviço criado para ofertar serviços de saúde para população em situação de rua, visando a atenção integral à saúde desta população. Fruto de empenho e luta de movimentos sociais e trabalhadores da saúde.

A implantação deste serviço na cidade de Joinvile deu-se por pressão do Governo Federal, sem a qual, segundo a conclusão das entrevistas com profissionais e gestores, não poderia ser implantado. A pressão ocorreu através do pacote de serviços a serem ofertados na pactuação do plano “*Crack, é possível vencer*”. Inicialmente, vem responder as angustias de como lidar com o uso de substâncias psicoativas nas ruas das grandes cidades, mas, ao ampliar seu olhar para uma atenção integral em saúde, tirando o uso de substâncias psicoativas do foco, amplia sua ação e sua resolutividade.

Durante a análise da implantação do Consultório na Rua, verificou-se que esta população ocupa, em sua maioria, a região central da cidade. Tal fato dá-se devido à oferta de serviços públicos e possibilidade de obtenção de renda, alimentos e abrigo. Poucas pessoas em situação de rua são encontradas longe desta região.

Verificou-se que, à população em situação de rua, não lhe é negado o direito aos serviços de saúde, porém este acesso não respeita a equidade em saúde, ou seja, as especificidades desta população. O que evidencia a necessidade do serviço realizar ações para articulação da rede de saúde, objetivando esta garantia.

Na análise da articulação e a necessidade de sensibilização da Rede de Saúde e das demais políticas públicas, verificou-se que as reuniões sistemáticas e, principalmente, os estudos de casos potencializam a rede. Em um primeiro momento, estas reuniões podem apresentar as lacunas da rede, mas, posteriormente, ocorre uma reorganização destes serviços, objetivando o cuidado e o acolhimento do usuário. E pode-se inferir que, à medida que os serviços aproximam-se, ocorre a possibilidade de uma maior resolutividade dos encaminhamentos. Tal hipótese emerge diante da análise da relação entre os serviços Centro POP e Consultório na Rua. Nessa condição, o favorecido é o usuário, pois a rede amplia o cuidado e a proteção dele.

Durante as entrevistas com os usuários do Consultório na Rua, pode-se verificar que os motivadores de ida à rua apresentam uma grande amplitude, mas as entrevistas corroboram as demais pesquisas realizadas no Brasil, EUA e Europa, que trazem elementos econômicos

e sociais como motivadores para ida às ruas. Nestas entrevistas a fragilização dos vínculos familiares apresentou-se como pano de fundo para os demais motivadores.

Os processos burocráticos necessários para efetivação do Consultório na Rua podem ser resumidos por aprovações em instâncias deliberativas, estrutura e contratação/capacitação da equipe. No processo analisado, estas instâncias como, CIB e Conselho Municipal de Saúde apresentam diferentes percepções a respeito da especificidade e necessidade do serviço de saúde para uma população que habita as ruas da cidade.

A estruturação necessita de um primeiro olhar para a demanda que se pretende atender. No caso do local em que a equipe irá ocupar na cidade, é importante delimitar qual o maior território de concentração da população, pois o serviço é itinerante, mas necessita possuir uma porta de entrada física para que a população possa ir ao encontro da equipe. O veículo utilizado deve possibilitar o transporte da equipe, equipamentos e, quando necessário, de usuários. Outros materiais surgem como fundamentais ao trabalhar com esta população. Kits de redução de danos como alimentos de rápida absorção e água potável; telefone celular para que os usuários possam entrar em contato com a equipe e para que a equipe possa acionar a rede quando estiver em campo; material para realização de curativos; aparelho de verificação de pressão arterial; aparelho de verificação de HGT e testes rápidos são potencializadores da avaliação da saúde desta população.

A equipe necessita de capacitação específica para que seja possível a transposição das formações clássicas fornecidas por cursos técnicos e de graduação para uma formação que compreenda e entenda as nuances das pessoas que habitam as ruas das cidades.

Inserir a população em situação de rua no Sistema Único de Saúde é possibilitar que os profissionais, operadores do sistema, exerçam o princípio de equidade, possibilitando ações e condutas diferentes para aqueles que delas necessitem, visando a garantia do atendimento à saúde. Este exercício pode ser potencializador para que os profissionais exerçam em suas ações diárias outras formas de promoção da saúde e da equidade em saúde com as diversas pessoas de suas cidades. Flexibilizar o atendimento não necessariamente é desorganizar o serviço.

Outro aspecto a considerar para a implantação do serviço é o olhar para a promoção da saúde. Parte-se do desafio de promover saúde para uma população que está distante das condições mínimas de

necessidades humanas como alimentação, vestuário, abrigo. Promover a saúde desta população é estar próximo, ser encontrado e encontrá-los. Em um segundo momento, é possibilitar a reflexão sobre sua condição de saúde e o uso/abuso de substâncias psicoativas.

Após a realização da análise da implantação do serviço, uma reflexão a respeito das formações, tanto técnicas como de graduações, faz-se necessária. É imprescindível que as formações de profissionais da saúde considerem o debate acerca de populações vulneráveis. Aqui ressaltamos as cinco que possuem uma política nacional formalizada: Política de Saúde da População Negra, de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT), Ciganos, de Matas e Florestas e População em Situação de Rua. Outro ponto que há de se discutir nos cursos da saúde, com dedicação e respeito necessários, são os princípios fundamentais do SUS – universalidade, equidade e integralidade.

Reiteramos que nenhum serviço, principalmente com este público, possa ter resolutividade em suas ações se estiver isolado. Para garantia do atendimento da população dentro dos princípios de equidade em saúde é indefensável que as ações de articulações entre os serviços estejam em um dos pilares de atuação.

Portanto, para que um serviço de Consultório na Rua possa atingir seus objetivos é necessário: reconhecer as condições em que a população em situação de rua da cidade vive e quais suas demandas de saúde, profissionais com perfil para atuação na rua que devem incluir habilidade de comunicação com os usuários, desprendimento de questões morais e baixa resistência a mudanças e, por fim, a articulação entre os serviços.

Ao final deste trabalho pode-se levantar outra hipótese. A que, ao fortalecer o usuário, aproximá-lo de seus familiares ou fomentar uma rede de proteção, é possível verificar a retomada de projetos de vida e desejo de mudança. Os diversos processos de exclusão observados nestas entrevistas parecem pontos cruciais para ida à rua.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Deidvid de. **Pessoas em situação de rua, uso de drogas e consultório de rua**. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Centro da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<http://tede.ufsc.br/teses/PPSM0001-D.pdf>>acessado>. Acesso em: 01 jul. 2013.

AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. **Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia**, B. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 1, n. 28, p.115-124, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n1/12.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 123 p. (Temas em Saúde). Edição revisada e ampliada.

BABRETTI, Humberto; RACHID, Raquel. **Vadiagem: efeitos revogados de uma contravenção que vigora**. Revista Liberdades, São Paulo, v. 1, n. 13, p.03-14, ago. 2013. Disponível em: <www.ibccrim.org.br/revista_liberdades_artigo/171-HISTORIA>. Acesso em: 24 jun. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977. 226 p.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. Tradução: Plínio Dentzien.

BOHM, Denise. **Informações centro pop**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <joicepacheco@hotmail.com>. em: 30 jul. 2015.

BRASIL GM/SM. **Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Portaria Ministério da Saúde 816 30 de Abril de 2002**: Portaria GM/SM 816. Brasília, Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_20>

02.html>. Acesso em: 30 abr. 2002.

BRASIL GM/SM. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Portaria/ Gm Nº 336 - de 19 de Fevereiro de 2002. Brasília, Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

BRASIL. CASA CIVIL. Decreto Lei 3.688 - 03 de Outubro de 1941: Lei das Contravenções Penais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3688.htm>. Acesso em: 24 jun. 2015.

BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Resolução Cit/gm/ms Nº 2 de 27/02/2013.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe Sobre A Proteção e Os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona O Modelo Assistencial em Saúde Mental. Lei da Reforma Psiquiátrica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>. Acesso em: 14 jul. 2014.

BRASIL. Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Portaria Nº 1.028, de 1º de Julho de 2005. Brasília, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 14 jul. 2015.

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 Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá

outras providências.. Política Nacional Para População em Situação de Rua. Brasília, DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D705

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.. Plano Integrado de Enfrentamento Ao Crack e Outras Drogas. Brasília, DF, Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/05/Decreto/D7179.htm

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.. Organização Consultório na Rua. Brasília, DF, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111897-122.html>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

BRASIL. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF, Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>

BRASIL. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegi>

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. . Departamento penitenciário - sistema integrado de informações: INFOPEN. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896}&BrowserType=IE&LangID=pt->

br[ms=itemID={2627128E-D69E-45C6-8198-CAE6815E88D0};&UIPartUID;={2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26}>. Acesso em: 12 jun. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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. Portaria Nº 121, de 25 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria MS/GM Nº 687, de 30 de Março de 2006.** Brasília, 30 mar. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 100 p. (Serie A Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde (Ed.). **A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p. ((Série B.)). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2015.

BRASIL. PORTAL BRASIL. Infraestrutura - **Programa Minha casa, Minha Vida já entregou 934 mil moradias. 2012.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/infraestrutura/2012/11/programa-minha-casa-minha-vida-ja-entregou-934-mil-moradias>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA. **Plano Operativo Para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua**. B, 2012.

BRASIL; SAÚDE, Ministério da; BÁSICA, Departamento de Atenção. Cadernos de **atenção básica: n° 34 saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella et al. **Quem mandou ficar velho e morar na rua?** Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 44, n. 2, p.476-481, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0080-62342010000200033. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/33.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

BRITO, Valquiria O. C. et al. **Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua**, São Paulo. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 41, p.47-56, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0034-89102007000900009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Não é um mês valido! 2014.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. **A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos**. Saúde e Sociedade, [s.l.], v. 19, n. 3, p.709-716, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902010000300021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/21.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2014.

CASTEL, Robert. **A metamorfose da questão social: uma crônica do salário**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 214 p. (Coleção Zero a esquerda). Tradução Iraci D. Poleti.

CEBRID. II Levantamento domiciliar de uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: Cebrid, 2005. 445 p. E. A. Carlini (supervisão)

[et. al.].

CEBRID; DST/AIDS, Coordenação Nacional. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS**. São Paulo: Cebrid, 2004. 128 p. Pesquisadora Principal : Solange Aparecida Nappo. Disponível em: <<http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/Usuarias-de-crack-CEBRID.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

CERVO, Amado Luiz. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Pretice Hall, 2007.

COSTA, Nilson do Rosário et al. **Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil**. Ciênc. Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 12, p.4603-4614, out. 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232011001300009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/09.pdf>>. Acesso em: 14 Não é um mês valido! 2014.

DELBON, Fabiana; ROS, Vera da; FERREIRA, Elza Maria Alves. **Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos**. Saúde e Sociedade, [s.l.], v. 15, n. 1, p.37-48, abr. 2006. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902006000100005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SCOREL, Sarah. **Vidas ao léu: Trajetórias de Exclusão Social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 276 p.

SCOREL, Sarah. **Vivendo de teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro**. In: BURSZTN, Marcel (Org.). No meio da rua. Nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Gramond, 2000. p. 139-171.

FIOCRUZ. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack. Rio de Janeiro**: Icti-fiocruz, 2014. 228 p. Org Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni. Disponível em: <<https://www.icti.fiocruz.br/content/livro-digital-da-pesquisa-nacional-sobre-o-uso-de-crack-é-lançado>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GLOBO.COM (Paraná) (Ed.). **Leitor flagra Caminhão de lixo recolhendo pertences de moradores de rua**. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2015/06/leitor-flagra-caminhao-de-lixo-recolhendo-roupas-de-mendigos.html>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: NOTAS SOBRE A MANIPULAÇÃO DA IDENTIDADE DETERIORADA**. 4. ed. [s. L.]: [s. L.], 1891. Digitalizado, 2004.

GOMES, Tatiana C. et al. **Helmintoses intestinais em população de rua da cidade do Rio de Janeiro**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, [s.l.], v. 35, n. 5, p.531-532, out. 2002. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0037-86822002000500019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2014.

GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. **O método de pesquisa materialismo histórico e dialético**. In: ABRANTES, Angelo Antonio; SILVA, Nilma Renildes da; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira (Org.). Método Histórico-Social na Psicologia Social. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 86-104. (Psicologia Social).

GOOGLE. **Mapa Adhemar Garcia-Praça da Bandeira**. 2015. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/dir/Adhemar+Garcia,+Joinville+-+SC/Praça+da+Bandeira+-+Centro,+Joinville+-+SC/@-26.3166925,-48.8433858,14z/data=!3m1!4b1!4m13!4m12!1m5!1m1!1s0x94deb16079ca545d:0x1a1d3d3a8a7b11fe!2m2!1d-48.8061242!2d-26.3237949!1m5!1m1!1s0x94deb04a3db2913b:0x2227972ad53c6c76!2m2!1d-48.8439422!2d-26.3010209>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

GOOGLE MAPAS. **Mapa da Rodoviária**. 2014. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Taxi/@-26.3294306,->

48.8593423,15z/data=!4m18!1m15!4m14!1m6!1m2!1s0x94deb0fb77be48a7:0x8651a504ff7eb138!2sTaxi+-+Rua+Santa+Catarina,+1463+-+Floresta,+Joinville+-+SC,+89211-307!2m2!1d-48.8474549!2d-26.3362829!1m6!1m2!1s0x94deb0f8efea5b4b:0xd68e9b053df7a8a2!2sEstação+da+Memória+-+R.+Leite+Ribeiro+-+Anita+Garibaldi,+Joinville+-+SC,+89202-090,+Brasil!2m2!1d-48.8465505!2d-26.3217154!3m1!1s0x94deb0fb77be48a7:0x8651a504ff7eb138>. Acesso em: 25 jul. 2014.

GOOGLE MAPAS. **Mapa Praça da Bandeira e Arredores.** 2014. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Praça+da+Bandeira+-+Centro,+Joinville+-+SC/@-26.3010205,-48.8439422,15z/data=!3m1!4b1!4m2!3m1!1s0x94deb04a3db2913b:0x2227972ad53c6c76>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

GOOGLE MAPAS. **Mapa Praça do Suíço e Rua Marambá.** 2014. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/dir/R.+Marabá+-+Floresta,+Joinville+-+SC,+89211-695/Museu+de+Arte+de+Joinville+-+R.+xv+de+Novembro,+1400+-+América,+Joinville+-+SC,+89201-602/@-26.3200251,-48.8967,13z/data=!3m1!4b1!4m13!4m12!1m5!1m1!1s0x94deb0e6ce753ba1:0x15f199e9ff869155!2m2!1d-48.8443979!2d-26.3353969!1m5!1m1!1s0x94deb03c1cf46f0f:0x71942a498bc7e117!2m2!1d-48.8557288!2d-26.2983702>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

GOOGLE MAPAS. **Parque da cidade.** 2014. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Parque+da+Cidade+-+R.+Inácio+Bastos+-+Guanabara,+Joinville+-+SC/@-26.3171782,-48.8307443,17z/data=!3m1!4b1!4m2!3m1!1s0x94deb107a4592815:0x7365e2396bd147c1>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

GOOGLE. **Mapa Adhemar Garcia-Praça da Bandeira.** 2015. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/dir/Adhemar+Garcia,+Joinville+-+SC/Praça+da+Bandeira+-+Centro,+Joinville+-+SC/@->

26.3166925,-
48.8433858,14z/data=!3m1!4b1!4m13!4m12!1m5!1m1!1s0x94deb
16079ca545d:0x1a1d3d3a8a7b11fe!2m2!1d-48.8061242!2d-
26.3237949!1m5!1m1!1s0x94deb04a3db2913b:0x2227972ad53c6c
76!2m2!1d-48.8439422!2d-26.3010209>. Acesso em: 14 jun. 2015.

GRANGEIRO, Alexandre et al. **Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo**, SP. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 46, n. 4, p.674-684, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0034-89102012005000037. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2014.

HART, Carl. **Um preço muito alto: A jornada do neurocientista que desafia nossa visão sobre drogas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. Tradução Clóvis Marques.

HEILER, Jeison Giovani. **Hermenêutica constitucional e condições de efetividade dos direitos fundamentais**. Revista Eletrônica Direito e Política: Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v. 1, n. 5, p.359-381, abr. 2014. Disponível em: <<http://www6.univali.br/seer/index.php/rdp/article/view/5759/3136>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

COELHO, Ilanil. **Pelas Tramas de uma cidade imigrante**. Joinville: Editora UNIVILLE, 2011. 280 p

JOINVILLE, Centro Pop. **Dados da população em situação de rua cadastrados no Centro pop Joinville**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <centropopjoinville@yahoo.com.br>. em: 18 jun. 2014.

JOINVILLE. **Centro de Atenção Psicossocial - álcool e Drogas. Secretaria de Saúde**. Relatório Final Projeto Consultório de Rua. 2012. ed. Joinville: Prefeitura Municipal de Joinville, 2012. 13 p.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde**. Interface, [s.l.], v. 18, n. 49, p.251-260,

2014. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/1807-57622013.0738. Disponível em: <http://novo.more.ufsc.br/artigo_revista/inserir_artigo_revista>. Acesso em: 30 abr. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos**, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalho científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS, Lígia Márcia., **Psicologia sócio-histórica: o fazer científico.**, In: ABRANTES, Angelo Antonio; SILVA, Nilma Renildes da; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira (Org.). Método Histórico-Social na Psicologia Social. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 118-138. (Psicologia Social).

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. **Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua.** Psicol. Soc., [s.l.], v. 16, n. 2, p.47-58, 2004. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0102-71822004000200007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2015.

MEDEIROS, Marcelo et al. **A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia.** Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 9, n. 2, p.35-41, abr. 2001. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-11692001000200005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11512.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.** História, Ciências, Saúde-manguinhos, [s.l.], v. 4, n. 3, p.513-531, nov. 1997. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-59701997000300006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000300006>. Acesso em: 20 set. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.

MONTES, Maria Lúcia. **População de Rua – Sua identidade e a questão da cidadania**. In: ROSA, Cleisa Moreno Maffei (Org.). População de Rua Brasil e Canadá. São Paulo: Editora Hucitec, 1995. p. 191-199.

MULLER, Guilherme de Sopa. **Atenção e cuidado aos habitantes da rua : perspectivas enunciadas pelo Consultório na Rua. 2013**. 50 f. TCC (Graduação) - Curso de Saúde Coletiva - Bacharelado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/77160>>. Acesso em: 01 jul. 2014.

NERY, Antônio. **Drogas, fique por dentro!: Conversando com Dr. Antônio Nery. 2015**. Programa de Rádio. Disponível em: <<http://drogasfiquepordentro.com/2015/06/17/drogas-fique-por-dentro-14-31-05-15/?blogsub=confirming#subscribe-blog>>. Acesso em: 31 maio 2015.

NUNES, Eliane Lima Guerra; ANDRADE, Arthur Guerra de. **Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André**, Brasil. *Psicol. Soc.*, [s.l.], v. 21, n. 1, p.45-54, abr. 2009. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0102-71822009000100006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 set. 2014.

ODM, Portal. **Acompanhamento brasileiro dos objetivos de desenvolvimento do milênio**: Município de Joinville. Disponível em: <<http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/perfil/BRA004042137/joinville---sc>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

OLIVEIRA, M. G. P. N.. **Consultório de Rua: relato de uma experiência. Salvador/BA.** 2009. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra190>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, Walter F.. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial.** Cad. Bras. de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 2, p.42-56, jun. 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1126>>. Acesso em: 01 jul. 2014.

PACHECO, Maria Eniana Araújo Gomes. **Políticas públicas e capital social: o Projeto Consultório de Rua.** Fractal, Rev. Psicol., [s.l.], v. 26, n. 1, p.43-58, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1984-02922014000100005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922014000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2014.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de.** Psicol. Soc., [s.l.], v. 23, n. 1, p.154-162, 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0102-71822011000100017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2015.

PAUGAM, Serge. O Enfraquecimento e a Ruptura dos Vínculos Sociais: Uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, Bader (Org.). **As artimanhas da inclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social.** 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 67-95. (Psicologia Social).

PEDRA, Marcelo. **Informações sobre consultórios na Rua - Brasil.** [mensagem pessoal] Mensagem recebida por:

<joicepacheco@hotmail.com>. em: 30 jul. 2015.

PEREIRA, Tatiana Dahmer. **Política Nacional de Assistência Social e território: enigmas do caminho**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 191-200, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802010000200006>.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas**. Ciênc. Saúde Coletiva [online]., São Paulo, v. 16, n. 12, p.4579-4589, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jul. 2014.

POP, Centro. **Informações centro pop**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <joicepacheco@hotmail.com>. em: 18 jun. 2014.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. **Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas**. Psicologia: Ciência e Profissão, [s.l.], v. 21, n. 4, p.2-15, Não é um mês valido! 2001. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1414-98932001000400002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2015.

QUIROGA, Júnia (Org.). **1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**: Brasília: Seminário Nacional Sobre Direitos e Garantias da População em Situação de Rua, 2010. 46 slides, color. Apresentação sobre o Levantamento Nacional da População em Situação de Rua no ano de 2009.. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/doc_africa_brazil/Webpage/missao/PESQUISA_POPRUA.PDF>. Acesso em: 12 jul. 2014.

REIS, Marina Sato dos. **O movimento Nacional da população de Rua: Um diálogo com as Políticas sociais públicas**. Universidade Estadual Paulista.: 2011. Disponível em: <http://www.rederua.org.br/textos_moradores/O_movimento_nacional>

_da_populacao.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2015.

ROSA, Anderson da Silva; SECCO, Maria Gabriela; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela. **O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença.** Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 59, n. 3, p.331-336, maio 2006. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0034-71672006000300015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300015>. Acesso em: 20 set. 2014.

ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **Vidas de Rua. São Paulo:** Editora Hucitec/rede Rua, 2005. 292 p. (Estudos Brasileiros, 37). Coordenação Tamás Szmrescányi.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI.** São Paulo: Paulus, 2012. Tradução: Paulo Ferreira Valeiro.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURIS, Diana. **Desinstitucionalização uma outra visão.** In: NICACCIO, Fernanda (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SANTANA, Eline Peixoto de; SILVA, Jéssica Aparecida dos Santos da; SILVA, Valdianara Souza da. **HISTÓRICO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:** uma construção lenta e desafiante, do âmbito das benesses ao campo dos direitos sociais: uma construção lenta e desafiante, do âmbito das benesses ao campo dos direitos sociais. In: VI JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. O DESENVOLVIMENTO DA CRISE CAPITALISTA E A ATUALIZAÇÃO DAS LUTAS CONTRA A EXPLORAÇÃO, A DOMINAÇÃO E A HUMILHAÇÃO., 4., 2013, São Luis. **Resumo expandido.** São Luis: Ufma, 2013. p. 01 - 10.

SAÚDE, Ministério da. Caderno informativo - **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, Excluir não.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 70 p. (Série D. Reuniões e Conferências; n. 15). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

SASZ, Thomaz. **A cruel compaixão**. Campinas: Papyrus, 1994. Tradução: Ana Rita P. Moraes.

SILVA, Henrique Salmazo da; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. **Dimensões da qualidade de vida de idosos moradores de rua do município de São Paulo**. Saúde e Sociedade, [s.l.], v. 22, n. 1, p.148-159, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902013000100014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100014>. Acesso em: 20 set. 2014.

SNOW, David; ANDERSON, Leon. **Desafortunados: Um estudo sobre o povo da rua**. Petrópolis: Vozes, 1998. 527 p. (Coleção Zero a esquerda). Tradução Sandra Vasconcelos.

SOUZA, Jessé de. **A Ralé Brasileira: Quem é e como vivem**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. 481 p.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Descartáveis urbanos**: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saúde e Sociedade, [s.l.], v. 13, n. 1, p.56-69, abr. 2004. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902004000100007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2014.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. **A questão do trabalho e não trabalho- COMENTÁRIOS**. In: ROSA, Cleisa Moreno Maffei (Org.). População de Rua Brasil e Canadá. São Paulo: Editora Hucitec, 1995. p. 170.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p

9.ANEXOS

Anexo 1. Aprovação no Conselho Municipal de Saúde.



devido a ARCD atender somente a 4(quatro) perfis, e o desejo da SMS é que atenda a todos os perfis sem restrições. O presidente Valmor abriu votação ao plenário, com a alteração sugerida pelos conselheiros, de uma mudança no estatuto da ARCD e a adequação ao Sistema Único de Saúde, num prazo pré-determinado. Foi **aprovado pela maioria dos conselheiros presentes, sendo que houve 1(hum) voto contrário e 2(duas) abstenções**. O presidente Valmor na sequência passou ao item **2.2** da ordem do dia, passando a palavra a Sra. Deise Gomes que apresentou conforme o **Anexo III desta ata**. Houve manifestações dos conselheiros(as) Rosinete, Lourenço, Elza. A conselheira Rosinete questionou se o total de 419(quatrocentos e dezenove) pessoas já são beneficiários do programa. A Sra. Deise pontuou que este número receberá o questionário sobre o programa, mas já estão recebendo o auxílio devido ao preenchimento do questionário não estar vinculado ao recebimento do BPC. O questionário irá medir a vulnerabilidade dos beneficiários, sejam idosos ou crianças. A conselheira questionou se haviam visitas aos beneficiários. A Sra. Deise sinalizou que os questionários são respondidos mediante as visitas realizadas e que o objetivo do programa seria o acompanhamento destas famílias, para se obter os critérios de prioridade. O conselheiro Lourenço perguntou como seria a captação dos beneficiários, qual secretaria é procurada. A Sra. Deise pontuou que a captação depende da necessidade, na questão de médico ou de consultas, por exemplo, procura-se a Secretaria de Saúde, e voltou a destacar que o questionário irá identificar todas as situações. A conselheira Elza questionou o local de procura pelo benefício no caso do adulto. A Sra. Deise pontuou que a pessoa deveria procurar o CRAS para orientações, ou ir direto a um posto do INSS, com a documentação básica para o preenchimento do requerimento do benefício. O presidente da Mesa Diretora agradeceu a apresentação e passou para o item 2.3 da ordem do dia, passando a palavra ao NAT da SMS. A Sra. Joice Pacheco realizou a apresentação conforme o **Anexo IV desta ata**. Houve manifestações dos conselheiros Osni, Eliezer, Luiz, Douglas, Marcílio, Marli, Cássia. O conselheiro Osni perguntou se era do conhecimento da equipe do projeto o trabalho realizado pela Casa Marta Maria. A Sra. Joice pontuou que conhece o trabalho, porém a finalidade é como um albergue para pessoas de fora do município. O conselheiro Eliezer sinalizou que acredita ser um trabalho sem muito futuro, que há outras necessidades mais urgentes para o atendimento da população do município, como as áreas descobertas, onde há trabalhadores que não são assistidos. Apontou que a região da Expoville é moradia de muitos indivíduos na situação de Rua. A Sra. Joice destacou o privilégio de poder contar com um Sistema Único de Saúde que tem princípios de equidade, universalidade e que propõe que a saúde é direito de todos os brasileiros, independente de situação social. O conselheiro Luiz parabenizou o projeto e pediu que o Conselho apoiasse a idéia, tendo em vista a saúde ser um direito de todos. Apontou a falta de estrutura na maior cidade do nosso Estado, onde não possuímos banheiros públicos, albergues públicos, e essa população em situação de rua fica desassistida pelo município. A Sra. Joice apontou a responsabilidade por esses atos ser da assistência social, e pontuou o conhecimento do trabalho, principalmente com albergues já ter se iniciado. O conselheiro Douglas parabenizou a equipe de profissionais, tendo em vista a sua sensibilidade e capacidade para desenvolver este tipo de projeto. Apontou que o Conselho deve apoiar totalmente a idéia. Citou uma preocupação pessoal e que deveria começar a ser coletiva, do futuro aumento desta população devido a desigualdade enorme que existe no país. O conselheiro Marcílio aproveitou o momento para parabenizar também a equipe que desenvolveu o projeto, e sinalizou a importância de acompanhar os usuários de "crack", que aumentou muito. A Sra. Joice pontuou que no próximo mapeamento, que será realizado em breve, os usuários de "crack" farão parte deste. A conselheira Marli apontou o problema dos moradores de rua que ficam na região de Pirabeiraba, em baixo dos viadutos da BR-101. Citou que havia meninas grávidas no local. A Sra. Joice apontou que as pessoas ao tomarem conhecimento de fatos como este, gravidez, para acionarem o CAPS AD, que realiza o acolhimento desses indivíduos. A conselheira Cássia pontuou sobre o trabalho que vem sendo realizado pela Secretaria de Assistência Social(SAS) já a algum tempo que seria o Porto Seguro e o Centro-Pop. A Sra. Joice destacou que há uma grande parceria com esses programas da SAS. O presidente Valmor sugeriu votação para encaminhamento a CAI. O conselheiro Gelindo solicitou esclarecimento, devido a não constar na pauta solicitação de aprovação. A Sra. Joice colocou que necessita da aprovação do Conselho devido a um prazo para entrega do projeto a CIB. Tendo em vista o projeto ser de grande apreciação pela maior parte dos conselheiros presentes, e ter um prazo curto para seguir em frente, o presidente



- 160 Valmor sugeriu duas propostas de votação, o encaminhamento a CAI para uma análise mais profunda ou a aprovação do projeto pelo Plenário em assembleia. Foi **aprovado pela maioria dos**
- 165 **conselheiros presentes**. O conselheiro Gelindo solicitou esclarecimentos com respeito a não constar na pauta que teria de ser aprovado. A Sra. Sandra sinalizou que nem sempre constará na pauta apresentação e aprovação, depende da posição da Mesa Diretora, porém destacou que o Plenário do Conselho Municipal de Saúde é soberano. O conselheiro Gelindo pontuou que não está criticando e sugeriu que poderia ter sido colocado antes da apresentação que o projeto seria votado em assembleia. O presidente Valmor humildemente pediu desculpas por não se ter feito entender por todos os conselheiros e deu sequência à reunião solicitando ao Plenário uma prorrogação de 10(dez) minutos na assembleia para a aprovação dos pareceres da CAI. Prorrogação **aprovada** pela maioria dos conselheiros presentes. Foi passado a palavra a CAI para cumprir o item 2.4 da ordem do dia. O conselheiro Luis Vasconcelos fez a leitura do **"PARECER Nº 015/2014. Joinville, 20 de agosto de 2014. PRESTAÇÃO DE CONTAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS. REFERENTE AO 1º QUADRIMESTRE DE 2014. Considerando, - a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 em seu: "CAPÍTULO IV DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE. Seção I: Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde; Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a: I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar; II - Relatório de Gestão do SUS; III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação. Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.";** - a Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, referente ao 1º quadrimestre de 2014, apresentada em Assembleia Geral Ordinária do Conselho Municipal de Saúde no dia **26.05.2014**, e encaminhada à Comissão de Assuntos Internos (CAI) para ser avaliada; - os esclarecimentos prestados pelo Setor de Contabilidade da SMS sobre os aspectos financeiros; - o ofício nº.118/2014, datado de 17 de julho e encaminhado à gestão solicitando detalhamento relativo a alguns indicadores; - o Memorando Interno 031/2014, de 15 de agosto de 2014, do Setor de Planejamento em resposta ao ofício nº.118/2014, esclarecendo as questões apresentadas. **SUGERE-SE: A aprovação** da Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde referente ao 1º quadrimestre de 2014, com as seguintes recomendações: - Fortalecer e Investir fortemente na Atenção Básica de Saúde; - Apresentar um cronograma e/ou novo estudo de possibilidades visando a reposição do quadro funcional relativo aos Agentes Comunitários de Saúde em falta nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família. COMISSÃO DE ASSUNTOS INTERNOS – CAI." Não houve manifestações. **Aprovado pela maioria dos conselheiros presentes**. Na sequência foi lido o **"PARECER Nº 016/2014. Joinville, 20 de agosto de 2014. PROCESSO DE CREDENCIAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM OFTALMOLOGIA. Considerando, - Ofício nº.092/2014 do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, contendo em anexo o Memorando Interno nº.095/14 do setor de Programação, justificando a abertura de processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados em oftalmologia e encaminhado à Comissão de Assuntos Internos do Conselho Municipal de Saúde em Assembleia Ordinária no dia 28/07/2014; - Ofício nº.137/2014 datado de 14 de agosto, no qual a Comissão de Assuntos Internos solicita informações e esclarecimentos sobre os serviços e profissionais de oftalmologia já contratados pela Secretaria Municipal de Saúde; - Ofício nº.246/2014 do setor de Controle, Avaliação e Auditoria, datado de 18 de agosto, em resposta ao ofício nº.137/2014, com os respectivos esclarecimentos solicitados. **SUGERE-SE: A APROVAÇÃO** do Processo de Credenciamento para Contratação de Serviços Especializados em Oftalmologia. COMISSÃO DE ASSUNTOS INTERNOS – CAI." Houve manifestações dos conselheiros Lourenço e Valmor. O conselheiro Lourenço questionou o número de clínicas credenciadas para o processo. O conselheiro Douglas sinalizou que o assunto para aprovação é um processo de credenciamento novo, tendo em vista que o anterior tinha um prazo inicial e final. O conselheiro Valmor questionou se no processo anterior foi cumprido o número de cirurgias. O conselheiro Douglas pontuou que uma das repostas da SMS foi da contemplação do contrato anterior. **Aprovado pela maioria dos****
- 195
- 200
- 205
- 210

Anexo 2. Formulário sobre atendimento de usuários.

Comunicação de pessoas em situação de rua.

Procedimentos para informar pessoas em situação de rua.

População alvo:

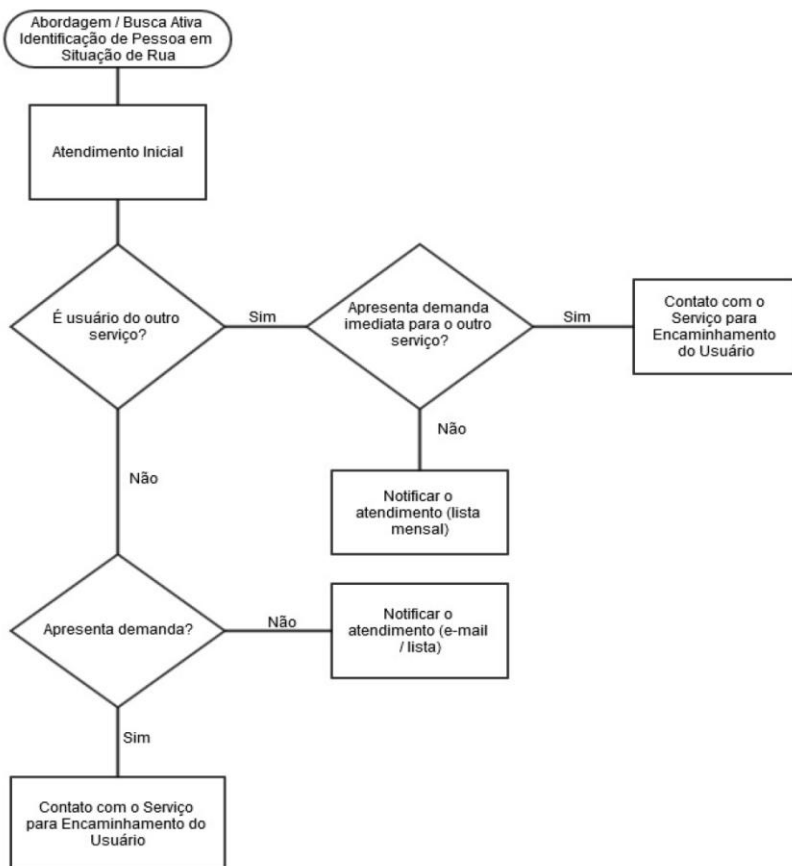
- Crianças e adolescentes e moram ou ocupam a rua em grande parte de seu tempo;
- Pessoas em situação de rua, que fazem ou não uso de substâncias psicoativas;
- Profissionais do sexo; (mulheres, homens e transexuais);
- Pessoas que ocupam a rua grande parte do seu tempo, mesmo tendo residência na cidade;

Procedimentos:

- Notificar o consultório na rua através da ficha padrão através do e-mail.
- O consultório na rua é um serviço da Secretaria da Saúde e como tal atende demandas de saúde. Demandas de cunho sociais devem ser feitas ao Centro pop, da Secretaria de Assistência Social.
- As notificações obedecerão a critérios de prioridades quanto ao risco à saúde;
- Conforme calendário do consultório na rua, cadastraremos as pessoas em situação de rua, verificaremos a situação de saúde e notificaremos a UBS da região conforme acordo consultório/UBS.
- Em casos que seja observado risco de morte deve ser acionado o SAMU – 192.

e-mail: consultorionaruajoinville@hotmail.com ;

Anexo.3. Fluxo e pactuações consultório na rua e Centro pop.

**PROPOSTA DE FLUXO DE ATENDIMENTO INTERSETORIAL
ENTRE CENTRO POP E CONSULTÓRIO NA RUA**

PROPOSTAS PARA O TRABALHO ARTICULADO:

- Primazia da atuação articulada e coordenada entre as áreas da assistência social e saúde nos territórios.
- Troca de lista mensal de atendimentos entre os dois serviços. A citada lista deverá conter minimamente os dados pessoais disponíveis (nome, data de nascimento, CPF, RG, naturalidade) e o local do atendimento (montar template);
- Momento de estudos de caso mensal entre Centro POP e Consultório na Rua (dia e horário fixo na primeira semana do mês posterior – exemplo: às 12 horas da 1ª terça feita de cada mês);
- Munir os usuários de informação através da divulgação dos dois serviços feita pelas duas equipes (montar breve informativo a ser entregue)
- Não entregar formulário de encaminhamento para o usuário, já que este deverá ser feito diretamente entre os profissionais dos dois serviços;
- Atendimento conjunto nos casos de pessoas em situação de rua que sejam usuárias de SPA e/ou que tenham suposto transtorno mental (abordagem intersetorial para contemplar aspectos físicos, biológicos e sociais).
- Realização de mapeamento formal quanto à utilização dos territórios por pessoas em situação de rua.

Anexo.4. Pactuações consultório na rua e Unidades Básicas de Saúde

Atendimento da Pessoa em Situação de Rua.

A População em Situação de Rua apresenta alto risco de agravos de saúde devido os condicionantes sociais aos quais estão submetidos.(dificuldade de alimentação, moradia, condições de higiene, emprego e renda entre outros.) Para garantia dos princípios do SUS o acesso aos serviços é prerrogativa fundamental. Para os serviços de atendimento regionalizados o usuário deve procurar a unidade mais próxima de seu território.

Procedimentos a serem normatizados:

- O usuário deve ser atendido independente de apresentar ou não o cartão Sus ou documento de identificação.
- Deve ser verificado se este usuário tem ou não o Cartão SUS.
- Caso o usuário **não possui cartão SUS**, a unidade deve ofertar os procedimentos na unidade. O endereço utilizado deve ser do Centro POP. - (Centro de referência da assistência social para pessoa em situação de rua). Rua: Urussanga, 1170. Bairro Bucarein. CEP 89202-401.
- No caso do usuário **não possuir documento de identificação**: Deverá ser colhidas as informações necessárias com o pelo usuário. (nome completo, nome da mãe e data de nascimento). E orientar o usuário a procurar o serviço do Centro pop para regularizar sua documentação.
- Deverá ser aberto prontuário com registro no local do endereço:
Em Situação de Rua.



Secretaria da Saúde

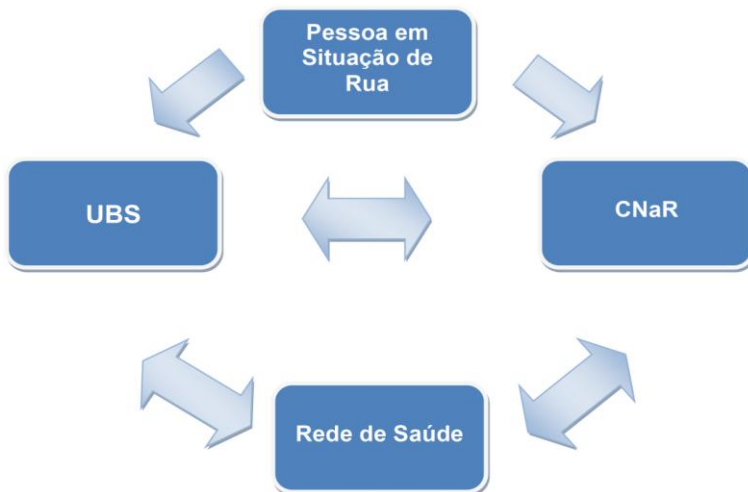


ATENDIMENTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NAS UBS.

Procedimentos a serem normatizados:

- O usuário deve ser atendido independente de apresentar ou não o cartão Sus ou documento de identificação.
- Deve ser verificado se este usuário tem ou não o Cartão SUS.
- Caso o usuário **não possui cartão SUS**, a unidade deve ofertar os procedimentos na unidade. Endereço a ser utilizado – situação de rua .
- No caso do usuário **não possuir documento de identificação**: Deverá ser colhidas as informações necessárias através do usuário. (nome completo, nome da mãe e data de nascimento). E orientar o usuário a procurar o serviço do Centro pop para regularizar sua documentação.
- Deverá ser aberto prontuário com registro no local do endereço: *Em Situação de Rua*.
- Notificar o consultório na rua através da ficha padrão através do e-mail.

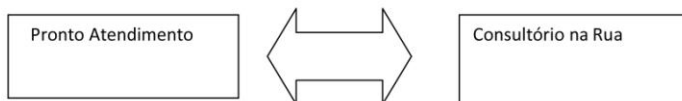
e-mail: consultorionarujoinville@hotmail.com ; Telefone: 47 84137772



Anexo.5. Fluxo e pactuações consultório na rua e Prontos Atendimentos

Fluxo Consultório na Rua – PAProcedimentos:

- Usuário serão atendidos com ou sem documentação.
- Preferencialmente no PA Norte, porém podem ser atendidos em qualquer outro.
- O atendimento pode ser espontâneo. Os encaminhamentos realizados utilizarão encaminhamento padrão, com contra referência para o consultório na rua, na UBS Itaum.
- Serviços que são ofertados nos Pronto Atendimentos: pequenos cortes, pés com infecção, Tosse forte, febre, pequenas cirurgias quando necessário, dor de dente aguda- no horário das 06 às 24h.
- Todos os usuários recebidos por encaminhamento do consultório na rua nos P.A.s deverá ser feito contrarreferência.



Anexo.6. Fluxo e pactuações consultório na rua com Saúde Mental.



Secretaria da Saúde



PACTUAÇÃO CONSULTÓRIO NA RUA – SAÚDE MENTAL

Programas : CAPS i, CAPS II, CAPS III, CAPS ad,

- Os serviços funcionam no sistema de porta aberta e livre demanda. Todos os usuários podem acessar o serviço sem encaminhamentos.
- O Consultório na rua irá repassar mensalmente uma lista de usuários abordados, com breve relato do caso quando identificar demanda.
- Os serviços de saúde mental irão notificar o Consultório na Rua todos os usuários atendidos pelos serviços que estiverem em situação de rua.
- O Consultório na rua realizará encaminhamento para os serviços quando identificar demanda e desejo do usuário.
- Em casos que exista a necessidade de encaminhamento ao Hospital Regional o Consultório na Rua poderá acionar o SAMU ou solicitar apoio dos serviços de referência.

Anexo.7. Formulário de comunicado de atendimento pop rua.

Consultório na Rua

Data : _____ / _____ / _____

Serviço que está notificando:

Profissional: _____




Bairro: _____

Local que a pessoa ou grupo se localiza:

Nome do usuário: _____

Descrição da cena. (quantas pessoas?, o que esta acontecendo?, o serviço que está notificando já realizou alguma abordagem? São crianças/adolescentes/adultos? E outras informações que julguem necessária.

Anexo 8. Carta de autorização de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Joinville.

 **Secretaria da Saúde**  **ProgeSUS**
Programa de Especialização e Aperfeiçoamento
de Gestão de Saúde e de Educação de SUS 

Ofício nº 25/2015/SMS/GAB/ProgeSUS

Joinville, 23 de março de 2015.

Ao
Sr. Douglas Francisco Kovaleski
Professor Adjunto do Departamento de Saúde Pública da Universidade
Federal de Santa Catarina

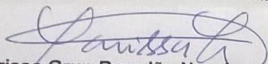
Assunto: Autorização para Projeto de Pesquisa

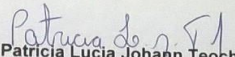
Em resposta à solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa intitulado: "Análise da implantação do 'Consultório na Rua' da cidade de Joinville", por parte da aluna **Joice Pacheco**, do Curso de Mestrado Profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, informamos:

Após avaliação da coordenação e gerência responsáveis, a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville **autoriza** o desenvolvimento do projeto no Consultório na Rua de Joinville.

Sem mais, agradecemos e colocamo-nos à disposição através do telefone: (47) 3481-5132 ou e-mail: progesusjile@gmail.com.

Atenciosamente,


Larissa Grun Brandão Nascimento
Secretária Municipal da Saúde


Patricia Lucia Johann Teochi
Coordenadora do ProgeSUS

Rua Araranguá, 397 – América – CEP: 89204-310 – Joinville/SC
Telefone: (47) 3481-5131 – www.joinville.sc.gov.br

Anexo.9. Deliberação da CIR – Comissão Intergestores Regional Nordeste.



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR
REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE DE SC

DELIBERAÇÃO Nº 006/CIR/2014

A Comissão Intergestores Regional Nordeste, no uso de suas atribuições, **ad referendum**.

Considerando que em na CIR de 10 Junho de 2014, realizada na SDR Joinville foi apresentado o Projeto do município de Joinville, "Consultório na Rua", sendo aprovado por unanimidade o pleito.

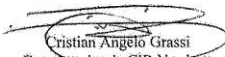
Considerando que no mês de Julho, devido às enchentes em Jaraguá do Sul e Guarimir e ainda a saída do gestor municipal de Guarimir que era o Coordenador da CIR Nordeste não ter havido reunião ordinária da CIR.

Considerando que em Agosto tivemos uma CIR Ampliada e não tivemos quorum para eleger um novo Coordenador.

RESOLVE:

1. Aprovar o Projeto do município de Joinville: "Consultório na Rua".
2. Aprovar o GraduaCEO - Brasil Sorridente, Portaria Interministerial n. 1.646, de 5 de agosto de 2014 para o município de Joinville.

Joinville, 10 de Setembro de 2014.


Cristian Angelo Grassi
Coordenador da CIR Nordeste

Anexo.10. Carta de Aprovação da pesquisa do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A implantação do Consultório na Rua do município de Joinville-SC

Pesquisador: Douglas Francisco Kovaleski

Versão: 3

CAAE: 42863215.7.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 018279/2015

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto A implantação do Consultório na Rua do município de Joinville-SC que tem como pesquisador responsável Douglas Francisco Kovaleski, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC em 13/03/2015 às 12:39.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

16. Você já ouviu falar sobre o movimento nacional dos moradores de rua?
17. Como você avalia este serviço? O precisaria melhorar, o que está bom e quais suas ideias para que o serviço consiga promover a saúde da população em situação de rua da cidade?

Apêndice.2.Roteiro de entrevistas com os profissionais do consultório na rua.

Roteiro de Entrevista – Profissionais CNaR

Pesquisa: A implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville, SC.

Pesquisadora: Joice Pacheco

Orientador : Douglas Kovaleski.

Entrevistado: Profissionais do Consultório na Rua da cidade de Joinville

- 1- Qual sua relação atual com o Serviço Consultório na Rua? (profissão, ocupação, função, tempo nesta função)
- 2- Como foi sua inserção no Serviço do Consultório na rua ? Qual sua avaliação sobre este processo?
- 3- Quanto a sua preparação para atuar com população de rua, como você avalia?
- 4- Quais os motivos que você acredita que levou o município de Joinville implantar o serviço do consultório na rua?
- 5- Como você percebe ou tem conhecimento de como os usuários recebem este serviço?
- 6- Quais os principais avanços que você tem conhecimento ou percebe para o SUS e para a população em situação de rua da implantação do consultório na rua?
- 7- Quais os principais desafios a serem enfrentados pela equipe do consultório na rua para possibilitar o acesso aos serviços de saúde e articulação da rede de saúde?
- 8- Quais as melhoras efetivas que podem ou poderão ser percebidas com a implantação desse serviço?
- 9- Como você sente em integrar a equipe do consultório na rua ? (medo, ansiedades, receios, prazeres, desgostos)

Apêndice.3.Roteiro de entrevista com dois profissionais da gestão da secretaria municipal de saúde.

Roteiro de Entrevista - Gestor Municipal

Pesquisa: A implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville, SC.

Pesquisadora: Joice Pacheco

Orientador : Douglas Kovaleski.

Entrevistado: Profissional da gestão da Secretaria Municipal da Saúde

- 10- Como ocorreu o processo de implantação do consultório de rua no ano de 2011? (qual sua participação, dificuldades, avanços para o SUS e avanços para os usuários nesta fase)
- 11- Qual sua relação atual com o Serviço Consultório na Rua? (profissão, ocupação, função, tempo nesta função)
- 12- Qual sua avaliação na migração do consultório na rua da coordenação de saúde mental para o departamento da atenção básica?
- 13- O que considera de maior importância na implantação do Consultório na Rua para a cidade de Joinville?
- 14- Quais os motivos que você acredita que levou o município de Joinville implantar o serviço do consultório na rua?
- 15- Quais os principais avanços que você tem conhecimento ou percebe para o SUS e para a população em situação de rua da implantação do consultório na rua?
- 16- Quais os principais desafios a serem enfrentados pela equipe do consultório na rua para possibilitar o acesso aos serviços de saúde e articulação da rede de saúde?
- 17- Como você avalia a implantação do consultório na rua na cidade de Joinville?

Apêndice.4. Roteiro de entrevista com um profissional da gestão federal do consultório na rua do Ministério da Saúde.

Roteiro de Entrevista – Gestor Federal

Pesquisa: A implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville, SC.

Pesquisadora: Joice Pacheco

Orientador : Douglas Kovaleski.

Entrevistado: Gestor Federal

- 1- Qual sua relação atual com o Serviço Consultório na Rua? (profissão, ocupação, função, tempo nesta função)
- 2- Como foi sua linha histórica profissional que te conduziu até sua atual ocupação?
- 3- Quais objetivos considera mais importante no serviço do consultório na rua?
- 4- Qual sua avaliação na migração do consultório na rua da reorganização de saúde mental para o departamento da atenção básica?
- 5- Quais os motivos que você acredita que levem os municípios a implantarem o serviço do consultório na rua?
- 6- Quais as principais dificuldades encontradas pelas equipes do consultório na rua durante o processo de implantação que você tem conhecimento ou percebe?
- 7- Quais os principais avanços que você tem conhecimento ou percebe para o SUS e para a população em situação de rua da implantação do consultório na rua?
- 8- Quais os principais desafios a serem enfrentados pelas equipes do consultório na rua para atingir os objetivos do serviço?
- 9- Como você avalia a implantação do consultório na rua no Brasil?
- 10- O que necessita ser feito para que se possa atingir os objetivos do serviço?

Apêndice.5.Termo de Consentimento e Livre Esclarecido(TCLE)

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Folha 01 – Esclarecimentos da pesquisa

Título do estudo: A implantação do “Consultório na Rua” da cidade de Joinville.

Pesquisador responsável: Prof^o. Dr. Douglas Kovaleski

Participante da Pesquisa: Joice Pacheco

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC - Centro de Ciências da Saúde / CCS

Local da coleta de dados: Secretaria da Saúde da cidade de Joinville/SC.

Prezado (a) Senhor (a):

- Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito, não acarretando qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.
- Os pesquisadores se comprometem em cumprir a Resolução CNS nº 466/12, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
- Sua identidade e informações serão mantidas no mais absoluto sigilo;

Objetivo do estudo: Analisar o processo de implantação do “Consultório na Rua” da cidade de Joinville.

Justificativa do estudo: O presente estudo tem o objetivo de analisar a implantação do serviço de “Consultório na Rua” da cidade de Joinville. O objetivo é avaliar o processo de implantação visando subsídios para melhoria da implantação e servir de subsídio para outras cidades que estão implantando o serviço.

Procedimentos: A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões de uma entrevista semiestruturada, serão realizadas questões norteadoras, podendo aprofundar o assunto com outras questões, quando pertinente para maior compreensão, por parte do pesquisador do tema proposto.

O participante não terá custo algum para sua participação na pesquisa. O deslocamento ocorrerá por parte do pesquisador conforme informação de local, horário e data fornecida pelo participante.

Caso, por ventura ocorra algum custo para o participante em decorrência de sua participação na pesquisa a mesma será ressarcida pelo pesquisador.

Riscos: Os riscos desta pesquisa podem ser entendidos de diferentes aspectos, onde cada qual será controlado de maneira apropriada. 1) Os riscos relacionados às entrevistas serão controlados pelo pesquisador quando do estabelecimento de uma conduta de preservação da identidade dos entrevistados, bem como da garantia de anonimato sobre qualquer informação prestada no decorrer da coleta de dados. Os participantes serão convidados a participar de forma voluntária, onde assinarão um termo de consentimento formal livre e esclarecido, tendo liberdade para se recusar a participar do estudo ou para declinar de sua participação ao longo do mesmo. 2) As informações das avaliações das percepções dos profissionais/usuários acerca do serviço, ou sistema único de saúde da cidade serão tratadas sempre de forma coletiva, sendo que o pesquisador garante o anonimato desses trabalhadores/usuários.

Sigilo: As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que

indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Dados de contato dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos na UFSC:

Joice Pacheco. E-mail: joicepacheco@hotmail.com (47)88547915
Rua: Carlos Hardt, 1570- bairro agua verde, Jaraguá do Sul/SC

Prof. Dr. Douglas Kovalski. Email : douglas.kovalski@gmail.com
(48) 3721-6359

Endereço Profissional: Campus Trindade/Florianópolis - UFSC –
Centro de Ciências da Saúde – Departamento de saúde Pública, sala
130.

Endereço Residencial: Rua Adriano Mosiman, 310- Serrinha,
Florianópolis/SC

Comitê de Ética em Pesquisa – CEPESH/UFSC

Universidade Federal de Santa Catarina. Prédio Reitoria II (Edifício
Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 902,
Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400 Contato: (48) 3721-
6094 cep.propesq@contato.ufsc.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Folha 02 – Declaração para participação da pesquisa

Eu, _____,
portador do documento de Identidade _____ fui
informado (a) dos objetivos do estudo “A implantação do
Consultório na Rua da cidade de Joinville.” de maneira clara e
detalhada e declaro que concordo em participar desse estudo.

Florianópolis, _____ de _____ de 2015.

Joice Pacheco
CPF 02180924909

Participante da Pesquisa/Representante Legal
Pesquisador Responsável

**Dados de contato dos pesquisadores e do Comitê de Ética em
Pesquisa com Seres Humanos na UFSC:**

Joice Pacheco. E-mail: joicepacheco@hotmail.com (47)88547915
Rua: Carlos Hardt, 1570- bairro agua verde, Jaraguá do Sul/SC

Prof. Dr. Douglas Kovaleski. Email : douglas.kovaleski@gmail.com
(48) 3721-6359

Endereço Profissional: Campus Trindade/Florianópolis - UFSC –
Centro de Ciências da Saúde – Departamento de saúde Pública, sala
130.

Endereço Residencial: Rua Adriano Mosiman, 310- Serrinha,
Florianópolis/SC

Comitê de Ética em Pesquisa – CEPESH/UFSC

Universidade Federal de Santa Catarina. Prédio Reitoria II (Edifício
Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 902,
Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400 Contato: (48) 3721-
6094 cep.propesq@contato.ufsc.br.