



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ-UVA
ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE
DE SABÓIA-EFSFVS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

LORENN A SARAIVA VIANA

**A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA
POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: TRAÇANDO
ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO INTERSETORIAL**

SOBRAL - CE

2019

LORENNNA SARAIVA VIANA

**A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA
POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: TRAÇANDO
ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO INTERSETORIAL**

Pesquisa- Intervenção, apresentada ao Programa de Pós-Graduação lato sensu da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) em parceria com a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS) como requisito para aquisição de título de Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Orientadora: Prof Dra. Eliany Nazaré Oliveira

SOBRAL – CE

2019

**A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE
REDUÇÃO DE DANOS: TRAÇANDO ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO
INTERSETORIAL**

Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Mental

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS)

Trabalho Aprovado em: ____/____/____

Orientadora: _____

Prof. Dra. Eliany Nazaré Oliveira.

Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

1ª Examinador: _____

Prof. Dra. Maria Suely Alves Costa

Universidade Federal do Ceará - UFC

2ª Examinador: _____

Profa. Me Claudine Carneiro Aguiar

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus por ter me concedido saúde e força para superar todos os desafios e obstáculos e me permitir concluir mais uma etapa da minha vida.

Aos meus pais, Evanildo Pereira Viana e Arlene Saraiva Viana por todo amor, carinho, dedicação e pela garra. Sabemos que esses anos não foram fáceis, passamos por muitos obstáculos, mas vocês estiveram sempre presentes, me dando muita força, em todos os momentos. Ao meu irmão, Evanildo Pereira Viana Júnior, por todo carinho e cuidado.

Aos meus amigos e parceiros de residência Amanda Colares Bezerra, Gicélia Almeida, Lia Rodrigues Vasconcelos, Aline Maria Furtado de Carvalho, Renata Alves dos Santos. E em especial à minha equipe Bruno Falcão Batista, Elias Neves do Nascimento, Mirna Jorjandhe Bernadino Barreto e Rogeriany Lopes Farias. Gratidão a todos pelo companheirismo, afeto e conhecimentos compartilhados. Agradeço imensamente a Deus por terem colocado vocês em minha vida. Que nossa amizade possa se perpetuar para sempre. A presença de vocês nesses anos foi fundamental para que a caminhada se tornasse mais amena e prazerosa. Eu amo muito cada um de vocês.

A todos os profissionais da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), em especial aos que compõem o CAPS II e do CAPS AD, pela oportunidade de ter vivenciado momentos de tanta profundidade e por terem contribuído de forma tão significativa na minha vida pessoal e profissional.

A todos os usuários que pude ter contato ao longo desses anos, por tanto carinho, conhecimentos e afetos partilhados. Levarei cada um de vocês em meu coração, cada toque, sorriso, cada olhar de cuidado, cada lágrima, vitórias e conquistas. Não tenho palavras pra dizer o quanto sou grata por ter estado com vocês.

A todos do programa de Residência em Saúde Mental, na figura da coordenadora Claudine Carneiro Aguiar, tutores Ana Ligia Assunção Livalter e Francisco Anielton Borges Sousa e de todos os preceptores Francisco Francimar Fernandes Sampaio, Ana Lorena Madeiro de Lima, Aristides Parente da Ponte e Anagécia Linhares pelo compromisso, dedicação e conhecimentos partilhados ao longo de todo o programa.

A minha preceptora de núcleo Thatianna Souza da Silveira, um agradecimento especial pelo companheirismo e apoio em todos os momentos vivenciados nos serviços e na minha vida. Obrigada por cada palavra, cada conselho, levarei seus ensinamentos comigo, onde quer que eu vá. Parabéns por ser esse ser humano tão incrível, que emana tanta luz e sabedoria por onde passa. Que Deus te proteja e guarde a você e toda sua família pra todo sempre.

A minha orientadora Eliany Nazaré Oliveira, pela parceria nesse trabalho e por todos os conhecimentos compartilhados ao longo desse período. Tenho uma enorme admiração por você e pelo seu trabalho. Parabéns pela dedicação e excelência em tudo em que se propõe a fazer.

RESUMO

A partir de alguns avanços na Política Nacional sobre Drogas no Brasil, com modificações importantes na legislação, mediante o desenvolvimento de novos dispositivos para promoção de acolhimento, escuta e cuidado, além da criação de ações voltadas para a Política de Redução de Danos. Neste contexto, inserem-se também alguns grupos específicos, dentre eles, as pessoas em situação de rua. Elaborar estratégias para fortalecimento do cuidado interssetorial à pessoa em situação de rua, no município de Sobral-Ceará, na perspectiva da Política de Redução de Danos a partir da utilização do Arco de Maguerez. Trata-se de uma pesquisa intervenção que aconteceu junto aos profissionais do Centro de Referência Especializada à Pessoa em Situação de Rua (CENTRO POP) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), de agosto a dezembro de 2018, totalizando sete oficinas, apoiada no Arco de Maguerez. A princípio, realizou-se uma atividade vivencial, além de se buscar as potencialidades e dificuldades encontradas no cuidado. Surgiram então desafios relacionados à própria complexidade de cuidado à pessoa em situação de rua; estigma e preconceito; fortalecimento da autonomia do usuário assim como fragilidades na articulação interssetorial. Entre as potencialidades, foi citada a parceria com o CAPS-AD; Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Liga Interdisciplinar em Saúde Mental. Na segunda oficina, houve um momento teórico-reflexivo sobre Redução de Danos onde se discutiu alguns aspectos conceituais e estruturais da política nos serviços. Na terceira oficina foi utilizado a Metodologia do Mapa Falante onde os participantes construíram um possível fluxo de cuidado a um usuário, tendo em vista a articulação por meio dos dispositivos de saúde, equipamentos da assistência social e dos mecanismos informais de cuidado. A partir dessa oficina, surgiu-se outro momento com os dois serviços, onde foram traçadas algumas estratégias para o fortalecimento do cuidado interssetorial direcionados a esse público. Compreende-se, então, a importância da promoção de atividades de consciência crítica com os profissionais a fim de se buscar melhorias e aperfeiçoamento no cuidado interssetorial direcionados para esse público.

Palavras-chave: Cuidado Interssetorial; Redução de Danos; Pessoa em Situação de Rua.

ABSTRACT

The latest news, some advances in the National Drug Policy in Brazil, with important changes in the Drug Law, the development of new devices to foster care, attention and care, as well as the creation of actions aimed at Harm Reduction Policy. In this context, we also insert some specific groups, among them, as street people. To develop strategies to strengthen intersectoral care for people living in the street, in the municipality of Sobral-Ceará, in the perspective of the Harm Reduction Policy based on the use of the Arch de Maguerez. This was an intervention research that happened with the professionals of the Center for Special Reference to the Person in Situation of Street (CENTRO POP) and Center for Psychosocial Care Alcohol and Other Drugs (CAPS-AD), from August to December 2018, totaling six workshops, supported by the Arch of Maguerez. At first, an experiential activity was performed, in addition to seeking the potentialities and difficulties found in care. Challenges related to the complexity of care for the street person emerged; stigma and prejudice; strengthening of user autonomy as well as weaknesses in intersectorial articulation. Among the potentialities was the partnership with CAPS-AD; Multiprofessional Residency in Mental Health and Interdisciplinary League in Mental Health. In the second workshop, there was a theoretical-reflexive moment about Damage Reduction in which some conceptual and structural aspects of the policy in the services were discussed. In the third workshop the Speaker Map Methodology was used where the participants constructed a possible flow of care to a user, aiming at articulation through health devices, social assistance equipment and informal care mechanisms. From this workshop, another moment arose with the two services, where some strategies were outlined for strengthening intersectoral care directed to this public. It is understood, therefore, the importance of promoting activities of critical awareness with professionals in order to seek improvement and improvement in intersectoral care directed to this public.

Keywords: Intersectoral Care; Harm Reduction; Person in Street Situation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Etapas para elaboração do Arco de Maguerez

Ilustração 2: Sistematização das Informações

Ilustração 3: Dificuldades encontradas no cuidado à Pessoa em situação de rua

Ilustração 4: Potencialidades no cuidado à Pessoa em situação de rua

Ilustração 5: Linha do tempo com os profissionais do CENTRO POP.

Ilustração 6: Linha do tempo com os profissionais do CAPS AD.

Ilustração 7: Oficina Prática sobre Redução de Danos com os profissionais do CENTRO POP

Ilustração 8: Oficina Prática sobre Redução de Danos com os profissionais do CENTRO POP

Ilustração 9: Oficina Mapa Falante com os profissionais do CENTRO POP

Ilustração 10: Oficina Mapa Falante com os profissionais do CAPS AD

Ilustração 11: Potencialidades da articulação intersetorial CENTRO POP e CAPS AD

Ilustração 12: Fragilidades e Estratégias para fortalecimento da articulação interssetorial CENTRO POP e CAPS AD:

LISTA DE SIGLAS

APS- Atenção Primária à Saúde

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CENTRO POP- Centro de Referência Especializada em Pessoa em Situação de Rua

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializada em Assistência Social

eCR - Equipes de Consultório na Rua

EPS- Educação Permanente em Saúde

LC- Linha de Cuidado

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PRD- Política de Redução de Danos

PSR- Pessoa em Situação de Rua

PTS- Projeto Terapêutico Singular

RAISM- Rede de Atenção Integral em Saúde Mental

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RAS- Redes de Atenção à Saúde

RMSM- Residência Multiprofissional em Saúde Mental

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UA- Unidade de Acolhimento

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
	1.1 Encontro com o objeto de estudo/intervenção.....	13
	1.2 Contextualização do objeto de estudo/Intervenção.....	14
	1.3 Justificativa e Relevância do estudo/Intervenção.....	17
2.	OBJETIVOS	20
	2.1 Objetivo Geral.....	20
	2.2 Objetivos Específicos.....	20
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
	3.1 Contextualização sobre a população em situação de rua.....	21
	3.2 História e contextualização sobre a saúde da população em situação de rua.....	23
	3.3 Política de Redução de Danos: contextualização histórica, avanços, desafios e sua relação com a Pessoa em Situação de Rua.....	27
	3.4 Articulação intersetorial no cuidado à Pessoa em Situação de Rua.....	31
	3.5 Educação Permanente em Saúde como estratégia de formação aos trabalhadores envolvidos no cuidado à pessoa em situação de rua.....	33
4.	METODOLOGIA	35
	4.1 Tipologia do Estudo.....	35
	4.2 Cenário e período da intervenção.....	35
	4.3 Participantes da Intervenção.....	37
	4.4 Procedimento para realização da Intervenção.....	37
	4.5 Organização e análise das informações.....	40
	4.6 Aspectos éticos.....	41
5.	RESULTADOS E DISCUSSÕES	43
	5.1 Primeira etapa: Observação e Problematização acerca do cuidado à Pessoa em Situação de Rua (1ª oficina).....	43
	5.1.1 E há de observar para então intervir: adentrando no contexto do cuidado à Pessoa em Situação de Rua.....	43
	5.1.2 Desvelando dificuldades, potencialidades e fluxos de cuidado à Pessoa em Situação de Rua.....	46
	5.1.2.1 Pedregulhos encontrados no cuidado à Pessoa em Situação de Rua.....	47
	5.1.2.2 Potencialidades no cuidado à Pessoa em Situação de Rua.....	52

5.1.2.3 Organização dos fluxos de cuidado à Pessoa em Situação de Rua.....	56
5.2 Segunda etapa: Propostas de intervenção no cuidado à Pessoa em Situação de Rua.....	61
5.2.1 Oficina Teórico-Prático sobre Redução de Danos junto aos profissionais (2ª Oficina).....	61
5.2.2 Oficina com utilização do Mapa Falante.....	69
5.3 Estratégias para fortalecimento do cuidado intersetorial à pessoa em situação de rua.....	73
5.3.1 Potencialidades da articulação interssetorial CENTRO POP e CAPS AD do município de Sobral-Ceará.....	74
5.3.2 Fragilidades e Estratégias para fortalecimento da articulação interssetorial CENTRO POP e CAPS AD do município de Sobral-Ceará.....	77
6. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	80
7. APONTAMENTOS E PROPOSIÇÕES PARA O CUIDADO INTERSETORIAL Á POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA REDUÇÃO DE DANOS.....	84
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICES.....	96
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	96
APÊNDICE B: Termo de autorização de uso de imagem e depoimentos.....	97
APÊNDICE C: Estudo de Caso- Mapa Falante.....	98
ANEXOS.....	99
ANEXO A: Termo Consubstanciado Plataforma Brasil.....	99

1 INTRODUÇÃO

1.1 Encontro com o objeto de estudo/intervenção

O encontro com meu objeto de intervenção se deu mediante participação no Pet Redes de Atenção Psicossocial com enfrentamento ao uso de crack, álcool e outras drogas, ao longo da Rede de Atenção Integral em Saúde Mental (RAISM) do município de Sobral-Ce, nos anos de 2013 a 2015.

Tais experiências ocorreram em dois CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), em uma Unidade Psiquiátrica e em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). O período em cada um desses dispositivos foi de um semestre, onde em conjunto com o preceptor e outro monitor-bolsista, foram desenvolvidas ações dentro do serviço com intuito de adquirir conhecimentos na prática como também contribuir com o serviço.

Nesse sentido, a imersão no campo (CRAS e CREAS) teve como foco ações/estratégias de cuidados junto a grupos de adolescentes, usuários de drogas ou em situação de vulnerabilidade, com intervenções voltadas para criação de grupos de cuidado/terapêutico/informativo com esses sujeitos nesses espaços. As intervenções junto a esses jovens foram pautadas em estratégias criativas e estimuladoras, que visassem principalmente à discussão de vários aspectos relacionados ao uso e consumo abusivo de álcool e outras drogas entre esses sujeitos.

O enfoque das atividades na Unidade Psiquiátrica no Dr. Estevam era o cuidado ao familiar do dependente químico internado e a preparação do paciente no pós-alta, além de terem sido desenvolvidas atividades juntos aos pacientes, como forma de preparação para o pós-alta. O objetivo, dentro dessa perspectiva foi de realizar supervisão em serviço, tendo como foco o ensino/aprendizagem baseado na clínica ampliada; acompanhar o manejo/cuidado com pessoas internadas no pós-alta, por dependência química; estudar aspectos relacionados à dependência química, redes de cuidado e modelos de assistência que incluíssem o usuário e a família.

Ademais, o enfoque das atividades de extensão no CAPS AD foram as visitas domiciliares e o acolhimento no serviço. A partir da vivência, pode-se perceber a

importância das visitas domiciliares para acompanhamento do estado de saúde estado de saúde desses pacientes; identificação de possíveis crises, avaliando a necessidade de internação; fortalecimento contra recaídas; promoção de educação em saúde quanto às habilidades cotidianas e sociais com os pacientes; verificação da adesão ao tratamento medicamentoso e discussão do Plano Terapêutico Singular (PTS).

A partir dessa imersão nos serviços e nas atividades, pude desenvolver habilidades, competências e um olhar crítico em torno da Saúde Mental, em especial à abordagem a pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas, tendo como foco a Política de Redução de Danos em seus diversos âmbitos.

Por sua vez, a aproximação com as pessoas em situação de rua se deu por meio da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM), onde tive a oportunidade de estar inserida no Centro Pop (Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua), do município de Sobral-Ceará, no ano de 2017. As vivências aconteciam uma vez por semana, antes do momento do café da manhã dos usuários. A proposta era desenvolver oficinas onde se discutisse diversos temas relacionais à saúde assim como possíveis estratégias de redução de danos.

Essa imersão me permitiu ter um contato direto com esse público, com suas histórias de vida; dificuldades encontradas ao longo da situação de rua bem como os obstáculos encontrados ao acessarem os serviços de saúde em decorrência do preconceito e estigma; relatos de uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros aspectos.

Mediante relato dos usuários e observação da dinâmica de trabalho dos serviços, também foram percebidas algumas dificuldades teórico/práticas dos profissionais ao estar lidando com a política de redução atrelada á realidade dos usuários assim como alguns entraves em relação à articulação interssetorial entre os dispositivos, o que me gerou inquietações para estudar e buscar intervir de alguma forma nesse contexto.

1.2 Contextualização do objeto de estudo/Intervenção

Realizando uma contextualização do consumo de substâncias psicoativas, entende-se que esse segue a própria evolução da humanidade. Observa-se que essa capacidade e a necessidade de se modificar o estado de consciência são tão antigas quanto à própria ideia de existência do ser humano. Observa-se então, que esse fenômeno perpassa do momento em que o homem aprendeu a manusear e utilizar plantas medicinais para fins alimentícios e medicinais até a atribuição e classificação como algo proveniente do divino, sendo seu uso orientado para finalidades espirituais e ritualísticas, de acordo com a cultura de alguns povos, principalmente os indígenas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Com o passar do tempo, pode-se identificar a disseminação das substâncias psicoativas ao redor do mundo mediante fatores relacionados ao renascimento cultural, conflitos religiosos, as revoluções no âmbito científico, expansão do comércio marítimo, entre vários outros que facilitaram a comunicação e o comércio entre as diversas regiões. Diante disso, houve um crescimento muito grande da comercialização e distribuição do álcool, tabaco e do açúcar, com conseqüente aumento lucrativo de grandes empresas. Em contrapartida, passou-se a ter um controle maior sobre algumas substâncias tais como o ópio, cannabis e os derivados da coca, que de certa forma, não tinham se expandido/gerado tanto lucros. (TORCATO, 2014).

Nos contextos mais atuais, identifica-se que o homem passou a manipular substâncias como alternativa para curar algumas patologias. Sendo-se assim, as plantas passaram a ser representadas nos dias atuais por moléculas, e como conseqüência, houve o surgimento de novas substâncias psicoativas. Pode-se destacar então, o surgimento do LSD (dietilamida do ácido lisérgico) e a MDMA (metilenedioximetanfetamina), composto ativo do ecstasy. A princípio, teve-se o intuito de se descobrir novos medicamentos, mas com o passar do tempo, observou-se que o consumo dessas substâncias passou a se caracterizar como uso recreativo, com associação de alguns problemas de saúde, tais como transtornos mentais, por exemplo, o que fez com que essas substâncias também fossem proibidas ao longo de diversos países (BRAGA; GAULBERTO, 2010).

Diante disso, a partir de mudanças da relação do homem com as diversas substâncias, observa-se que essa relação passa a ser perpassada por diversas questões relacionadas ao estigma e moralismo, onde se tem a ideia de que o consumo de substâncias psicoativas seja o estágio final e mais degradante dos valores humanos. Todo esse processo está associado à criminalização do consumo dessas substâncias, que potencializa mais ainda a reprodução desse estigma e preconceito associado à pessoa que faz uso/abuso de algumas substâncias, principalmente quando está relacionado à pessoas com menor poder aquisitivo.

Sendo assim, a partir da década de 70 as substâncias psicoativas tornam-se uma questão para a sociedade e o Estado com o crescimento de um mercado ilícito, influenciado pela ampliação da dinâmica do capital, assim como pela ideologia da lógica proibicionista. Nesse sentido, identifica-se que mediante a implementação e divulgação do proibicionismo, há a construção do senso comum que passa a contribuir ainda mais com esse estigma, mediante criação de leis que proíbem o consumo e passam a associar os consumidores à imagem de indivíduos criminosos e perigosos. (OLIVEIRA, 2016).

Identifica-se, então, que mesmo diante de diversos investimentos para a abolição de determinadas substâncias psicoativas e os hábitos relacionados a estas, verificou-se o aumento do consumo, o fortalecimento de diversos grupos que estão vinculados ao tráfico de drogas, aumento da violência urbana, principalmente nas periferias e nas regiões de fronteira, aumento/fortalecimento da indústria bélica bem como a potencialização da segregação social, associada principalmente à imagem do pobre, negro e morador da periferia (OLIVEIRA, 2016).

Sendo assim, observa-se que durante muito tempo existiu uma lacuna assistencial nas Políticas Públicas de Saúde no que concerne ao cuidado de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, uma vez que essas questões eram referenciadas para instituições de justiça, segurança pública ou por associações religiosas, representadas principalmente pelas Comunidades Terapêuticas (PASSOS; SOUZA, 2011).

No entanto, nas últimas décadas, houve alguns avanços na Política Nacional sobre Drogas no Brasil, com modificações importantes na Lei sobre drogas, mediante o desenvolvimento de novos dispositivos para promoção de acolhimento, escuta e

cuidado, além da criação de ações voltadas para a Política de Redução de Danos (PRD) (SOUZA, 2017).

Nesse sentido, a Lei Federal nº 11.343/2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas; estabelece normas para produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define crime e fez avançar um pouco mais, na medida em que procura afastar o uso de substâncias psicoativas do âmbito policial (supressão da pena de prisão para usuários de drogas), aproximando-o mais das questões da saúde pública (FONSÊCA, 2012).

Seguindo-se essa linha de entendimento, a PRD, considerada como o principal pilar da atenção aos usuários de substâncias psicoativas na perspectiva do modelo psicossocial defendido como política pública no Brasil vem a se constituir como um conjunto de ações de saúde pública voltadas para a minimização das consequências adversas causadas pelo uso abusivo relacionado aos psicoativos, com a busca da melhoria da qualidade de vida desses sujeitos bem como o fortalecimento da sua autonomia enquanto ao uso ou não dessas substâncias e de como se relaciona com elas (SOUZA, 2017).

Neste contexto de uso de substâncias psicoativas inserem-se alguns grupos específicos, dentre eles, as pessoas em situação de rua. Esse grupo é caracterizado como uma população heterogênea composta por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza e a falta de pertencimento à vida social. Homens, mulheres, jovens e até mesmo crianças se juntam a este grupo populacional que, com as contingências de suas existências, seja pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, falta de emprego, rompimento com laços afetivos familiares, violência de todas as formas, perdas importantes e muitos outros motivos, passam a ter a rua como espaço de moradia e existência (TONDIN, 2013).

Nesse caso, o uso de substâncias psicoativas por pessoas que vivem em situação de rua não se liga unicamente à sensação de prazer, mas correlaciona-se também às sensações de euforia, poder, alterações psíquicas contra a triste realidade na qual estão submetidos, entre outros. Constitui-se então, como uma ferramenta química para

amenizar as consequências de um sintoma da insanidade social que exclui esses cidadãos de direito (TONDIN, 2013).

1.3 Justificativa e Relevância do estudo/Intervenção

Em observação dos espaços onde a pessoa em situação de rua circula, inclusive no CENTRO POP e CAPS AD, pode perceber alguns nós relacionados ao cuidado intersetorial à pessoa em situação de rua, além de uma relação muito próxima desse público com o uso de substâncias psicoativas dentro dos seus diversos contextos de vida.

Nesse âmbito, Ferreira, Rozendo & Melo (2016) retratam que o cuidado intersetorial a esse público ainda encontra diversos obstáculos que desafia os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS e encontra-se à margem das redes de atenção à saúde e de proteção social, sendo alvo de políticas assistencialistas, compensatórias e focalizadoras. Esse desafio se dá pela necessidade de se sustentar a diferença frente ao funcionamento classificatório e homogeneizante ainda presente nas práticas em saúde mental.

Nesse caso, na ausência de ações intersetoriais efetivas e concretas, que preservem os direitos dos usuários, observa-se a construção de itinerários próprios de cuidado por parte das pessoas em situação de rua. Tais itinerários desviam-se dos fluxos regulares das redes assistenciais, dadas as dificuldades de vinculação com essa clientela e das redes em absorver suas demandas de modo articulado (ROMAGNOLI *et al*, 2017).

Um dos possíveis motivos para tal panorama está na cultura de preconceito e exclusão de que essas pessoas são alvo. Entre as barreiras evidenciadas de acesso estão: a burocratização do serviço e o preconceito por parte de alguns profissionais motivados pela aparência dos usuários (falta de roupas e higiene adequada), a ausência de documentos de identificação e endereço fixo, e/ou pela frequente condição de uso abusivo ou excessivo de álcool e outras drogas, às vezes com quadros de intoxicação (FERREIRA, ROZENDO & MELO, 2016).

Tais vulnerabilidades socioeconômicas às quais estão expostas as pessoas que vivem em situação de rua e que fazem uso abusivo de substâncias, os tornam mais vulneráveis a políticas proibicionistas, pautada no controle, repressões e exclusões baseados em estigmas e estereótipos que associam a figura do morador de rua usuário de droga ao estereótipo de bandido ou criminoso, aquele que representa perigo à sociedade. Dessa maneira, percebemos que o estigma, enquanto estereótipo construído em torno de pessoas que vivem nas ruas e fazem uso de drogas ilícitas, é concomitante a uma espécie de julgamento moral sobre seus modos de viver (MACERATA, 2014).

Além disso, no que se refere ao acesso às políticas públicas de saúde mental e assistência social, relacionadas às pessoas que estão em situação de rua dificultam o reconhecimento desses sujeitos enquanto pessoas de direitos. Sendo assim, ainda é possível vivenciar com frequência, profissionais reproduzindo estigmas em relação a esses sujeitos, ao embasarem suas práticas em comportamentos moralistas de cunho normativo, que mais contribuem para aprisionar essas pessoas às identidades pressupostas do que para propiciar a exploração de novas possibilidades de ser e estar no mundo (MACERATA, 2014).

Diante do apontado, compreende-se que o problema do uso abusivo de drogas pela população que vive nas ruas se mostra bastante complexo, pela composição de fatores que, somados, reforçam a situação de exclusão social e estigmatização por parte da população que aparece de forma marginalizada pela reação da sociedade. Esta postura social agride profundamente e produz uma diminuição da autoestima, já minada pelo descaso, preconceito e desesperança, levando-os ao autoabandono, descuido, e desinteresse pela vida (TONDIN, 2013).

Seguindo-se essa lógica, o desenvolvimento de atividades de redução de danos voltadas aos profissionais que atuam no cuidado a esse público e a organização de estratégias para fortalecimento do cuidado intersetorial com esse propósito, torna-se fundamental no sentido que busca organizar o cuidado além de se procurar minimizar a estigmatização e o preconceito em relação à pessoa em situação de rua, tanto pela condição de estar na rua como pelo uso de substâncias psicoativas, envolvidas em boa parte desse público.

Além disso, a redução de danos situa o uso de drogas como uma questão de saúde pública, visando à elaboração de estratégias de cuidado mais próximas da

realidade dos sujeitos, juntamente com as pessoas que fazem uso/abuso de psicoativos. E assim, ao adotar uma postura pragmática e ampliada, traz noções de cuidado e autocuidado contextualizadas e compartilhadas, valorizando a autonomia desses sujeitos (DANTAS; CABRAL; MORAES, 2014).

Por fim, destaca-se também a importância de se pensar a intersectorialidade de maneira ampliada, considerando habitação, educação e trabalho, além de ações que esclareçam seus direitos sociais, além de políticas públicas que considerem as particularidades de seus diversos subgrupos, (SICARI; ZANELLA, 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar estratégias para fortalecimento do cuidado interssetorial à pessoa em situação de rua, no município de Sobral-Ceará, na perspectiva da Política de Redução de Danos a partir da utilização do Arco de Magueréz.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as necessidades de conhecimento dos profissionais envolvidos sobre o cuidado a população em situação de rua, na perspectiva da Política de Redução de Danos;
- Realizar momentos de Educação Permanente em Saúde (EPS) com os profissionais envolvidos no cuidado à população de rua sobre a Política de Redução de Danos mediante utilização do Arco de Magueréz.
- Propor estratégias para fortalecimento da articulação interssetorial voltadas para o cuidado à população em situação de rua na perspectiva da Política de Redução de Danos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fim de que se possa ter uma compreensão maior acerca da população em situação de rua, seguir-se-á uma contextualização histórica sobre esse público; reflexões sociais sobre o preconceito e estigmatização da população de rua, como vem sendo estruturado o acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde, bem como as relações no âmbito da Política de Redução de Danos; estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) e sobre linhas de cuidado em saúde nesse âmbito do cuidado.

3.1 Contextualização sobre a população em situação de rua

O surgimento do que se designou “população em situação de rua”, nos remonta ao período da Revolução Industrial e às mudanças provenientes desse modo de vida advindo de tais revoluções. Assim, embora haja uma correlação entre o surgimento da sociedade capitalista moderna e a dispersão do fenômeno da população em situação de rua de forma ampla, pode-se perceber que a existência de pessoas em situação de rua não é restrita a esse fenômeno. Observa-se então, que desde a antiguidade já havia pessoas vivendo nas ruas, de forma interligada ao espaço urbano, embora não se pudesse considerá-las como parte de um segmento social mais amplo, já que esparsas.

Assim pontua Melo (2011, p.13):

Segundo Stoffels seu aparecimento na Grécia antiga se desenvolve a partir da decomposição da sociedade arcaica e com as características que a seguem, tal como a consolidação da propriedade privada, estabelecimento da escravidão, das cidades e Estados, o direito escrito, a economia monetária e a divisão do trabalho. De maneira semelhante, em Roma, a mendicância seria produto de despejos rurais provocados pela guerra, da dissolução de exércitos, extensão do regime escravocrata e da consolidação da propriedade privada. Com o passar do tempo se estabelece enquanto uma prática organizada e repleta de especificidades.

Verifica-se que quando as cidades tomaram força e passaram a representar o principal núcleo de convivência humana, decorreram diversas mudanças ocorridas na forma de vida em sociedade e como consequência desse novo modo de vida e de suas implicações econômicas e sociais, passou a existir, em diferentes momentos da história, registros de pessoas fazendo das ruas seu espaço de moradia.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, criada em 2009, por sua vez, adota o seguinte conceito para a definição da população que se encontra nesta situação:

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 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, s.p).

Vale lembrar que a população em situação de rua no Brasil não está incluída nos censos demográficos brasileiros visto que a coleta de dados prepondera na base familiar. Assim, sem moradia, o grupo acabou ficando invisível ao Estado e qualquer levantamento quantitativo acerca dessa população tem que ser recebido com determinada cautela (FIGUEIREDO; GUERRA, 2016).

O MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome com a cooperação da UNESCO buscou pontuar algumas características da população em situação de rua, a partir de dados mais objetivos. A pesquisa foi realizada em 71 cidades, dentre as quais Porto Alegre, São Paulo, Belo Horizonte e Recife. Diante disso, a pesquisa apontou que é uma população predominantemente masculina (82%), sendo a proporção de negros (67% - considerando a somatória de pardos e pretos). A maior parte é composta por trabalhadores no mercado informal, sendo 52,6%, atuando como catadores de material reciclável (27,5%), flanelinhas (14,1%), em setores da construção civil (6,3%) e limpeza (4,2%), como carregadores e estivadores (3,1%). A grande maioria (47,7%) nunca teve carteira assinada ou não trabalhava formalmente há muito tempo (BRASIL, 2011).

Ao contrário da ideia que se tem dessa população, apenas (15%), pede dinheiro em espaços públicos como sua principal fonte de renda, ou seja, não se trata de uma

população de mendigos ou pedintes, mas de uma população que trabalha inserida no mercado informal (BRASIL, 2011).

Em relação aos motivos que os levaram às ruas, a pesquisa apontou que muitos estão nesses locais por conflitos familiares, problemas com alcoolismo e outras substâncias, em decorrência do desemprego e até mesmo por opção de vida. Identificase que muitos enfrentam o preconceito social, comportamentos estigmatizantes da sociedade que os transformam em seres humanos sem valor nenhum, como seres “invisíveis” não merecedores de respeito e sensibilidade da sociedade. Associado a isso, observa-se também que as práticas de violência física e moral vivenciada nesses espaços reforçam ainda mais uma visão de naturalização e imutabilidade dessa condição social que vivem. Ou seja, acabam sendo considerados como “paisagens” dos centros urbanos (FIGUEIREDO; GUERRA, 2016).

3.2 História e contextualização sobre a saúde da população em situação de rua

Sabe-se que as políticas sociais existentes no Brasil no período que antecede a Revolução de 1930, eram marcadas pela fragmentação e pela condição do emergencialismo. No que concerne ao atendimento às questões de saúde pública, não existiam nenhum tipo de programa sob responsabilidade do governo que estava atuando, sendo assim, a atuação do Estado se dava mediante controle das autoridades locais existentes no país (MACHADO, 2017).

Foi a partir da criação do Ministério da Educação e Saúde, nos anos 30, que surgiu a primeira configuração de uma Política Nacional de Saúde, no entanto, o cuidado em saúde era direcionado à apenas a determinados segmentos de trabalhadores da época, que contribuíam com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Bertolozzi e Greco (1996) trazem em seus estudos que até o ano de 1945, os programas de saúde pública eram orientados pelo modelo campanhista, destinados à criação de condições sanitária mínimas, que sustentasse o grande contingente migratório existente na época.

O outro marco das Políticas Públicas de Saúde no Brasil foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no final de 1963 e coroava vários estudos para a criação de um sistema de saúde. O movimento era orientado por duas bandeiras: um sistema de

saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos) e descentralizado, mediante protagonismo dos municípios (CARVALHO, 2013; FINKELMAN, 2012).

Em 1986, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira mostrou-se como um grupo mobilizado e articulado, com um acúmulo histórico de alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto contrário ao modelo biomédico assistencial vigente naquela época. A partir de então, a saúde passou a ser a questão central da sociedade (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado foi reafirmado em 1986, durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando se recomendou a organização de um SUS descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação) (PAIM, 2007).

Em 1988, a Constituição brasileira confirmou a saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado, o qual deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, e estabeleceu a base para a criação do SUS, por meio da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990 (BRASIL, 1990), que especificava as atribuições e de como seria a organização do SUS (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA e MACINKO, 2011).

No entanto, o que se observa é que apesar de constitucionalmente garantido, o direito à saúde passou a não ser exercido de forma equânime e integral por toda a população brasileira, em parte como consequência de especificidades apresentadas por determinados grupos populacionais. Dentre esses grupos, destaca-se a população em situação de rua, cuja heterogeneidade torna necessária a elaboração de estratégias específicas que visem contemplar as particularidades desses sujeitos, a partir da criação de serviços específicos (PRATES, PRATES e MACHADO, 2012).

Seguindo-se nessa lógica, entende-se que há uma fragilização de um dos princípios doutrinários do SUS, a equidade. Esse princípio tem uma associação expressa com as concepções de igualdade e de justiça. Na esfera do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos consoante suas necessidades,

proporcionando mais a quem mais precisam, e menos a quem demanda de menos cuidados. Com este princípio busca-se a legitimação das particularidades nas condições de vida e saúde, ressaltando que o direito à saúde passa pelas especificações sociais e deve atender à diversidade dos diversos tipos de grupos populacionais.

Nesse sentido, faz-se necessário refletir:

“.. que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido e acolhido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada aglomerado populacional existem grupos que vivem de formas diferentes, com problemas específicos em relação ao seu modo de viver, de adoecer e na forma de satisfazer suas necessidades de vida. Dessa forma, os serviços de saúde devem reconhecer e acolher estas diferenças, trabalhando para atender às diferentes necessidades, com respostas rápidas e adequadas, diminuindo as desigualdades existentes na qualidade de vida e saúde de diferentes camadas socioeconômicas da população brasileira (BRASIL, 2006a, p.21).

Mediante criação do Decreto nº 7.053, de dezembro de 2009, têm-se um marco em relação ao cuidado a população em situação, diante da fundamentação da Política Nacional para População em Situação de rua, que traz em seus escritos, uma série de direitos bem como estratégias para acompanhamento e monitoramento da saúde e dos direitos desse grupo populacional. Em 2012, o Ministério da Saúde lança o Manual sobre o Cuidado à saúde junto à população em situação de rua, sendo considerado como outro marco na atenção à saúde desse grupo no âmbito do SUS. Nesse caso, têm-se como intenção, a ampliação do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde dessa população. Sendo assim, a atenção básica vem-se a constituir como um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, possibilitando sua inserção efetiva no SUS, tendo como porta de entrada prioritária na Atenção Primária à Saúde (APS), as equipes de Consultório na Rua (eCR). (BRASIL, 2012).

Frente a este contexto, os CnaR, instituídos por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constituem como um componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB, buscando atuar diante aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população

em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, tendo como foco a redução de danos. São constituídos por equipes formadas por diferentes categorias profissionais da saúde, com prestação de serviços à essa população in loco, sendo realizadas de maneira itinerante e em articulação com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além da atenção básica, as equipes dos CnaR, realizam também ações compartilhadas junto aos CAPS, dos serviços de urgência e emergência e dos diversos outros pontos de atenção, a depender da necessidade de saúde da população de rua (BRASIL, 2012).

Em consulta ao CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) identificou-se que há 20 Consultórios na Rua cadastrados em território nacional, sendo sete na Região Sudeste; quatro na região Nordeste; quatro na Região Sul; três na Região Centro-Oeste e um na Região Norte (BRASIL, 2018).

Vale lembrar que no município de Sobral-Ce não existem equipes de CnaR, sendo esse trabalho realizado minimamente pelo CENTRO POP que será explicado com mais detalhes ao decorrer do trabalho.

Quanto aos principais problemas de saúde que mais acometem a população em situação de rua, Aguiar e Iriart (2012) identificaram como principais, o abuso de substâncias psicoativas, HIV/AIDS, transtornos mentais/psiquiátricos, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais. No entanto, muitas pessoas que estão em situação de rua procuram os serviços de saúde recorrendo à rede ambulatorial apenas quando não aguentam mais a presença dos sintomas de doenças. Algumas acessam os serviços de saúde quando conduzidas pelo serviço de resgate ou por intermédio de instituições de assistência, pois encontram dificuldades em valerem-se deles espontaneamente.

Nesse caso, percebe-se que as condições precárias e insalubres das ruas podem ocasionar em exposições e riscos acumulados, sobre os quais são necessárias intervenções, diversas estratégias e formas de tratamento que atendam às especificidades de cada situação. Nesses casos, os conceitos gerais de universalidade, integralidade e equidade do SUS são caracterizados como desafios à medida de que se deve ter ferramentas para implementação de políticas públicas de saúde eficientes para as pessoas em situação de rua (TONDIN, 2013).

3.3 Política de Redução de danos: contextualização histórica, avanços e desafios e sua relação com a Pessoa em Situação de Rua

Sabe que o uso de substâncias psicoativas está presente em toda a sociedade há vários séculos, perpassando por evoluções históricas no contexto mundial e brasileiro, desde os tempos mais remotos até a contemporaneidade. No entanto, mais especificamente ao território nacional, observa-se que houve um aumento significativo no uso de substâncias psicoativas, o que veio a desencadear uma série de problemáticas no âmbito jurídico, social e inclusive, no campo da saúde, de uma forma em geral (CARNEIRO, 2014).

A partir do momento em que se tornou um problema de saúde pública, iniciou-se a criação de diversas políticas na tentativa de resolução desse problema. A princípio, em parceria com o poder judiciário, essas ações enfatizavam a redução da demanda, mas ainda com uma forte associação da droga e do usuário à figura de uma pessoa criminosa. Posteriormente, evoluiu-se para a criação de políticas públicas voltadas para a atenção integral à saúde dos usuários, efetivando-se dentre outras a Política Nacional de Redução de Danos (PACHECO, 2013).

A origem das ações de Redução de Danos pode ser apontada na Inglaterra no ano de 1926, com a constituição do Relatório de Rolleston, a partir do momento em que uma equipe médica elaborou e desenvolveu estratégias, como a prescrição controlada de morfina e heroína, com o objetivo de reduzir os danos à saúde dos usuários, sendo considerado um marco para a história da Redução de Danos – esse marco não estabeleceu a abstinência de forma abrupta, mas sim um alívio dos sintomas e a administração controlada da droga (SODELLI, 2010).

Outro marco de igual importância foi a elaboração dos primeiros programas para a diminuição da disseminação de doenças infectocontagiosas por usuários de drogas injetáveis, que ocorreu na Holanda no ano de 1972. Com essa medida, ocorria a troca de seringas já usadas por seringas novas. Posteriormente, o governo elaborou em 1976 a Lei do Ópio, que regulamentou a diferenciação entre as drogas de risco aceitável e as drogas de risco inaceitável (MOTA, 2012).

Ainda em território holandês, na cidade de Amsterdã, na década de 1980 um grupo de usuários de drogas iniciou um movimento social conhecido como Junkiebon (associação de usuários de drogas injetáveis) em busca de melhores condições de vida e de saúde a usuários de drogas injetáveis e a redução do nível de contaminação pelo vírus da AIDS e da Hepatite B por meio do compartilhamento de seringas. Assim, a partir do desenvolvimento de movimentos como esses, ocorreu a ampliação do conceito da Redução de Danos, atentando alguns gestores da saúde pública e de organizações não governamentais para a problemática das doenças infectocontagiosas associadas ao consumo de substâncias psicoativas (MACHADO & BOARINI, 2013).

No que concerne ao Brasil, a PDR foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no município de Santos-SP no ano de 1989. Entretanto, sabe-se que a princípio, as atividades relacionadas à Redução de Danos, ainda eram direcionadas basicamente para prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) mediante a distribuição de insumos para consumo de drogas injetáveis, tendo como foco, a redução do compartilhamento das seringas entre os usuários (PASSOS, 2011).

No entanto, houve uma ampliação dessas ações, que passaram a ser discutidas a partir da aprovação da Portaria de nº 1.028/GM de 1º de Julho de 2005, que regulamenta as ações de Redução de Danos sociais e à saúde; associada ao consumo de substâncias psicoativas (PASSOS & SOUZA, 2011). As ações propostas nessa portaria foram posteriormente incluídas como de responsabilidade dos profissionais de saúde inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria de nº 3.088 de 2011 (BRASIL, 2011).

As ações de RD foram inseridas nos espaços institucionais que compõem a RAPS – conforme foi estabelecido em suas diretrizes para o funcionamento no art. 2, que impõe o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, como ações possíveis de serem elaboradas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e de pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a PDR tem como um dos princípios, o fortalecimento da autonomia, para que em parceria, esse usuário tenha condições para decidir se deve ou não fazer o uso de substâncias psicoativas, assim como ter o conhecimento de possíveis danos que possam estar envolvidos no seu consumo. Parte do princípio também de que a abstinência não se caracteriza como a única possibilidade para o cuidado, mas que se

deve considerar a vontade e a singularidade de cada sujeito. Espera-se, assim, da PDR um caminho mais promissor a partir do momento que a saúde está acima de qualquer julgamento ou criminalização da pessoa que faz o uso (MANGUEIRA et al, 2015).

Segundo Andrade (2000), citado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013):

O paradigma da redução de danos concentra-se em enfrentar de modo pragmático os problemas de saúde, sociais e econômicos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sem avaliações morais sobre essa prática. (CFP, 2013, p. 28).

Apesar de inseridas no campo da saúde pública brasileira e de alguns avanços que aconteceram ao longo do percurso, as ações preconizadas pela PDR fazem parte de uma política pública relativamente nova diante das ações cotidianas de trabalho dos profissionais de saúde, o que resulta na pouca utilização e dificuldade de reconhecimento como uma estratégia válida ao cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. Dessa forma, as estratégias de tratamento estimuladas pela PDR acabam sendo muitas vezes percebidas como um incentivo à manutenção do uso e da dependência de substâncias psicoativas (MORERA, PADILHA & ZEFERINO, 2015).

Essas concepções circulam por toda sociedade pelos discursos enraizados pela justiça, pela mídia, por projetos religiosos ou como proposta sugerida por algumas comunidades terapêuticas de cessar com o uso de drogas e permanecer com sua associação à criminalidade, o que faz com que os estigmas e preconceitos direcionados aos usuários de álcool e outras drogas sejam mantidos cotidianamente no contexto de vida desses usuários (CARNEIRO, 2014).

No que concerne ao uso de substâncias e o cuidado no âmbito da PDR entre as pessoas em situação de rua, compreende-se a partir de Pesquisa Nacional sobre a População de Rua, que um dos principais motivos para condição de situação de rua está direcionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Além disso, uma boa parte desse público faz uso de alguma substância para conseguir amenizar as dores do cenário em que estão envolvidos (TONDIM, 2013).

Atrelado a este contexto, pode-se observar o preconceito e estigma associado ao consumo dessas substâncias entre essa população, levando-os a considera-los como

marginais ou pessoas perigosas. Nesse âmbito, a ampliação das discussões sobre redução de danos é essencial na busca do reconhecimento das pessoas que fazem o uso como pessoas também de direito, além de fortalecer os cuidados/autocuidado em saúde a essa população (TONDIN, 2013).

Entre algumas experiências exitosas relacionadas ao cuidado da PSR no âmbito da PDR, podemos citar o Programa de Braços Abertos (DBA). Este programa configura-se como uma experiência brasileira inovadora, que tem por objetivo, promover a reabilitação psicossocial de usuários de crack e outras drogas em situação de rua, imersas em um contexto de vulnerabilidade social, na cidade de São Paulo (TEIXEIRA; LACERDA, RIBEIRO, 2018).

O programa foi implementado em abril de 2014 por meio do Decreto n. 55.067 (SÃO PAULO, 2014) como resposta ao aglomerado de usuários nas cenas de uso de drogas – denominadas de “cracolândia” ou “fluxo” – no território da Luz, no centro da cidade. Dentre suas principais diretrizes incluem a atenção à saúde com políticas de redução de riscos e danos, de prevenção do uso de drogas, de tratamento e de assistência social, além da oferta de alimentação, hospedagem e acesso a atividades ocupacionais e à renda por meio de frentes de trabalho e de qualificação profissional (TEIXEIRA; LACERDA, RIBEIRO, 2018).

O DBA se estruturou como uma política baseada em intervenções intersetoriais, a partir do momento em que articula diversas áreas: saúde, assistência social, trabalho, direitos humanos e segurança urbana. Tem como estratégia norteadora a intersetorialidade, fundamental na agenda contemporânea, tendo em vista que um único setor não consegue efetivamente dar respostas adequadas diante da complexidade dos fenômenos sociais. As estratégias de gestão intersetorial favorecem a promoção das práticas mais eficazes com efeitos sinérgicos em situações complexas, sendo fundamentais para a atuação em problemas estruturais da sociedade, como a pobreza e os processos de exclusão, que incidem diretamente nos determinantes sociais da saúde e na promoção das desigualdades sociais (MONNERAT et al., 2014).

3.4 Articulação intersetorial no cuidado à Pessoa em Situação de Rua

Define-se intersetorialidade como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Para ser uma prática efetiva, essa articulação pressupõe muito mais que agregação de setores pretendendo a integralidade como estratégia de intervenção para a superação do problema em questão. A intersetorialidade convoca, portanto, um conjunto de inovações no âmbito da gestão pública, exigindo novas respostas organizativas, a superação das estruturas hierarquizadas e verticais, e a criação de novos arranjos institucionais, com estruturas horizontalizadas de trabalho, como assinala Bronzo (2010).

Monnerat e Souza (2011) apontam para a necessidade de um enfrentamento intersetorial através da conformação de uma rede de proteção social, com a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), sobretudo em uma sociedade como a do Brasil, com grandes limites estruturais e desigualdades sociais. Essa rede tem como propósito enfrentar os complexos problemas sociais, que ultrapassam a alçada de um só setor de governo ou área de política pública, tornando quase uma imposição à integração entre as políticas.

Os autores ressaltam ainda que as atividades intersetoriais envolvem alterações tanto nas dinâmicas e nos processos institucionais quanto no desenho e nos conteúdos das políticas setoriais, não correspondendo somente à junção dos setores das diferentes políticas públicas. Assim, além dessas mudanças institucionais, a intersetorialidade também deve atuar no cotidiano dos serviços como um:

dispositivo para propiciar encontros, escuta e alteridade, além de ajudar a explicitar interesses divergentes, tensões e buscar (ou reafirmar a impossibilidade) convergências possíveis. E, que também possa evitar duplicidade de ações e buscar integrações orçamentárias para projetos prioritários, articular recursos, ideias e talentos (AKERMAN et al., 2014, p. 4293).

Todas essas questões, não são os únicos desafios da intersetorialidade. Ao examinar a integração das políticas sociais no Brasil, Monnerat e Souza (2011) trazem que um forte empecilho para sua efetivação é a própria diferença que existe entre os

setores. Para as autoras, enquanto a saúde discute com sua trajetória histórica já consolidada, as múltiplas e complexas determinações do processo saúde-doença a partir da promoção da saúde investindo na ação intersetorial, a assistência social ainda possui frágil institucionalização, com dificuldades na implantação de seus equipamentos e baixo percentual de corpo técnico concursado devido ao seu legado histórico clientelista.

Mesmo com essas diferenças nos dois setores, a necessidade da intersetorialidade é reconhecida, uma vez que muitas das ações necessárias para a promoção da saúde social envolvem instâncias que se encontram fora desses domínios. O mesmo ocorre no setor da assistência social, que, ao buscar promover a inclusão social ou melhorar a qualidade de vida resolvendo os problemas concretos que atingem a população de um dado território, lida com demandas multifacetadas que exigem respostas para além da repartição setorial com ações coordenadas entre os diferentes setores do Estado (ROMAGNOLI *et al*, 2017).

No âmbito da saúde mental, compreende-se que as discussões acerca da intersetorialidade começaram a se fortalecer principalmente a partir do ano de 2010, mediante a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. Sendo assim, foi a primeira vez que os parceiros intersetoriais (assistência social, cultura, segurança pública, justiça, economia, entre outros) foram convocados de forma oficial para um debate (ROMAGNOLI *et al*, 2017).

Mais especificamente ao cuidado à PSR, diversas pesquisas apontam acerca da preocupação do acesso desse público ao SUS e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), evidenciando a necessidade de construção e organização de uma rede intersetorial direcionada a essa população, pautada nos princípios básicos do SUS. Assim, é muito comum que as PSR busquem pontos alternativos de apoio social em entidades e pessoas ligadas a organizações não governamentais, comunidades e coletivos religiosos e movimentos sociais, trilhando suas próprias linhas nômades e flexíveis, que podem vir a se transformar em outras formas de lidar com a vulnerabilidade (FERREIRA; ROZENDO; & MELO, 2016).

Nos casos que envolvem problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, a precária vinculação de pessoas em situação de rua com os CAPS AD, as conduzem à busca na rede de atenção básica por medicamentos ansiolíticos para suportar a

abstinência ou para incrementar o efeito de certas drogas. Assim, mantém-se com a atenção básica uma relação superficial apenas para renovação das receitas médicas sem qualquer proposta de continuidade de cuidados (ROMAGNOLI *et al*, 2017).

3.4 Educação Permanente em Saúde como estratégia de formação aos trabalhadores envolvidos no cuidado à pessoa em situação de rua:

Mediante a Constituição Federal de 1988, atribuiu-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação de profissionais na área da saúde. O exercício concreto desta atribuição se fez como política pública de maneira inédita no país, a partir da aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do Ministério da Saúde (MS), em 2003 (CECCIM, 2005).

Diante da instituição da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que constitui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), reformulada posteriormente com a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, colocou-se em ordem a formação e capacitação de profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades populacionais, oferecendo às instituições vinculadas ao SUS, financiamento para incentivo de ações que capacitem os profissionais de saúde, melhorando seu atendimento, com embasamento teórico-prático (CECCIM, 2005).

A PNEPS propõe também a implantação e mobilização dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e localregionais/rodas de gestão) como articulação e criação de novas ações que contribuam para o avanço do SUS. Possui como objetivos, estimular a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, promover a educação permanente das equipes de saúde, fortalecer o controle da sociedade sobre o sistema de saúde, qualificar a formação e promover uma atenção integral à saúde.

Nesse contexto, a proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação,

tendo em vista a qualidade do cuidado, o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social bem como estimular a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde com postura crítica/reflexiva.

Diante do que foi colocado, entende-se a importância de que também seja realizadas atividades de EPS com a população em situação de rua, tendo em vista as diversas particularidades e complexidades que essa população possui assim como a todo o histórico de preconceitos, estigmatização e invisibilidade que existiu e que já perdura há tantos. Associado a isso, têm-se também a complexidade que se tem diante da condição de uso abusivo de álcool, crack e outras drogas em que esses sujeitos estão envolvidos atrelado a uma boa parte desse público.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipologia do Estudo

O estudo foi construído a partir dos fundamentos teóricos da pesquisa intervenção, utilizando-se a abordagem qualitativa, tendo como referencia metodológico o Arco de Maguerez.

De acordo com Vergara (2011, p.43), a investigação intervencionista tem como principal objetivo interpor-se, interferir na realidade estudada para modificá-la. Não se satisfazendo, portanto, em apenas explicar os problemas que foram encontrados. Busca-se, nesse sentido, propor resolução para os problemas encontrados, de maneira efetiva e participativa.

A abordagem qualitativa é dita por Minayo (2008) como a que melhor se conforma na investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos, pois permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia à construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Relaciona-se ainda ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2013).

4.2 Cenário e Período da Intervenção

A intervenção foi realizada no Centro Pop e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) do município de Sobral-Ceará.

O Centro Pop é um serviço que está sob a coordenação da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Extrema Pobreza e tem como objetivo promover a reintegração de pessoas em situação de rua às famílias e a sociedade, com cidadania e

dignidade e integra o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O Centro Pop de Sobral tem capacidade para atender 25 atendimentos diários com almoço; banho; cursos técnicos, acompanhamento especializado e políticas públicas de acesso à cidadania.

O Centro Pop do município de Sobral-Ce conta com uma equipe formada por uma coordenadora; duas assistentes sociais; duas psicólogas, um psicopedagogo, quatro profissionais de nível médio para abordagem social, que acontece na rua, três vigias que se organizam em escalas e um motorista. Desde abril de 2014 são prestados serviços como, atendimento individualizado e escuta especializada de pessoas em situação de rua para encaminhamento a outros serviços públicos. O Centro Pop conta com a parceria das Unidades Básicas de Saúde; Secretaria de Educação e Coordenadoria de Habitação da SEURB (Secretaria de Conservação e Manutenção Urbana).

No que concerne o CAPS AD constitui-se como um serviço de saúde aberto e comunitário, de Atenção Secundária do SUS, e é um espaço de referência para tratamento de pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas, o qual foi integrado à Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) de Sobral no ano de 2002. Funciona semanalmente de segunda a sexta-feira, das 8 às 12 horas e das 14 às 18 horas. Possui como objetivos cuidar de pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas, realizando acompanhamento clínico e habilitação social dos usuários mediante ações interssetoriais, visando acesso ao trabalho, lazer, esporte, cultura, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A equipe do serviço é composta por dois enfermeiros, dois psiquiatras, um médico clínico, um assistente social, dois psicólogos, um farmacêutico, uma auxiliar de farmácia, dois auxiliares administrativos, dois profissionais dos serviços gerais e quatro vigilantes. Além da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) e da Residência em Psiquiatria.

A equipe de residentes em saúde mental que está no CAPS AD é composta por uma psicóloga, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira. Essa equipe participa de forma sistemática das atividades desenvolvidas no serviço, tais como nos atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares, acolhimento e articulação interssetorial. Essa articulação acontece mediante inserção em espaços como o CRAS, CREAS, CENTRO POP, Unidade de Acolhimento para Menor Zequinha Parente, Escolas municipais e estaduais, assim como nas empresas privadas. Observa-se

que a inserção dos residentes nesse contexto interssetorial constitui-se como uma importante ferramenta de fortalecimento de uma clínica ampliada no âmbito da Política de Álcool e outras drogas no município, além de incentivar os profissionais do serviço a estarem inseridos nessas atividades extra CAPS AD. Têm-se ainda um apoio dos residentes em psiquiatria (sete), que se intercalam para estarem realizando atendimentos no CAPS e, recentemente, estão organizados para realização de visitas domiciliares.

As intervenções foram realizadas em encontros semanais, durante os meses de maio a dezembro do ano de 2018, totalizando sete oficinas e duração de aproximadamente uma hora, cada. As oficinas no CENTRO POP aconteceram ao final do expediente e as do CAPS AD ocorreram no momento das Rodas Setoriais do serviço. Ademais, realizou-se uma oficina integrada com participação dos profissionais dos dois serviços, a fim de que se estabelecessem algumas possíveis estratégias de organização do fluxo à PSR no âmbito da PDR.

4.3 Participantes da Intervenção

A intervenção teve como participantes, doze profissionais de nível superior que atuam no CENTRO POP e CAPS AD. Utilizaram-se como critérios de inclusão os profissionais que estivessem atuando nesses dispositivos de cuidado há pelo menos um ano e aceitassem participar voluntariamente da intervenção.

Os critérios de exclusão foram os profissionais que não estiveram nos serviços há pelo menos um ano, bem como os que não aceitaram participar voluntariamente da intervenção.

4.4 Procedimentos para realização da intervenção

O planejamento e a implementação das oficinas sobre o cuidado à pessoa em situação de rua no âmbito da Política de álcool e outras drogas foram fundamentadas na pedagogia libertadora, proposta por Paulo Freire, elencando a Metodologia da Problematização, apoiada no Arco de Maguerez, como fio condutor das atividades (BRASIL, 2009).

A Metodologia da Problematização configura-se como uma estratégia de ensino que estimula o pensamento crítico e reflexivo, a busca pela tomada de decisão mediante discussão em grupo e a resolutividade de problemas, de acordo com a realidade do contexto em que os participantes estão inseridos (BRASIL, 2009).

Foram realizadas três oficinas em cada dispositivo (CAPS-AD e CENTRO POP), de acordo com a disponibilidade dos serviços citados acima. Além de mais uma oficina integrada, realizada nas dependências do CAPS AD. Ao início de cada oficina foi realizado um momento de “quebra-gelo”. Esta técnica é usada para aliviar as tensões do grupo, quebrar a seriedade e aproximar as pessoas.

As oficinas foram orientadas pelas etapas do arco de Magueréz, que é estruturado em cinco etapas como segue a figura abaixo: observação da realidade (problema); Pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade (prática).

Ilustração 1: Etapas para elaboração do Arco de Magueréz



Fonte: Bordenave (2005)

Na primeira oficina de cada serviço, foi realizada uma apresentação expositiva e dialogada sobre o cuidado à população em situação de rua na perspectiva da Política de Álcool e outras Drogas, assim como os profissionais foram sensibilizados a refletirem sobre suas realidades em relação à temática, como é sugerido na primeira, que está relacionada à **observação da realidade** onde se procura prevê a identificação e caracterização do objeto de trabalho, ou seja, aquilo que precisa ser investigado,

resolvido e melhorado de modo que a realidade possa ser transformada (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, procurou-se identificar como o cuidado à pessoa em situação de rua vem sendo estruturado dentro dos espaços dos dispositivos apontados anteriormente, tentando-se perceber /sentir as principais dificuldades e os nós encontrados ao longo desse processo. Para esse momento, foram pensadas em metodologias leves, a partir de uma oficina vivencial, onde eles puderam se visualizar enquanto pessoas em situação de rua.

Mediante os problemas identificados, discutiram-se junto aos profissionais quais os principais fatores que contribuem e quais os fatores que dificultam no processo de trabalho, os quais definiram os **Pontos-chave**, que é a próxima etapa. (BRASIL, 2009). Nesse momento, utilizaram-se algumas perguntas norteadoras: Como acontece o cuidado à pessoa em situação de rua? Como se dá esse cuidado no âmbito da Política de Álcool e outras Drogas? Quais os principais desafios encontrados? Quais os principais fatores que podem contribuir nesse cuidado?

Na terceira etapa, seguiu-se com a etapa seguinte do Arco, que é a **teorização do problema** ou à investigação propriamente dita. As informações pesquisadas foram avaliadas e analisadas de modo que os princípios teóricos auxiliassem na elaboração de estratégias que levem ao desfecho positivo do processo de busca pela transformação da realidade (BRASIL, 2009). Para esse momento, fez-se uso de fontes bibliográficas que retratem o cuidado à pessoa em situação de rua englobando principalmente o âmbito da Política de Álcool e outras Drogas. Diante do arcabouço teórico e massiva reflexão e trabalho colaborativo, o grupo elenca as hipóteses de solução, ou seja, planejam, organizam e avaliam as melhores estratégias que irão produzir mudança (BRASIL, 2009).

Por fim, na **aplicação à realidade**, ocorre a implementação das estratégias definidas e intervenção no cenário, que possibilita a interação do grupo de trabalho com os demais atores envolvidos com os problemas previamente elencados e, assim, transformação de práticas e processos anteriormente falhos (BRASIL, 2009). Para tato, pensou-se na construção de um Mapa Falante para discussão de casos hipotéticos relacionados à temática.

As avaliações dos encontros foram realizadas ao final da última oficina. Para isso, construíram-se plaquinhas com as perguntas: Que bom; Que pena e Que tal, onde os participantes puderam verbalizar sobre as oficinas realizadas.

4.5 Organização e Análise das informações

Para melhor sistematização das informações, o trabalho foi organizado em três etapas: observação e problematização da realidade encontrada no processo de cuidado à pessoa em situação de rua; propostas de intervenção aos profissionais no âmbito da PRD e estratégias para fortalecimento do cuidado interssetorial à pessoa em situação de rua.

Ilustração 2: Sistematização das informações



Fonte: Autora (2019)

Na primeira etapa, procurou-se realizar um momento de sensibilização junto aos profissionais a fim de que os mesmos pudessem se ver enquanto PSR, além disso, procurou-se apreender potencialidades, dificuldades e como está organizado o fluxo de cuidado à PSR e que faz uso de substâncias psicoativas. Na segunda etapa, desenvolveram-se oficinas teórico-práticas tendo como foco a PRD e o cuidado à PSR. Na última etapa, realizou-se uma reunião com os profissionais dos dois serviços (CENTRO POP e CAPS AD) com a finalidade de se discutir algumas estratégias para fortalecimento do cuidado interssetorial à PSR.

Utilizou-se a Análise de Conteúdo (AC) foi adotada como estratégia de análise das intervenções, sendo caracterizada como conjunto de procedimentos, sistemáticos e

objetivos de descrição do conteúdo técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de informações (BARDIN, 2004).

Após realização das oficinas, os aspectos mais importantes serão analisados e organizados por meio de categorias, onde os temas estarão agrupados segundo seu grau de proximidade ou afinidade, que puderam exprimir significados e elaborações importantes, atendendo aos objetivos do estudo e criando novos conhecimentos. A partir disso, surgirá a discussão em torno das experiências vivenciadas e do material analisado (BARDIN, 2004).

4.5 Aspectos éticos

O estudo obedeceu aos princípios da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, que se caracteriza como uma pesquisa que, individualmente ou coletivamente envolva o ser humano, de forma direta ou indiretamente, em sua totalidade ou a partir deles, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2012). Incorporando sob a ótica do indivíduo e das coletividades, as quatro referências básicas da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça que serão descritas a seguir. Obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade estadual Vale do Acaraú – UVA, sob o número de parecer 3.002.885.

A partir do princípio da autonomia, percebeu-se que este foi atendido por meio da liberdade de expressão de cada participante onde a fala esteve sempre livre e aberta em cada um dos momentos das oficinas. Diante do princípio da beneficência, foi esclarecido aos profissionais todos os possíveis riscos e benefícios que poderia haver, sendo que os riscos foram os mínimos possíveis, e não aconteceu nenhuma situação de constrangimento, desentendimento entre os participantes ou algum desconforto de qualquer ordem. Em relação à maleficência, não foi realizada nenhuma intervenção durante as oficinas que levassem a causar danos aos profissionais seja físico, psicológico ou moral. Além disso, seguindo-se o princípio da justiça, buscou-se considerar as particularidades e especificidades de cada participante, tendo em vista as

experiências individuais que cada um traz consigo em relação a Pessoa em situação de rua e a Política de Redução de Danos.

Os profissionais foram esclarecidos de que se trata de um projeto de intervenção e que não receberam e nem dispensaram qualquer forma de pagamento pela participação neste projeto, manifestando o seu aceite após ter lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

Com relação ao registro fotográfico e depoimentos dos participantes da intervenção, para eventual exposição e futura publicação do trabalho, foi autorizado mediante aceite dos mesmos, através do Termo de Autorização de Uso de Imagens e Depoimentos (APÊNDICE B).

Ademais, para que os nomes dos sujeitos fossem resguardados, os profissionais foram identificados por meio de um sentimento associado ao dispositivo em que trabalham.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como citado anteriormente, a sistematização das oficinas foram estruturadas seguindo as etapas de observação e problematização da realidade (figurada e descrita principalmente na primeira oficina); propostas de intervenções no contexto à pessoa em situação de rua tendo como foco a PRD (segunda e terceira oficina); estratégias para fortalecimento do cuidado interssetorial à PSR (quarta oficina).

5.1 Primeira Etapa: Observação e Problematizações acerca do cuidado à Pessoa em situação de rua (1ª Oficina):

A primeira etapa dividiu-se em dois momentos: momento vivencial e levantamento das principais dificuldades, potencialidades e de como está organizado o fluxo de atendimento à PSR, como serão descritos a seguir:

5.1.1 E há de se observar para então intervir: adentrando no contexto do cuidado à pessoa em situação de rua:

Esta primeira etapa, observação da realidade, consistiu na participação ativa dos sujeitos (neste caso, os profissionais envolvidos no cuidado à pessoa em situação de rua) para um olhar atento e sensível da realidade, efetuando assim uma primeira leitura na qual o tema a ser trabalhado está inserido ou acontecendo na vida real. É o momento em que os sujeitos envolvidos podem olhar atentamente para a realidade, escolhendo aspectos que precisem ser desenvolvidos, trabalhados, revisados ou melhorados (BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

Portanto, em cada uma das primeiras oficinas de cada serviço, foi realizado um momento vivencial com os profissionais a fim de que eles pudessem se visualizar enquanto pessoas em situação de rua e sobre as diversas situações que ocorrem neste contexto. Para tanto, em círculo, colocou-se papelões dispostos no chão e fotos de diferentes locais onde esse público mais acessa (bancos de praças, calçadas, mercados públicos, igrejas, padarias, entre outros). Solicitou-se que cada profissional escolhesse uma foto e se imaginasse como se estivesse em situação de rua. Enquanto isso, foi

relatado um poema retratando alguns aspectos relacionados a esse público. Em seguida, abriu-se um espaço para que os profissionais relatassem como se sentiram ao vivenciarem esse momento. A partir de então, surgiram algumas reflexões relacionadas à pessoa em situação de rua:

Às vezes, eu os vejo saindo do viaduto que é a parte que fica mais segura e estão ficando em calçadas de igrejas porque é mais seguro.

Responsabilidade AD

Eu escolhi o meu lugar preferido da cidade que é a Margem Esquerda. Mas eu imagino que se eu tivesse nessa situação não ficaria nesse lugar da foto, escolheria a rodoviária porque é um local mais seguro, que tem gente, eu acho que não dormiria em uma praça, assim mais aberta, iria ficar mais “cabreiro”, e la, quer queira ou não, sempre tem gente transitando, eu acho que seria melhor, até porque é próximo a tudo também.

Cumplicidade AD

Queria estar com outros moradores de rua, não queria estar sozinho.

Fraternidade AD

Nos locais mais abertos, eles são mais ameaçados, tem histórico de agressão a eles, a própria polícia chega batendo.

Doçura POP

As falas acima retratam, sob o ponto de vista dos profissionais, algumas situações vivenciadas pelas PSR, principalmente relacionadas aos locais que eles mais acessam e a sensação de segurança/proteção ao estar neles. Essas concepções vão ao encontro com o pensamento de Aguiar e Iriart (2012), que trazem que quando a PSR não possui um suporte da rede socioassistencial (albergues e abrigos), acabam dormindo em locais insalubres como, em baixo de marquises, próximas a órgãos públicos, em rodoviárias, estações de trem, montam barracos em praças, abrigam-se embaixo de pontes. Sendo assim, muitas pessoas que estão em situação de rua procuram escolher dormir em grupos para evitar riscos que enfrentam pela violência gratuita que sofrem nas ruas.

Reforçam também que estar em situação de rua torna-se difícil tanto para os abrigados, como para os que não estão abrigados. Com a diferença de que os abrigados

possuem, mesmo com limitações, o mínimo de estrutura que propicia higiene, mais segurança e mais conforto, enquanto os que não estão abrigados têm que encontrar outras estratégias para a sobrevivência (AGUIAR E IRIART, 2012).

Alguns profissionais trouxeram suas concepções acerca dos motivos de pessoas estarem em situação de rua, como é descrito nas falas abaixo:

Algumas vezes estão ali porque querem e outras vezes porque o vínculo com a família está fragilizado ou até mesmo rompido, na verdade por diversas situações.

Responsabilidade AD

Mas tem uma coisa também que muitos estão por escolha, mas é difícil pensar em escolha quando as opções são um pouco limitadas assim, alguns realmente não querem sair da situação de rua, muitos querem e muitos têm as opções, mas que opções são também, como você fica em casa sofrendo agressões de todo tipo. Então assim, tem escolhas e tem escolhas relativas.

Cumplicidade AD

Carvalho (2014) nos traz o reconhecimento de uma multiplicidade de fatores que conduzem pessoas à situação de rua. Dentre estes, remonta a questões estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda e mudanças econômicas com grande impacto social, entre outros); fatores subjetivos, relacionados à história de vida individual de cada indivíduo (ruptura de vínculos familiares, adoecimento mental, consumo de substâncias, diversas formas de agressões, etc), além de aspectos relacionados à própria opção desses sujeitos ao preferirem estar em situação de rua.

Quanto à sensação que tiveram ao se imaginar nessas condições, surgiram algumas percepções, dispostas abaixo:

Foi um momento estranho, me senti muito sozinho, não consegui imaginar muitas situações.

Mansidão POP

Eu acho que não conseguiria me ver, eu acho que talvez, pensando na família como local de apoio, proteção. Eu não me vejo saindo da minha casa e estando em situação de rua.

Responsabilidade AD

Pelo contrário de que muitos pensam, eu estava feliz, satisfeito e acompanhado por um grupo de amigos.

Felicidade POP

Abaixo, também foram apontadas concepções diferentes em relação ao estar em situação de rua:

E certa forma, a rua também é muito acolhedora né, a noite não falta comida, não falta água. A gente acha que eles não têm nada na rua, mas na realidade, eles têm tudo ali.

Bondade AD

Acho que não seria tão ruim viver na rua, afinal, eu seria mais livre.

Felicidade POP

Essas falas vão ao encontro do que é citado por alguns autores que retratam que a rua não é apenas lugar da precariedade, da vulnerabilidade e das ausências para quem nela vive. Como afirmam Rui, Martinez e Feltran (2016, p. 11) “a rua cria, faz viver e alimenta”. Neste sentido, ela produz políticas e saberes.

Nesse sentido, compreende-se que a rua, na sua positividade, também produz poderes e saberes não apenas sobre as pessoas em situação de rua, mas por elas próprias, como práticas de invenção do cotidiano em operações combinatórias e artes de fazer que promovem a criação e recriação dos espaços ocupados, dos objetos, do tempo, do corpo, de formas de outras de sociabilidades (NOBRE, 2018).

5.1.2 Desvelando dificuldades, potencialidades e fluxos no cuidado à pessoa em situação de rua:

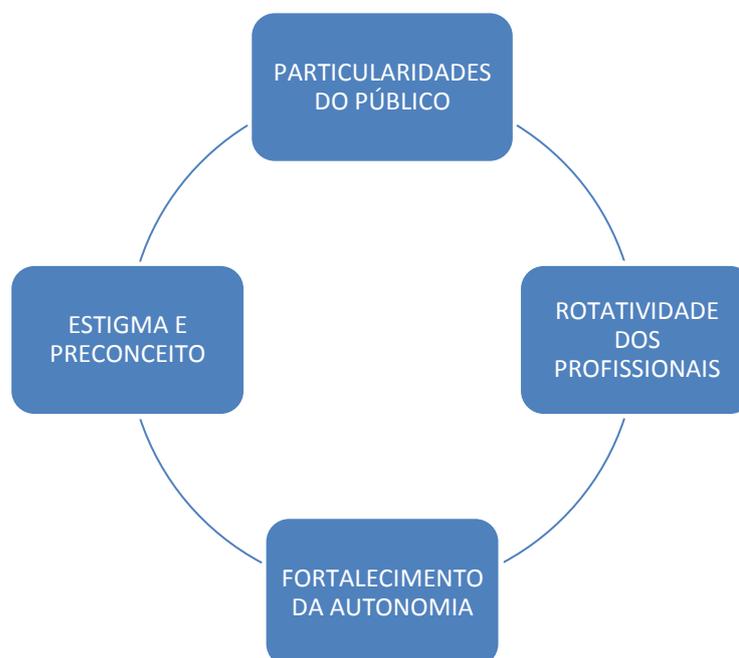
Após as reflexões iniciais, deu-se início à segunda etapa do Arco de Magueréz na primeira oficina, onde se tentou identificar os pontos-chave envolvidos acerca do que foi observado na realidade de trabalho dos profissionais dos serviços. Utilizou-se de algumas perguntas norteadoras “Como acontece o fluxo de cuidado à pessoa em situação de rua”? Como se dá esse cuidado no âmbito da Política de Alcool e outras Drogas? Quais os principais desafios encontrados? Quais os principais fatores que podem contribuir nesse cuidado?

Diante disso, identificaram-se alguns pontos que foram fundamentais para serem trabalhados nas oficinas posteriores. A partir dessa identificação, levantaram-se algumas temáticas para melhor discussão e análise desses primeiros resultados que serão descritas a seguir:

5.1.2.1 Pedregulhos encontrados no cuidado à Pessoa em Situação de Rua (PSR):

A partir das falas, identificaram-se as seguintes dificuldades no cuidado à PSR, particularidades do público; estigma e preconceito; fortalecimento da autonomia dos usuários e rotatividade dos profissionais, conforme segue no gráfico abaixo:

Ilustração 3: Dificuldades encontradas no cuidado à PSR:



Fonte: Autora (2019)

Ao ser retratado acerca das dificuldades do cuidado, a maior parte dos profissionais apontou que o desenvolvimento do trabalho junto à PSR é desafiador devido às características e particularidades dessa população, tais como o nomadismo, que por sua vez, pode ser compreendido como uma situação permanente de circulação

itinerante da PSR por diferentes regiões, o que dificulta a continuidade do cuidado (WIJK; MÂNGIA, 2017), como é colocado na fala do profissional abaixo:

Adequar estratégias de cuidado ao modo de vida deles é um pouco complicado, é difícil porque eles estão em situação de rua. O estar em situação de rua é um desafio por si só. Então, adequar estratégias dentro da rotina deles solta, é um pouco complicado e trazer eles pra esse espaço.

Mansidão POP

Ainda relacionado ao nomadismo, considerado como uma particularidade da PSR ficou evidenciada nas falas, principalmente entre os profissionais do CAPS AD, a ausência de uma referência. Neste caso, a referência está relacionada à presença de uma moradia fixa, de um familiar e/ou algum responsável pelo acompanhamento do cuidado no domicílio, por exemplo (SALGADO, 2018).

O principal foco daqui é o familiar, é buscar o familiar para poder estar dando apoio a essa pessoa, para poder estar ajudando no cuidado.

Alegria AD

Nessa problemática, reflete-se sobre as diferentes situações em relação à permanência na rua: ficar na rua - circunstancialmente; estar na rua - recentemente; ser da rua - permanentemente. Nesse caso, o tempo vivido como moradores de rua é um elemento agravante nesse processo: quanto maiores os lapsos de tempo que permanecem, circunstancial ou recentemente nas ruas, maiores as probabilidades de se tornarem permanentes como seres da rua (TONDIN, 2013).

Diante disso, coloca-se também como um desafio ao cuidado, a relação que a pessoa em situação de rua possui em relação ao uso de substâncias, o que reflete também no tempo de sua permanência na rua assim como no modo de como são estabelecidas possibilidades de cuidado:

Eu não sei o quanto pensar em como a situação de rua está tornando a vida deles mais natural e como a substância está meio que correlacionando essa permanência nas ruas. Deles não enxergarem como um problema ou a única saída de permanecer na rua por meio do uso de substância para poderem dormir tranquilo, por exemplo.

Felicidade POP

Um dos aspectos que foram retratados por todos os profissionais, principalmente do CENTRO POP, diz respeito ao preconceito e estigma ainda muito presente em relação à PSR, o que dificulta a garantia de uma série de direitos em diversas perspectivas.

A gente vê também a questão do preconceito que a gente sabe que existe, um preconceito e um estigma muito grande.

Parceria POP

Essa problemática acerca do estigma e preconceito é retradada em estudos de Goffman (1998), que nos trás que a vida em situação de rua não está desconectada da convivência social no espaço urbano. Nesse sentido, compreende-se que é nesse contexto de diversos conflitos e contradições sociais que se potencializam os estigmas e preconceitos vinculados àquelas pessoas que têm a rua como uma forma de moradia.

Os julgamentos decorrem principalmente de uma visão simplificada diante da complexidade das relações sociais estabelecidas no ambiente da rua, ancoradas, em muitos momentos de estranhamento relacionado à estética e aparência de uma parcela de pessoas que não conseguem ou não querem desenvolver seu autocuidado, além disso, percebe-se uma forte associação dessa estética atrelada à imagem de pessoas que oferecem risco à sociedade (GOFMAN, 1998).

Ainda sobre essa problemática, Castro (2018) nos aponta que tanto a pessoa estigmatizada como quem estigmatiza podem desenvolver mecanismos de proteção que se manifestam mediante condutas ou comportamentos de afastamentos. Diante disso, identifica-se que a PSR está vulnerável ao estigma e preconceito pela sua condição social tanto pelos modos de como vivem, bem como relacionada ao estigma das doenças que podem acometê-las. Essa vulnerabilidade associa-se tendo em vista de que muitas PSR não conseguem, por muitas vezes, ter acesso a uma rede de suporte de saúde, social, emocional, afetivo nem prático.

Essa perspectiva foi prevalente entre os profissionais do CENTRO POP diante da dificuldade que eles visualizam das pessoas que são acompanhadas pelo serviço quando necessitam de algum atendimento no setor da saúde, atrelada principalmente ao estigma e preconceito a esse público.

Eles acham que se forem em um posto de saúde, se não for acompanhado pela equipe, o pessoal vai tratar eles mal. E realmente acontece isso mesmo, quando eles vão acompanhado com a gente é uma coisa, quando eles vão só, ficam tipo, jogando eles de um lado pro outro. E acaba que no final das contas eles nem serem atendidos.

Maturidade POP

Diante disso, faz-se a compreensão de que para se efetivar as políticas públicas de acesso à saúde a essa população, é preciso valorizar as particularidades e subjetividade de cada um desses indivíduos; compreendê-los enquanto cidadãos, que possuem os mesmos direitos de qualquer outro cidadão; promover questionamentos acerca dos problemas mais prevalentes, mostrando-se as dificuldades nas inter-relações entre os processos de cuidado e modos de vida na rua e da rua e exigindo-se também uma competência técnica e humana, com sensibilidade dos profissionais que atuam junto a esse público (ANTUNES, 2016).

Apesar dessa dificuldade de acesso aos demais serviços quando os técnicos de referência não estão presentes, os profissionais procuram trabalhar a autonomia dos usuários acompanhados na perspectiva de que eles consigam resolver, mesmo que minimamente suas diversas demandas. Nas falas abaixo, são apontadas diversas perspectivas relacionadas ao fortalecimento dessa autonomia:

Às vezes tem a “tutelagem” que eles querem que a gente faça pra ir pra consulta, principalmente pra os usuários mais antigos, para levar até o CAPS ou levar em algum lugar. A gente tenta explicar, a gente aqui tá com a intenção de conseguir essa autonomia. Você sabe onde fica o CAPS, então você consegue ir sozinho até lá. De vez ou outra, a gente deixa, mas a gente tenta não fazer isso principalmente para os novatos. Mas a gente explica, é só uma vez porque como é da assistência, a gente tem que ter esses limites. Então, aqui, na assistência social tem sempre essa predominância e esse rigor de se criar autonomia.

Felicidade POP

A gente trabalha a autonomia do usuário aqui dentro. Como é essa autonomia.. Muitas vezes será que é necessário eu acompanhar até o CAPS AD, por exemplo.. as vezes, a gente faz o encaminhamento mas eles não querem ir. Então, a gente trabalhar isso com o usuário, também a autonomia, para eles irem buscar o Bolsa Família, um emprego, um documento. Não pro

técnico ir a tira colo com ele. Mas a gente tenta dar a declaração, a primeira vez, a gente vai com ele mas na segunda vez, a gente tenta que ele vá sozinho, justamente pra ser trabalhado essa autonomia e pra que ele vá buscar os objetivos dele.

Cumplicidade POP

A partir das falas abaixo de alguns profissionais do CAPS AD, percebe-se que antes, os usuários iam acompanhados pelos técnicos de referência da assistência e atualmente, procura-se estimulá-los a irem sozinhos ao serviço. Identifica-se que essa tentativa foi vista de forma positiva pela equipe.

Eu tenho percebido que ultimamente os pacientes que eu atendo do CENTRO POP não tem ficado nenhum profissional ou mesmo dado algum retorno, não sei se eles dão algum retorno. Antes ficava algum profissional, mas agora não está mais. Eu vejo como algo importante isso.

Bondade AD

Mas eu acho que eles estão tentando trabalhar mesmo essa questão da autonomia deles, tentando trazer uma vez e as outras vezes, o paciente que tem que se organizar para vir ao serviço, pelo que eu entendi.

Responsabilidade AD

Outra dificuldade mencionada diz respeito à rotatividade presente nos serviços que foram realizadas as oficinas. Nesse caso, Giovani (2013) retrata que a rotatividade não é a causa, mas a consequência, de fenômenos internos e externos à organização do processo de trabalho. Entre os fenômenos externos, situa-se a oportunidade de oferta e procura por profissionais no mercado assim como a atual conjuntura econômica e outras oportunidades de trabalho. Internamente, o autor aponta questões relacionadas ao salário, benefícios, oportunidades de desenvolvimento profissional por meio do Plano de Cargos e Carreiras, a cultura organizacional dos serviços, dentre outros.

Em um dos estudos, fala que a maior causa de rotatividade é a transferência dos profissionais para outras locais, seguida pelo término de contrato. Isso é confirmado na fala do profissional abaixo:

Outra dificuldade é a rotatividade dos profissionais, por exemplo, o nosso contrato só vai até a metade do próximo ano.

Felicidade Pop

5.1.2.2 Potencialidades no cuidado à Pessoa em Situação de Rua (PSR)

A partir das discussões nessa segunda etapa, identificaram-se também algumas potencialidades referentes ao cuidado à pessoa em situação de rua tanto em aspectos gerais como referentes aos usuários que fazem uso de alguma substância psicoativa.

Foi apontada por todos os serviços a importância do próprio espaço físico e das atividades internas que acontecem em cada um dos locais que articulam o cuidado à PSR, assim como a parceria com a RMSM e Liga Interdisciplinar em Saúde Mental, conforme segue na ilustração abaixo:

Ilustração 4: Potencialidades no cuidado à Pessoa em Situação de Rua (PSR):



Fonte: Autora (2019)

No que concerne às atividades internas que são realizadas nos dois serviços no âmbito da PSR, foi apontado o seguinte:

Observamos o serviço em si mesmo para eles, a segurança, de higiene que a gente oferece pra eles, esse apoio que a gente tem em relação ao encaminhamento deles na saúde. A gente até pensou em um planejamento também de uma hora de televisão, uma hora de jogos, de tabuleiros, ou jogo de botão, de xadrez e também leitura. A gente ta pensando em montar essa

biblioteca, para ser utilizado nesses momentos assim, aí a gente quer tirar essa ociosidade dessa sala que fica aqui pra poder usar como um local totalmente pra eles.

Felicidade POP

Nesse sentido, Costa (2013) nos trás que a instituição CENTRO POP se coloca nos dias atuais como uma importante referência para a PSR, principalmente no que diz respeito aos serviços que disponibilizam, os quais possibilitam o acesso a diversos direitos básicos (acesso a documentos, serviços de saúde, educação, acessória jurídica, benefícios sociais, alimentação, atividades recreativas, entre diversos outros).

Além desses aspectos, procura trabalhar a partir da autonomia para que os seus usuários busquem conseguir ter resolutividade as questões que surgem no seu dia-a-dia. Todos estes aspectos vão ao encontro, mesmo diante de diversas dificuldades, com o que é preconizado pela PDR, onde se busca cuidar do indivíduo em suas diversas nuances particularidades e visando a autonomia dos sujeitos (SANTOS; GOMES, 2014).

No que concerne ao CAPS AD, a profissional Responsabilidade AD discorre acerca do apoio do serviço por meio da equipe multiprofissional, a interssetorialidade e suporte dos grupos no cuidado à PSR:

Temos o suporte da equipe multi; o apoio interssetorial, a questão dos grupos., nós temos muita diversidade em relação aos grupos

Responsabilidade AD

Nesse âmbito, reflete-se acerca da importância do CAPS AD, no intuito de estabelecer um cuidado não somente clínico, mas pautado também em uma reabilitação psicossocial e como potente articulador da rede de cuidado, confluindo na quebra de paradigmas em relação às abordagens moralistas vigentes (SANTOS & OLIVEIRA, 2012).

Neste aspecto, inspira-se na abordagem direcionada à redução de danos, com uma política antagônica ao modelo de abstinência (alta exigência) de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, onde o sujeito, antes passivo, passa a ser protagonista da sua condição de vida e de cuidado. Para tanto, o CAPS AD deve trabalhar em uma lógica que busque contemplar a interssetorialidade,

multidisciplinaridade, acompanhamento em grupos, perspectiva territorial, além de incluir intervenções precoces para minimizar as questões relacionadas ao estigma (RONZANI et al, 2015).

Além dos espaços relacionados aos dois serviços, foi falado acerca das atividades externas que ocorrem direcionadas ao cuidado a esse público:

Ai a gente pensa de não ser só aqui no serviço do POP, mas ser ali na Praça do Patrocínio, como foi um dia, que teve um piquenique lá, então.

Felicidade POP

Na maioria dos relatos, percebeu-se a importância da atuação da Residência em Saúde Mental nos dois serviços, mediante realização de atividades sistemáticas, que envolvem diversas perspectivas do cuidado à pessoa em situação de rua no âmbito da Política de Álcool e outras Drogas.

Eu acho que de inicial, as parceiras ne que a gente tem com o pessoal, residentes em saúde mental, quinzenalmente, com o grupo de prevenção de recaídas, que foge um pouco da abordagem ne, apesar do tema ser o mesmo e na quarta-feira com outros residentes, sobre redução de danos especificamente.

Felicidade POP

A gente ta com o grupo de Redução de Danos lá no CENTRO POP e a gente também consegue trazer os casos por meio da residência

Leveza AD

A partir dessa lógica, as Residências Multiprofissionais em Saúde surgem como uma estratégia importante de desenvolvimento e articulação das atividades e proposições da EPS dentro dos serviços. Mais especificamente, no município de Sobral-Ce, as residências passaram por várias etapas até se constituírem a configuração atual, pautada na conjuntura multiprofissional, com ampliação para diversas categorias profissionais; abertura para profissionais de outros estados bem como a forma de financiamento das bolsas dos residentes, atualmente direcionado ao Ministério da Saúde (MS).

A residência organiza-se em quatro eixos estruturantes que se interpenetram e se alimentam reciprocamente, a saber: vivências teórico-conceituais desenvolvidos

transversalmente; vivências nos territórios de Saúde da Família e Saúde Mental; vivências de extensão das categorias; vivência em produção científica.

Essa estruturação da residência possibilita uma abordagem da EPS onde os processos educativos possam ocorrer em sintonia com a realidade vivida no cotidiano do trabalho, permitindo perceber o contexto do trabalho como contexto de aprendizagem. Nessa lógica, busca-se uma não dissociação entre o que se faz e o que se aprende. O ato educativo não é algo, nessa proposta, que se dá apenas pelo saber desinteressado, mas o saber nasce do trabalho e deve efetivamente contribuir para a reorganização dos processos laborais (ANDRADE et al., 2004).

Além da parceria com a Residência em Saúde Mental, compreende-se a importância da atuação da Liga Interdisciplinar em Saúde Mental no CENTRO POP. A Liga atua todas as semanas e desenvolve atividades relacionadas à pessoa em situação de rua junto aos profissionais e aos usuários, tendo como foco a PDR.

A saber, as Ligas Acadêmicas (LA) constituem-se pela união de acadêmicos de diferentes anos de graduação e de diferentes cursos que atuam sob orientação e supervisão de tutores, vinculados a uma instituição de ensino ou hospital, aonde realizam atividades didáticas em determinada especialidade ou área do conhecimento da saúde. Devido a isso, as LAs assumem importância na formação dos alunos, como atividade extracurricular, dado seu potencial de contribuir para a concepção do futuro profissional (PANOBIANCO, 2013).

Ainda segundo Panobianco (2013), as LAs reúnem e buscam a prática do princípio da interdisciplinaridade entre ensino, pesquisa e extensão, portanto, assumem um caráter extracurricular e complementar por voltarem suas ações em uma natureza teórica e prática. No que refere ao ensino, a LISAM realiza alinhamentos teóricos semanais referentes a diversas temáticas relacionadas ao contexto da saúde mental. Na extensão, está presente em diversos espaços da rede de atenção psicossocial assim como de dispositivos da assistência social e da educação. Além disso, está na realização de duas pesquisas no município de Sobral-CE no âmbito da política de Álcool e outras Drogas.

De acordo com Ferreira et al. (2011) “as LAs permitem também a criação de um campo de diálogo entre duas realidades antagônicas dentro da sociedade brasileira tão

excludente e repleta de contrastes: a Universidade e a comunidade”. Ainda, permitem aos acadêmicos constituir um currículo diferenciado, em relação àqueles que, na maioria das vezes, não participam deste tipo de atividade (QUEIROZ et al., 2014; MAGALHÃES; RECHTMAN; BARRETO, 2015).

Não obstante, colaboram para o desenvolvimento da aptidão do trabalho em grupo e levam ao aprimoramento de conhecimentos construindo, assim, uma autonomia estudantil. Portanto, o acadêmico consegue visualizar diferentes contextos na sociedade para optar pelo melhor tema a ser abordado, o que acarreta ao aperfeiçoamento do conhecimento pessoal e profissional em favor a sociedade (QUEIROZ et al., 2014; MAGALHÃES; RECHTMAN; BARRETO, 2015).

5.1.2.3 Organização dos fluxos de cuidado à Pessoa em Situação de Rua (PSR):

No que concerne aos fluxos de cuidado à PSR nos serviços, pode-se identificar que o modo de organização do cuidado está inter-relacionado aos desafios que também são encontrados. A princípio, será discutido acerca do processo de trabalho e função de cada dispositivo em relação à PSR. Essa queixa foi colocada principalmente pelos profissionais do CENTRO POP.

A gente queria que os equipamentos entendessem qual o trabalho do CENTRO POP, a gente não é caridade, a gente trabalha em cima de políticas. A gente também tem uma resistência que é isso, a dificuldade de acesso dos usuários em algumas instituições por não compreenderem nosso trabalho. Nosso trabalho ele vai além, ele trabalha a autonomia, um dos nossos princípios.

Cumplicidade POP

Segundo Pagot (2012), os serviços de saúde e assistência social reforçam em seus discursos os seus limites de atuação, repetindo e repercutindo uma forte setorialização e hierarquização em suas ações, o que configura um trabalho focado muitas vezes, em “caixinhas”. Sendo assim, as equipes atuantes nesses serviços possuem diferentes entendimentos em relação ao processo de trabalho um do outro, o

que promove o surgimento de possíveis dúvidas e discordâncias entre a concepção de atuação e atribuições de cada setor (PAGOT, 2012).

Essa dificuldade de compreensão ainda é percebida em relação aos usuários acompanhados pelo CENTRO POP, onde se tem a figura de que o CAPS é um local para tratamento de loucos:

A questão do CAPS a gente ainda tem um pouco de dificuldade de começar o acompanhamento porque eles não entendem direito pra que serve assim o serviço do CAPS AD. Eles acham que CAPS é lugar para doido. Então assim, a gente tenta sempre desmitificar esse conceito que eles tinham, mas a gente não conseguiu ainda 100%.

Parceria POP

Ainda sobre os fluxos, podem-se identificar muitas dificuldades dos profissionais do CAPS AD em estar organizando/estruturando o cuidado nesse dispositivo. Primeiramente, percebe-se que não há organizado uma linha de cuidado específica para a PSR, sendo assim, tende-se a diversas divergências dentre da equipe do serviço.

Não tem nenhuma linha de cuidado específico não, foi até pensado uma época quando o médico daqui estava fazendo matriciamento por lá de alguma coisa para facilitar o fluxo deles aqui, alguma coisa assim. Mas a gente pensou justamente na autonomia deles, ai porque eles não esperam, mas assim, em todo o canto a gente espera, é terapêutico esperar.

Leveza AD

Essas dificuldades, por sua vez, vão ao encontro com algumas especificidades da PSR, apontadas pelos profissionais e que se constituem como obstáculos para a continuidade do acompanhamento no dispositivo.

Eles têm um modo de funcionamento diferente, não são institucionalizados como a gente, a gente tem um canto fixo, um horário de abrir e fechar e eles são mais dinâmicos.

Pureza AD

É tão difícil que até se marcar aqui dentro o fluxo, porque eles são mais ocupados que os outros, não sei por quê. Eles falam que não vão porque o café no centro pop é 8 a 8:30, ai não dá pra eu vir porque é longe, aí você

pode vir a tarde, aí eles falam que não vem porque tem que pastorar os carros, pra ganhar um dinheirinho pra comprar alguma coisa. Então, acaba que eles possuem uma agenda mais densa do que as outras pessoas.

Leveza AD

No entanto, identificou-se que os serviços têm tentado, diante de suas possibilidades, desenvolver estratégias de flexibilização do cuidado, diante as diversas particularidades envolvidas nesse público:

E importante também escutá-los ne. Porque é difícil a gente muitas vezes, não escuta eles. Perguntar que questões particulares que justificam isso. Parece que as vezes, a gente tenta fazer que eles se adequem ao nosso modo de funcionar, quando na verdade, eles tem questões muito particulares, que as vezes, a gente por não compreender, talvez tenha essa incongruência do que eles querem e o que a gente consegue ofertar.

Leveza AD

Nessa perspectiva acima, percebe-se o conceito de ‘porta aberta’, definida como a disponibilidade do serviço para o acolhimento durante todo o seu horário de funcionamento, sem necessidade de agendamentos ou burocratizações que “embarreiram” o cuidado, o que caracteriza, de fato, a essência do funcionamento de um CAPS (BRASIL, 2015).

Diante do que já foi destacado acima, têm-se a reflexão de que é necessário compreender as especificidades do trabalho com a PSR, com adaptação interna dos serviços em seus funcionamentos a fim de se responder às demandas desse grupo. Lisboa (2013) destaca a necessidade da construção de uma linha de cuidados para a PSR que seja pautada nas suas características e considere os determinantes do processo saúde-doença, problemas clínicos e dificuldades enfrentadas no relacionamento com a rede de cuidados.

Não obstante, Wijkl (2017) discorre que os serviços em geral ainda não asseguram o direito de atendimento ou atendem de forma discriminativa essa população, o que vem a contrariar os princípios norteadores de cuidado propostos pelas políticas de saúde e de assistência.

Outro ponto diz respeito à dificuldade de articulação entre os pontos da rede e à ausência de corresponsabilização são descritas como desafios do cuidado à PSR.

Ademais, o acolhimento nos serviços pode ser prejudicado pela discriminação e pelo afastamento dos profissionais, bem como uma intensa burocratização do cuidado. A discrepância entre concepções de cuidado que norteiam os serviços também prejudica a construção de um trabalho compartilhado (BORYSOW; FURTADO, 2013, 2014; HALLAIS; BARROS, 2015; LISBOA, 2013;).

Nesse caso, uma articulação interssetorial entre serviços poderia se constituir como uma estratégia potente de organização e atuação compartilhada, por meio de contatos pessoais e construção de uma comunicação prévia entre profissionais. Desse modo, o trabalho em rede se apresenta fragilizado, muitas vezes, já que a ausência de um profissional articulador pode comprometer todo o cuidado. Em contrapartida, aponta-se também a possibilidade de uma possível sobrecarga dos profissionais que estão mais envolvidos nesse cuidado mais próximo (BORYSOW; FURTADO, 2014). Essa problemática no que diz respeito à sobrecarga não foi percebida em nenhuma das falas dos profissionais de nenhum serviço.

Ao longo da oficina, pode-se observar outro entrave no fluxo, relacionado à articulação dos serviços da assistência e saúde com as Comunidades Terapêuticas. As falas dos profissionais do Centro POP retratam que o interesse em serem encaminhados às Comunidades Terapêuticas ainda é muito presente entre as pessoas em situação de rua que são acompanhadas por esse dispositivo, no entanto, pode-se perceber que as comunidades surgem mais como uma estratégia para “fugir” de determinadas situações e não, necessariamente como uma estratégia para buscar cuidado, de alguma forma.

Muitos chegam aqui na maior euforia que quer ir pra casa de recuperação que quando a gente vai ver por trás tá fugindo de alguma coisa, de algum ato que cometeu na rua, que só quer ir pra lá pra se esconder. Ele não quer realmente um tratamento.

Parceria POP

Um dos profissionais do CAPS AD apontou acerca do tensionamento dado pelas PSR que chegam ao serviço unicamente para um encaminhamento para as comunidades terapêuticas:

A maioria dos usuários que vêm ao acolhimento já chega tencionando pra irem pras Comunidades Terapêuticas e isso é muito forte. E eles falam que acha ruim porque demora o acesso, que precisa vir pros atendimentos.

Responsabilidade AD

Eu acho que a gente deveria colocar uma regra que ai passa pelo processo de desintoxicação, vá ao CAPS, passe uma ou duas semanas. Eu acho assim, um usuário chegar e dizer que quer ir e sem o processo de desintoxicação e sem estar em acompanhamento, fica muito difícil. Porque muitos chegam aqui, à toa, a gente encaminha sem passar por um processo. E a gente acordar para que não aconteça isso, que ele passe pelo processo desintoxicação, pelo atendimento.

Cumplicidade POP

A saber, essas instituições são locais que disponibilizam cuidados contínuos de saúde, em caráter transitório, por até nove meses para adultos com necessidades clínicas e sociais decorrentes do uso de substâncias psicoativas e tem se mostrado como dispositivos ativos e em constante proliferação no território nacional (BRASIL, 2011).

No entanto, estudos retratam embates entre serviços de saúde mental e essas instituições e que inclusive foram apontados no momento da realização dessa primeira oficina.

Problematiza-se nesse caso, a ênfase atribuída ao “modelo religioso e moral”, empregado abertamente nestas instituições, muitas vezes sem um suporte científico necessário, dificultando a compreensão do que é realmente oferecido como cuidado e impossibilitando qualquer avaliação. O embate não se estende somente se a fé é eficaz na recuperação, mas também sobre o fato de estas instituições estarem sendo estabelecidas como modalidades de tratamento e, portanto, serem responsáveis pela oferta de serviços de tratamento à saúde que deveriam ser sistemáticos e independentes de credos, conforme proposto na RAPS (DAMAS, 2013).

Além disso, compreende-se a importância de que se reflita de que não há um tratamento único e que seja ideal para todas as pessoas; consideração às necessidades dos indivíduos, contemplando não somente à questão do uso de drogas, mas em uma perspectiva integral e dentro dos diversos contextos, além da presença de um cuidado multiprofissional, que deve ser avaliado com frequência e que preserve a autonomia e o desejo desse sujeito (SILVA; CALHEIROS, 2017).

5.2 Segunda etapa: Propostas de intervenção no cuidado à Pessoa em Situação de Rua no âmbito da Política de Redução de Danos:

Nessa segunda etapa, realizaram-se duas oficinas juntos aos profissionais, em diferentes momentos, tendo como foco, aspectos teóricos e práticos da PRD no cuidado à PSR e entendimentos de articulações de cuidado mediante realização de um Mapa Falante, que será descrito mais a frente.

5.2.1 Oficina Teórico-Prático sobre Redução de Danos juntos aos profissionais (2ª oficina):

Na segunda oficina, foi realizada a etapa seguinte do Arco, que é a teorização do problema ou à investigação propriamente dita. As informações pesquisadas foram avaliadas e analisadas de modo que os princípios teóricos auxiliassem na elaboração de estratégias para melhoria da realidade (BRASIL, 2009). Para esse momento, foram utilizadas fontes bibliográficas que retratassem o cuidado à pessoa em situação de rua englobando principalmente o âmbito da Política de Álcool e outras Drogas, por meio da Portaria, nº 1.028, de 1º de julho de 2005 (BRASIL, 2005).

Sendo assim, realizou-se uma linha do tempo com os principais marcos teóricos acerca da PDR. Em seus estudos, PETUCO (2014) identifica três momentos históricos diferentes como nascimento desse modelo. O primeiro ocorreu no contexto do pós-guerra na Inglaterra de 1924, quando se começou a implementar a administração controlada da morfina e da heroína com o objetivo de reduzir os efeitos da abstinência, originando, posteriormente, o que se chamou de terapias de substituição. O segundo momento foi em Amsterdã no início dos anos 1980, quando uma associação de usuários e ex-usuários começa a distribuir seringas motivadas pelo medo de uma possível epidemia de Hepatite B, e mais tarde de HIV/AIDS. Por fim, o terceiro momento ocorreu no Brasil devido à expansão da epidemia do HIV/AIDS no final da década de 1980.

Em relação ao nosso país, o autor relata que movimento da estratégia de RD ocorreu inicialmente na cidade de Santos, local que havia o maior número de casos de AIDS na época. Sendo assim, um pequeno grupo do programa de controle de AIDS do município anunciou em 1980 que iria iniciar a troca de seringas, tendo que recuar por causa das pressões e a reação social de rejeição (ameaças, críticas da imprensa, etc). Apenas depois de seis anos conseguiu-se efetivamente implementar a RD no Brasil, por meio do programa de troca de seringas do Centro de Estudos e Terapia de Drogas (CETAD) em Salvador, Bahia (PETUCO, 2014).

Contextualizou-se também ao longo da linha do tempo que a princípio, a RD estava associada exclusivamente a trocas de seringas para as pessoas que faziam uso de drogas injetáveis. Sendo que, posteriormente, as ações foram ampliadas a outras populações até chegar à concepção atual que temos, o que inclui todas as práticas que, sem condicionar necessariamente a abstinência, tem como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de álcool e de outras drogas (AYRES et al., 2009; MACHADO e BOARINI, 2013).

Ilustração 5: Linha do tempo com os profissionais do CENTRO POP.



Fonte: Autora (2019)

Ilustração 6: Linha do tempo com os profissionais do CAPS AD.



Fonte: Autora (2019)

Este aspecto é relatado na fala do profissional abaixo, onde se faz a compreensão de que o conceito de RD ainda é muito limitado e possivelmente, mal interpretado por alguns profissionais:

Na minha visão, essa palavra redução de danos foi mal trabalhada, mal construída, mal repassada, porque todos os dispositivos que foram falados, eles fazem algum tipo de redução de danos. E redução de danos nada mais é do que você realizar um cuidado individual, realizar um projeto terapêutico pra aquela pessoa.

Bondade AD

Então, quando chegou na mente das pessoas a questão da redução de danos, foi muito com essa questão da substituição da droga ainda, que é o que ainda vem mais a mente. Mas todos os dispositivos, por exemplo, quando o CENTRO POP encaminha uma pessoa pra comunidade terapêutica, lá dentro da expectativa dele, ele tá tentando minimizar os prejuízos daquela pessoa morar na rua, não ter o que comer. O próprio CENTRO POP é uma estratégia de redução de danos pra quem esta na rua, com comida, banho, etc. Então assim, quando você vai ou quando a pessoa sabe realmente o que é o projeto, sistema de redução de danos, você vai ver que não é algo tão complexo.

Bondade AD

Outra profissional discursou acerca das questões sociais, religiosas e familiares que está envolvida em torno da PDR e que dificulta no fortalecimento dessa política nos serviços.

e também é uma lógica construída né, perpassa as questões religiosas, as familiares, a redução de danos é uma política difícil de compreender, partindo de uma sociedade que está atravessada por diversas questões

Leveza AD

Nessa perspectiva, entende-se que a tarefa de compreender os embates recorrentes entre RD e os aparelhos de Estado acaba nos colocando diante de um conflito histórico que essa estratégia vem travando com a política de proibição ao uso de drogas, legitimada judicialmente por meio da Lei 6368/76 vigente até o ano de 2006, quando entrou em vigor a nova lei de drogas, 11.346/06.

Expor as relações de poder que se teceram historicamente para a produção de uma política de guerra às drogas exige que realizemos uma análise micropolítica da política antidrogas objetivando apreender seus dispositivos capilares de reprodução do paradigma da abstinência. Nesse caso também, a produção histórica do estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente nos permite compreender parte dos problemas que a RD passa a enfrentar quando essa se torna um método de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos.

Deleuze e Foucault (1998) nos trazem que os paradigmas relacionados ao uso de substâncias estão muitas vezes, relacionados aos dispositivos de poder, os quais se consolidam junto à justiça e ao exercício da lei, com uma postura de muitas vezes criminalizar a pessoa que faz uso de alguma substância.

Assim, é a partir desse ponto que encontramos também uma proximidade entre a política antidrogas e a abstinência. Neste contexto, a abstinência se torna um eixo articulador entre a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa que, em sua articulação, definem uma política ideal para o tratamento para usuários de substâncias. Sendo assim, por paradigma da abstinência, entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (DELEUZE; FOUCAULT, 1998).

Neste sentido, apontou-se também acerca das limitações que alguns profissionais possuem em compreenderem alguns aspectos da PDR, tais como a autonomia do sujeito em decidir a melhor forma de seguir sua forma de tratamento, seja a abstinência, redução do consumo ou qualquer outra estratégia.

Eu acho que às vezes não é nem má vontade do profissional em entender né, mas é da própria compreensão de estar na lógica da abstinência, de que o ideal pro paciente é ficar abstinente, então, se a gente parte dessa lógica, fica muito difícil trabalhar redução de danos e principalmente pensar que o melhor pra gente não é o melhor pra ele

Leveza AD

Outro ponto de vista a ser retratado é que precisamos refletir também que os embates da RD acontecem, principalmente, contra os dispositivos disciplinares: nesse caso a prisão x manicômio. No entanto, não é somente dentro das prisões e dos hospícios que os usuários de drogas são confinados hoje em dia. As ditas Comunidades Terapêuticas e Fazendas Terapêuticas trazem outro elemento que não exclui a disciplina, mas a complementa: a moral religiosa (PASSOS, 2011). Este ponto foi retomado pelos profissionais, principalmente do CAPS AD:

E ai é complicado atender uma pessoa em situação de rua e a primeira proposta a ser oferecida pra eles é uma comunidade terapêutica, onde se é proposto um tratamento baseado na religião, por exemplo.

Leveza AD

e já vem no encaminhamento escrito, e às vezes, o paciente nem demonstra aquele interesse, eles propõem pro paciente, eles colocam no papel, sem explicar pro paciente, o funcionamento aqui do CAPS, sem se preocupar com outras questões de saúde do paciente

Leveza AD

E tem uma coisa ne tem uma palavra que a gente tem que saber utilizar mais é que além de informar, é respeitar a autonomia desse sujeito, ele quer ir pra comunidade terapêutica, ele sabe o que é, como funciona, ele quer sair da situação de rua ou ele quer continuar por lá. E tai a reflexão, será que as pessoas que estão encaminhando perguntam, estão respeitando essa autonomia para ele decidir o que ele quer

Ternura AD

Essas falas nos faz refletir acerca da importância de que se valorize a vontade do usuário em escolher qual a melhor forma para seguir o seu tratamento e independente também de qual local deseja estar sendo cuidado.

Associado a linha do tempo, foi realizado uma oficina prática com os profissionais dos dois serviços, com o objetivo de discutir/contextualizar algumas estratégias/possibilidades que podem ser utilizadas para buscar promover uma melhoria na qualidade de vida dos usuários acompanhados pelos serviços. Ademais, buscou-se trazer uma perspectiva mais ampla, direcionado também para a importância da garantia da autonomia e cidadania desses sujeitos em relação ao uso e a forma de como os sujeitos se relacionam com as substâncias.

Ao longo do momento, alguns profissionais trouxeram a experiência de RD com alguns usuários que são atendidos pelos serviços:

Uma das estratégias de redução de danos que eles falam em relação a cocaína, principalmente no carnaval são pessoas que colocam os sachês e enrolam o dinheiro e cheiram o dinheiro. E esse dinheiro tem uma serie de bactérias e o adequado é cada um usar o seu canudo e não compartilhar

Gratidão AD

Um dos usuários que acompanho e está em situação de rua me disse que o papel seda não é bom para fumar o fumo, que o papel arroz é melhor pro fumo.

Gratidão AD

A questão do cheiro impregnado do tabaco tem sido uma das maiores razões para as pessoas procurarem o tratamento do tabagismo porque eles se sentem muito envergonhados em estar nos ambientes e mesmo sabendo de todos os prejuízos né, porque todo mundo há um tempo né que a mídia já vem trabalhando isso e mesmo sabendo de todos esses prejuízos, eles permanecem, mas o que tem motivado mesmo é essa proibição deles fumarem em locais fechados, as pessoas colocarem a mão no nariz quando eles tão perto e isso tem motivado a eles procurarem as sessões de cigarro.

Leveza AD

talvez fosse interessante realizar um levantamento dos benefícios dessa prática né

Observa-se que os profissionais dos serviços procuram fortalecer a PDR junto aos usuários, no entanto, há alguns desafios tais como a falta de financiamento para disponibilização de insumos aos usuários. Sendo assim, identifica-se na fala abaixo um profissional que compra insumo por conta própria para dar continuidade à esse tipo de cuidado no serviço.

Ultimamente eu tenho comprado o papel seda, está lá na sala da coordenação e os usuários que fazem o uso de fumo, geralmente eu dou.

Gratidão AD

Nesse sentido, identifica-se que esse desafio é comum em boa parte do território nacional. Há um bom tempo. Em um breve histórico, percebe-se que partir de 2004, muitas associações tiveram suas ações paralisadas e algumas acabaram pela falta de financiamento, sendo assim, o movimento da RD mostrou uma certa fragilidade e dificuldade de se manter ativo frente às descontinuidades e instabilidades das políticas de financiamento (BRASIL, 2003b).

Apesar de as associações terem ativado importantes ações na consolidação desse movimento, a estreita relação com as políticas estatais eram marcadas por processos de terceirização e precarização do trabalho em saúde. Eis aí um jogo paradoxal diante do qual se encontra o movimento da RD. Esses acontecimentos representaram uma fragmentação da rede de redução de danos. Porém, o fim dos financiamentos a associações de RD foi antecedido por um importante acontecimento institucional para a RD: a Política do Ministério da Saúde para Usuário de Álcool e outras drogas, criada em 2003 (Ministério da Saúde, 2003a). Nesse momento, a RD passou por um grande rearranjo, migrando do campo exclusivo das políticas de DST/AIDS e se tornando uma importante diretriz na constituição dos CAPS AD. Atualmente, sabe-se que apesar dos incentivos criados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental para implementação de ações de RD em CAPS-AD, não houve uma adesão significativa que permitisse uma nova institucionalidade para a redução de danos, o que reflete na fragmentação do cuidado no âmbito da política de álcool e outras drogas.

Ao longo dessa oficina, diante de um diálogo aberto com os profissionais, pode-se compreender que diante deste contexto complexo de cuidado pautado na PRD à pessoa em situação de rua, existem diversos aspectos que precisam estar presentes: a construção de vínculos de confiança diante de uma prática de cuidado centralizado na escuta e no conhecimento do outro; o trato humanizado; reconhecimento de suas condições materiais e simbólicas de sua existência; desenvolvimento de um olhar que consiga se afastar de uma perspectiva normativa e moralizante. Ou seja, pode-se dizer que o poder e a potencialidade nesse cuidado estão na hegemonia das “tecnologias relacionais” que são estabelecidas entre os usuários e os profissionais envolvidos nesse processo (MERHY, 2003).

Ilustração 7: Oficina Prática sobre Redução de Danos com os profiss



Fonte: Autora (2019)

Ilustração 8: Oficina Prática sobre Redução de Danos com os profissionais do CENTRO POP



Fonte: Autora (2019)

Esse aspecto foi retratado nas falas abaixo:

As pessoas não conseguem entender o momento do outro, o cuidado do outro e isso é muito difícil né, se a gente não consegue ter esse olhar do cuidado, por exemplo, fica difícil qualquer coisa acontecer.

Responsabilidade AD

A gente tenta trabalhar com eles e pra eles. É por meio de um trabalho mútuo, uma troca, dando que se recebe. O jeito que eu falo com eles, depende de tudo. Precisa ser uma troca de cada um de nós com o usuário. E a partir disso, a gente vai criando uma autonomia também, nos atendimentos, nos grupos, até em uma conversa informal que a gente tem lá fora, a gente vai criando um vínculo muito grande com o usuário.

Felicidade POP

Finalizando essa etapa, pode-se perceber que os profissionais, dentro de suas possibilidades e limitações conseguem desenvolver minimamente práticas de RD direcionadas a pessoa em situação de rua, no entanto ainda é evidente a ideia da direção única da abstinência e do encaminhamento a comunidades terapêuticas, sem um diálogo aberto e esclarecimento junto ao usuário, principalmente entre os profissionais que atuam no CENTRO-POP, o que causa um incômodo entre os profissionais do CAPS AD e gera entraves no processo de cuidado.

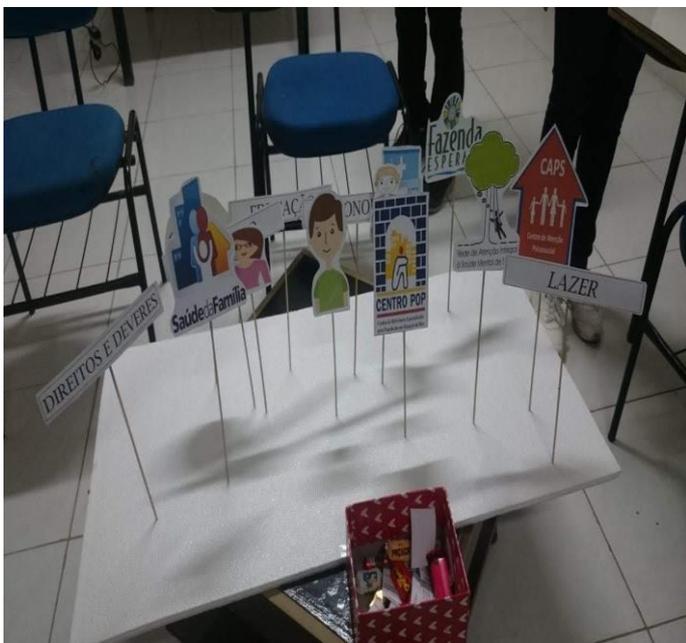
E já vem no encaminhamento escrito, e às vezes, o paciente nem demonstra aquele interesse em ir pra Comunidade Terapêutica, eles propõem pro paciente, eles colocam no papel, sem explicar pro paciente, o funcionamento aqui do CAPS, sem se preocupar com outras questões de saúde do paciente.

Leveza AD

5.2.2 Oficina com utilização do Mapa Falante

Na terceira oficina foi utilizado a Metodologia do Mapa Falante como estratégia para o levantamento de hipótese de soluções (quarta etapa do Arco de Maguerez). Nesse sentido, o Mapa Falante vem a se caracterizar como potente instrumento para fazer uma leitura da realidade a partir de suas múltiplas dimensões. Caracteriza-se como a expressão de um território que considera a representação objetiva e simbólica do espaço vivo, permitindo a visualização de informações de uma localidade e a representação de áreas de relevância e interesse para um conjunto de atores (GOLDSTEIN et al, 2013).

Ilustração 9: Oficina Mapa Falante com os profissionais do CENTRO POP



Fonte: Autora (2019)

Ilustração 10: Oficina Mapa Falante com os profissionais do CAPS AD



Fonte: Autora (2019)

É também um produto da participação coletiva que confere protagonismo importante na confecção e no uso do mapa para influenciar processos decisivos no processo de trabalho e na construção de fluxos de cuidado (GOLDSTEIN et al, 2013). Ao construí-lo, os participantes fazem uma representação coletiva de como veem a situação do seu processo de trabalho, identificando os pontos positivos e os negativos; representação gráfica de uma situação problematizada da realidade, além de que facilita uma análise crítica da situação encontrada e o planejamento de ações voltadas especificamente para uma questão analisada (TOLEDO, 2006).

Em primeiro momento, foi apresentado um caso hipotético de uma usuária em situação de rua (APÊNDICE C), que havia demandas clínicas e sociais relacionadas ao uso de substâncias. Para tanto, para construção do Mapa Falante dessa oficina, foi elaborado um material com bonecos feitos de papelão que representassem a usuária, profissionais e os dispositivos que poderiam estar envolvidos no seu processo de cuidado. Diante disso, os participantes, construíram um possível fluxo de cuidado a esse usuário, tendo em vista a articulação por meio dos dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), equipamentos da assistência social assim como os mecanismos informais de cuidado.

Os profissionais dos dois serviços apontaram a importância de se articular um cuidado junto a Atenção Básica, como principal porta de entrada para o cuidado em saúde e reordenação dos outros processos em parceria com a equipe especializada e a assistência.

Acredito que a Atenção Básica precisa estar bem na frente do mapa

Felicidade POP

Primeiramente, o caso não é conhecido pela equipe da Atenção Básica, precisaríamos compartilhar por meio de contato telefônico e equipe matriciadora.

Responsabilidade AD

Nessa perspectiva, a partir da lógica da APS, entende-se que a essência desse ponto de atenção à saúde considera cada sujeito e cada território, a partir de suas particularidades, mediante construção de estratégias que possibilitem uma ampliação do cuidado em saúde, da qualidade de vida, da autonomia e cidadania, a partir da

singularidade de cada sujeito, de cada micro comunidade e de cada momento de seu processo de vida (MACERATA, 2013).

Neste contexto, surge a presença de um potente suporte, representado pela figura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) sendo considerados como principal “ponte entre a população” e o Centro de Saúde da Família (CSF), inclusive as populações específicas, como a pessoa em situação de rua. Atrelado a isso, reforça-se ainda que no município de Sobral-Ceará não há Equipes de Consultório na Rua, para dar esse suporte a esse público em nível territorial.

Em Sobral, não temos equipes de consultório na rua, sendo assim, o suporte da Atenção Básica também é essencial nesses casos.

Felicidade POP

Fez-se o entendimento acerca da importância em saber se o usuário teria realmente o desejo em iniciar um tratamento para o uso abusivo de substâncias, para possível articulação com a Rede Integral de Saúde Mental (RAISM) do município, em especial o CAPS AD. Assim como foi pensado em como os serviços da assistência social, inclusive a continuação do cuidado no CENTRO POP, poderia estar contribuindo em relação às demandas sociais que estavam envolvidas nesse caso e articularia, portanto as demais questões sociais que estão presentes no caso.

Eu colocaria o Centro de Referência um pouquinho mais longe, pra quando se ela saísse da situação de rua, ai digamos que é o último local que a gente referenciaria.

Felicidade POP

Podemos iniciar o tratamento aqui no CAPS e vendo a articulação com os atendimentos com a psicóloga e a assistente social daqui. Enquanto fazemos uma ponte com o Centro Pop, já que ela já esta sendo acompanhada por lá.

Responsabilidade AD

Ai, a Fazenda da Esperança como é o último, caso, de internação, digamos assim, também poderia ficar um pouquinho mais distante porque depende muito do desejo do sujeito mesmo para ele nos dizer isso. Porque as vezes, ele pode ter esse desejo de ir pra Fazenda, eu quero ir pra Fazenda, eu quero alguma rede de articulação mas começou algumas atividades no CAPS que está dando certo. Começou algumas individualidades aqui no CENTRO POP

que está auxiliando ele nesse processo de restabelecimento da saúde ou então da diminuição do uso da substância ou então enxergando outras perspectivas. Então, depende muito de como o usuário vai chegar com esse desejo mesmo de ir pra Fazenda.

Felicidade POP

Nessa última fala, é retradado uma das Casas de Recuperação, por um profissional do CENTRO POP, que trouxe, em suas concepções de que a Fazenda da Esperança deveria estar mais distante e a depender da vontade do usuário. Esse profissional trás uma concepção diferente de outros profissionais do serviço, onde se percebe um discurso muito pautado na comunidade terapêutica como a primeira opção de tratamento para o usuário.

Ainda foi retratado acerca da Unidade de Acolhimento (UA), que estava no Mapa Falante, mas que ainda não está em funcionamento no município. Nessa fala, percebe-se uma inquietação de um profissional ao retratar a necessidade de que os serviços da assistência social envolvidos no cuidado à pessoa em situação de rua também estejam integrados para ganhar força a fim de que se torne possível a abertura da UA e aperfeiçoar o cuidado a esse público.

Então, o CENTRO POP, que poderia ser um parceiro, tem o CREAS que poderia ser um parceiro, mas ai vai depender muito da sensibilização de cada um para ganhar forças para abrir a unidade de acolhimento, porque fica só o CAPS AD de ficar tencionando sobre a abertura, sobre fortalecer a política de redução de danos, em um cuidado em uma perspectiva territorial e a gente vê muito os serviços só fortalecendo os serviços de comunidades terapêuticas e a cada dia, o serviço CAPS vai perdendo espaço.

Bondade AD

5.3 Estratégias para fortalecimento do cuidado interssetorial à pessoa em situação de rua:

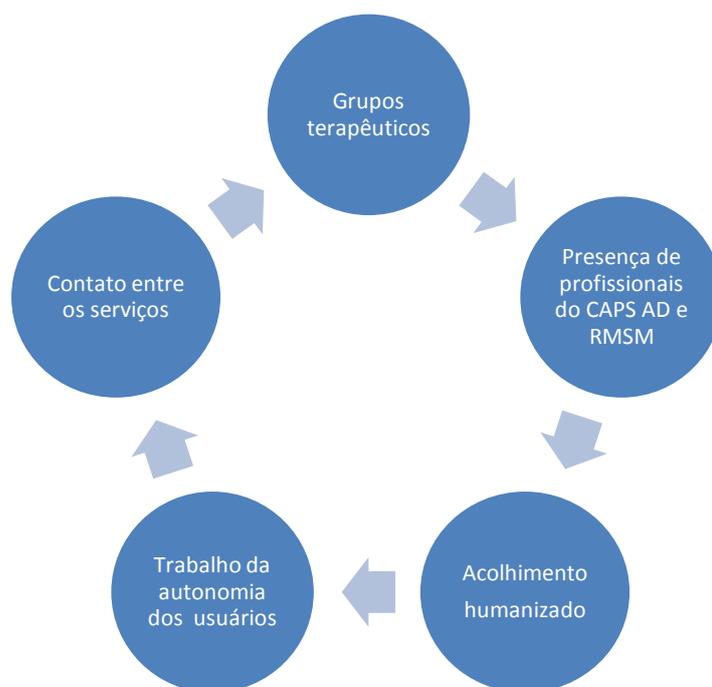
A partir da realização das oficinas anteriores, desenvolvidas separadamente, em cada serviço, surgiu a necessidade de um encontro integrado, tendo em vista o alinhamento e proposições de estratégias para algumas problemáticas relacionadas ao cuidado interssetorial à PSR. Sendo assim, o momento ocorreu no final do turno da manhã, nas dependências do CAPS AD, reunindo dez profissionais dos dois

dispositivos. Para organização do momento, utilizou-se de papel madeira a fim de que os profissionais pudessem elencar as potencialidades e fragilidades na articulação intersetorial, assim como foi pensado em estratégias para melhor sistematização desse cuidado.

5.3.1 Potencialidades da articulação interssetorial CENTRO POP e CAPS AD do município de Sobral-Ceará:

No âmbito das potencialidades que são compartilhadas entre os dois serviços surgiram diversos pontos positivos, alguns deles já foram, inclusive, retratados nas oficinas anteriores, em momentos separados. A ilustração abaixo retrata as principais que foram retratadas pelos profissionais:

Ilustração 11: Potencialidades da articulação intersetorial CENTRO POP e CAPS AD



Fonte: Autora (2019)

Diante das potencialidades, o acolhimento realizado pela equipe do CAPS AD foi citado por praticamente todos os profissionais do CENTRO POP. Nesse âmbito,

destaca-se que o acolhimento humanizado desenvolvido pela equipe multidisciplinar é fundamental para se promover a escuta qualificada do sujeito e na resolução ou minimização dos problemas trazidos por eles. Além disso, tem um papel na qualificação da relação entre a equipe e o usuário, tendo como foco à integralidade do cuidado. De acordo com determinados autores, a intensificação de práticas acolhedoras é um passo primordial para se alcançar a efetivação da produção do cuidado, contribuindo para uma clínica mais humana e cidadã (SANTOS ET AL., 2007; FRANCO, BUENO, MERHY, 2006).

Outro ponto positivo que foi retratado diz respeito à presença dos grupos terapêuticos que existem nos dois serviços. Percebeu-se que a inserção dos usuários nesses grupos constitui-se como uma importante tecnologia de cuidado, ao ponto que são espaços de escuta, diálogo e compartilhamento de dúvidas e experiências a fins.

Fazendo-se uma breve contextualização acerca dos grupos terapêuticos na saúde mental, sabe-se que no modelo asilar, o tratamento a pessoas que faziam uso de substâncias psicoativas era feito essencialmente pelo médico. Qualquer tipo de intervenções grupais, como as Oficinas Terapêuticas, ficava em lugar secundário, como uma mera ocupação do tempo. A partir da Reforma Psiquiátrica, as oficinas ganharam destaque, voltando seu foco para a expressão subjetiva, reintegração social, produção de autonomia e de cidadania. Atualmente, os grupos são descritos como meios de expressão, de troca, de aprendizado (inclusive sobre redução de danos) e de construção de novas formas de ser (MOURA; SANTOS, 2011).

A busca pela autonomia dos usuários, próxima potencialidade a ser discutida, foi apontada pela maioria dos profissionais do CAPS AD em relação ao trabalho realizado pelos profissionais do CENTRO POP. Nesse sentido, é de suma importância que o desenvolvimento de atividades no Centro Pop tenha em vista, a promoção de um processo de conscientização e autonomia de seus usuários, já que a instituição tem o papel de estimular o desenvolvimento da participação social, o empoderamento e um olhar crítico sobre os seus direitos, visando à mobilização de recursos para o enfrentamento coletivo das situações adversas e a luta por seus interesses comuns (BRASIL, 2011).

Sendo assim, é preciso que, para, além disso, a instituição possa criar espaços de construção das atividades com os próprios usuários, potencialize-os, tornando-os

sujeitos ativos, apropriados da dinâmica da institucional, das atividades desenvolvidas, como também da sociedade. Tais ações viriam a possibilitar a conscientização desses sujeitos para que eles assumam seu papel de sujeitos de sua própria história, conscientes dos determinantes sociopolíticos de sua situação e ativos na busca de soluções para os problemas enfrentados. (CAMPOS, 2014).

Os dois últimos pontos potenciais dizem respeito à comunicação entre os dois serviços. Segundo os profissionais, apesar de que ainda há certas fragilidades e dificuldades em relação a esse aspecto, os dispositivos ainda conseguem estabelecer certa comunicação, mesmo que limitada.

Ademais, ficou evidenciada a importância da presença dos profissionais do CAPS AD e da RMSM no CENTRO POP como uma ferramenta de articulação intersetorial do cuidado. Essa inserção tem acontecido atualmente, como já foi apontado nos capítulos anteriores mediante a facilitação, em parceria com os profissionais do CENTRO POP, no grupo de Redução de Danos assim como no Grupo de Prevenção de Recaídas.

A partir do que foi discutido acima, reforça-se a experiência do programa de Braços Abertos no sentido da potencialidade do cuidado intersetorial à PSR. O programa, além de desenvolver atividades junto aos usuários, busca levar reflexões por meio de formações permanentes dos trabalhadores de modo intersetorial, discutindo temas transversais, de maneira a promover uma visão comum na abordagem às drogas e fortaleceu a articulação intersetorial entre os trabalhadores. Sendo assim, compreende-se acerca da importância de como é potente se trabalhar o cuidado intersetorial e de maneira ampliada, tendo em vista os diversos aspectos da vida dos usuários (TEIXEIRA; LACERDA, RIBEIRO, 2018).

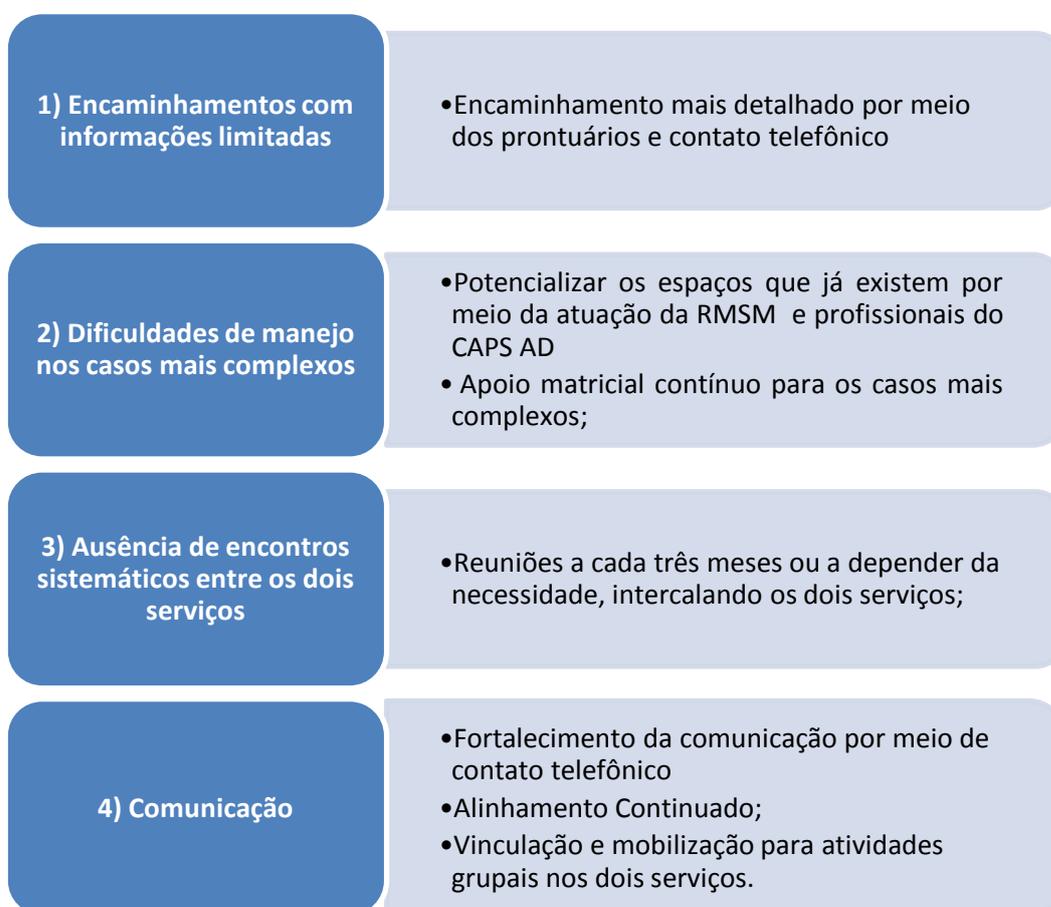
Segundo Monnerat et al. (2014), “o ponto forte da proposta da intersetorialidade é a possibilidade de se construir uma visão de complexidade dos problemas tendo como requisito o aporte de diferentes acúmulos setoriais. Trata-se, pois, de construir objeto e objetivos comuns, o que difere das propostas que se traduzem na mera sobreposição ou justaposição de ações setoriais” (2014, p. 50).

5.3.2 Fragilidades e Estratégias para fortalecimento da articulação interssetorial CENTRO POP e CAPS AD do município de Sobral-Ceará:

Nesse aspecto, identificou-se pelos profissionais fragilidades relacionadas a encaminhamentos com informações limitadas; dificuldades de manejo nos casos mais complexos; ausência de encontros sistemáticos entre os dois serviços e necessidade de fortalecer a comunicação.

A ilustração abaixo trás as fragilidades assim como possíveis estratégias para fortalecimento da articulação interssetorial entre os dois serviços:

Ilustração 12: Fragilidades e Estratégias para fortalecimento da articulação interssetorial CENTRO POP e CAPS AD:



Fonte: Autora (2019)

No que concerne aos encaminhamentos com informações limitadas apontou-se como estratégia, a realização de encaminhamentos dos profissionais do CENTRO POP com informações mais detalhadas acerca da necessidade do usuário a fim de que se evitassem possíveis “mal-entendidos”. Pactuou-se que esse esclarecimento poderia ser realizado por meio da ficha de encaminhamento do serviço, e/ou contato telefônico entre os dois serviços.

Em relação a dificuldades de manejo dos casos mais complexos foram propostos que fossem potencializados os espaços já existentes nessa articulação, figurado na presença dos profissionais do CAPS AD e RMSM no CENTRO POP. Vale lembrar que essa participação inclui o desenvolvimento de grupos terapêuticos, em parceria com os profissionais do CENTRO POP. Sugeriu-se também, discussões contínuas e até mesmo uma espécie de “apoio matricial” para os casos mais complexos e de mais difícil manejo pelos dois serviços.

Vale lembrar que essa configuração de apoio matricial, que foi apontada pelos profissionais, constitui-se primordialmente, como uma tentativa de consolidar o cuidado em saúde mental na APS e potencializar o protagonismo de profissionais da ESF e de usuários. Nesse caso, esse arranjo organizacional prevê que cada profissional, ou a equipe interdisciplinar, seja referência de determinado número de usuários, responsabilizando-se pela elaboração, implementação e avaliação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado conjuntamente entre equipes, usuários e familiares. Portanto, almeja a criação de um plano compartilhado, o qual assume o acompanhamento do usuário, considerando aspectos sociais, familiares e psíquicos, buscando-se uma assistência integral no cuidado (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Desse modo, o PTS é elaborado, considerando-se as necessidades de saúde de cada usuário, seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades. Por meio de interação horizontal dos agentes envolvidos no cuidado (trabalhadores e usuários), devem ser alicerçados nas tecnologias das relações, tais como acolhimento, escuta e vínculo, propondo novos modos de cuidado em saúde mental nos diferentes níveis de atenção e entre os diversos setores (PINTO et al, 2011). A partir dessa essência de construção do PTS, compreende-se que é possível a sistematização e articulação dos casos mais complexos acompanhados pelos dois serviços (CENTRO POP e CAPS AD).

Foi retratado que um dos aspectos que vão ao encontro com a fragilidade da comunicação entre os dois dispositivos, está relacionado com a ausência de encontros sistemáticos a fim de que alguns aspectos do processo de trabalho e de cuidado à PSR sejam alinhados. Essa problemática é apontada também por Romagnoli *et al* (2017), que diz que em geral, a comunicação entre as equipes dos serviços de saúde e assistência social acontece apenas de modo pontual, normalmente em situações emergenciais e no sentido do encaminhamento sem responsabilização pela continuidade dos cuidados, sem comunicação entre os serviços e setores para a resolução dos problemas enfrentados pelos usuários.

Para tanto, combinou-se a realização de reuniões a cada três meses ou a depender da necessidade, havendo uma alternância em relação aos locais. Além disso, discutiu-se a necessidade de se fortalecer o hábito de se estabelecer contato telefônico, sempre que necessário; vinculação e mobilização para envolvimento dos usuários nas atividades grupais e comemorações dos dois serviços, entre outros.

Nesse sentido, faz-se o entendimento de que apesar de serem serviços que trabalhem com o cuidado à pessoa em situação de rua, os dois, possuem objetivos e propostas diferentes e para que as ações se complementem em sua integralidade, é necessário que haja um alinhamento e comunicação contínua das práticas; fluxos e discussões das diversas problemáticas (VERIDIANO; ANDRADE; GOMES, 2017).

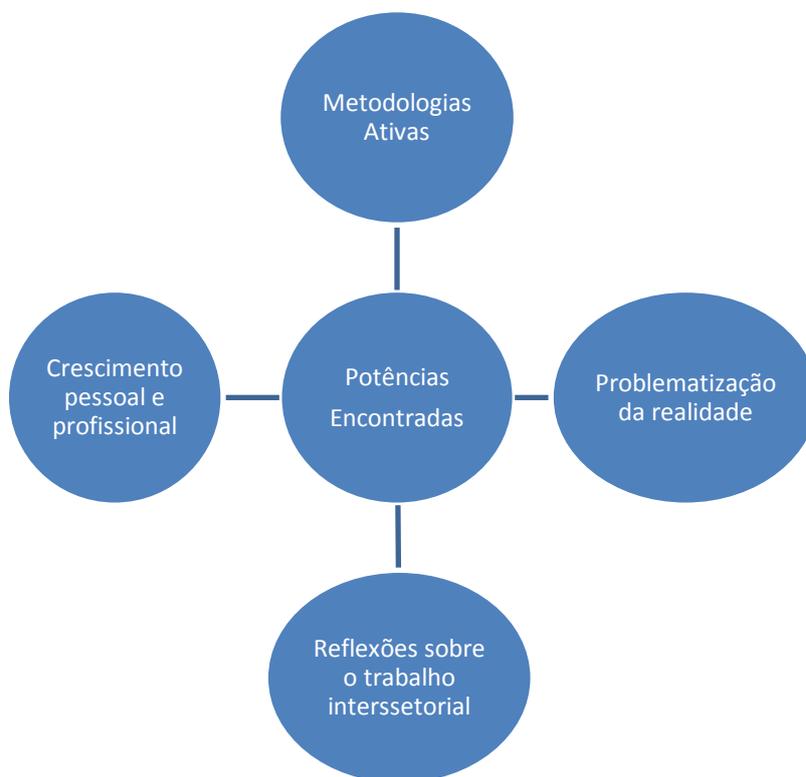
Compreende-se, portanto, que nenhum dispositivo possui a capacidade de conceder, isoladamente uma resposta que possa resolver integralmente a complexidade das situações encontradas no cuidado à pessoa em situação de rua. Entende-se, portanto, a necessidade de um envolvimento de maneira significativa da gestão das políticas públicas, tendo como princípio o trabalho em redes e disponibilização de recursos financeiros e materiais para operacionalizá-lo (ABAL, GUGELMIN; 2018)

6 AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

As avaliações dos encontros aconteceram ao final da última oficina. Para tanto, foram construídas plaquinhas com as perguntas: Que bom; Que pena e Que tal, onde os participantes puderam verbalizar sobre as oficinas realizadas.

O gráfico abaixo representa as principais potências apontadas pelos profissionais ao longo das oficinas:

Ilustração 13: Potências encontradas nas oficinas



Fonte: Autora (2019)

Por meio da fala abaixo, pode-se perceber a importância da realização das oficinas mesmo diante da correria do dia-a-dia no ambiente de trabalho.

Acho que isso é que é muito importante, teve essa pausa nas nossas atribuições, todo mundo e ter esse tempo com as atividades que é muito bom e engrandecedor.

Felicidade POP

Foi muito bom porque o serviço estava precisando muito de que fosse trabalhado com essa temática, que é de fundamental relevância para o crescimento pessoal e profissional de todos.

Leveza AD

Esse aspecto também é citado por Silva (2012) que aponta acerca da importância da implementação de ações de educação no trabalho, partindo do princípio de que o processo educativo pode estar transversal às atribuições do cotidiano dos sujeitos; preconiza ações educativas de formas dialógicas e interativas e permite aos sujeitos serem protagonistas do seu processo educativo.

Foi apontado também a respeito das metodologias que foram utilizadas nas oficinas:

Eu acho que essa didática, sempre muito visual e reflexiva é essencial do que de slides ou de cartolina essas coisas assim que coloca na parede. Ter essa dinâmica, que cada um fala essa roda de fala, essa coisa visual de toque é assim muito bom.

Felicidade POP

A metodologia foi perfeita, nada cansativo e de modo que levou a gente a refletir sobre nosso trabalho.

Responsabilidade AD

A partir das falas, compreende-se o quanto é fundamental a utilização de métodos de aprendizagem ativas, tendo como foco a problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) - ancorados na pedagogia crítica e que têm em comum o fato de trabalharem intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem e valorizarem o aprender a aprender. A reflexão sobre as situações propostas desencadeia a busca de fatores explicativos e a proposição

de solução ou soluções para o problema. Problematizar neste caso significa ser capaz de responder ao conflito intrínseco que o problema traz diante da realidade (FREIRE, 2001).

A metodologia da Problematização busca, portanto mediar à concepção histórico-crítica da educação, e o trabalho pedagógico se inspiram no materialismo histórico dialética, ancoradas principalmente pelos princípios da Pedagogia Libertadora/Problematizadora de Paulo Freire (ação-reflexão-ação transformadora) (FREIRE, 2001).

Outro ponto positivo que foi discorrido foi em relação à continuação das atividades no CENTRO POP por meio da Liga Interdisciplinar em Saúde Mental.

Que realmente quando as meninas continuarem por aqui vai ser muito bom porque a gente vai conseguir somá-las mais ainda com as nossas próximas experiências e o que elas nos passaram também com os conhecimentos delas.

Gratidão POP

Que bom que a Liga vai dar continuidade a esse trabalho

Felicidade POP

Quanto ao horário das oficinas, Felicidade POP relata abaixo:

O tempo também, eu achei tranquilo. Ai em relação ao tempo, a participação depende muito de cada serviço. Pra mim, esse horário estava bom, 16hrs, 16h20min, pra iniciar e eu consegui organizar minhas coisas pra vir pra cá.

Felicidade POP

Observa-se, portanto que a forma de como pensado o horário das oficinas foi de fundamental importância para o êxito das atividades que foram propostas. No caso das oficinas do CENTRO POP optou-se por ser realizado ao final do expediente de trabalho, tendo em vista que boa parte dos profissionais estaria mais desocupados. Em relação ao CAPS AD, os momentos aconteceram na Roda Setorial do serviço, onde todos os profissionais estariam presentes.

No entanto, Silva (2012) também aponta que muitas vezes a adesão dos funcionários aos programas educativos resvala em situações relativas ao cansaço físico,

a disponibilidade dos horários, falta de tempo e de incentivo financeiro para o momento das atividades de EPS.

Nas avaliações não foram apontadas nenhuma sugestão relacionadas às oficinas, especificamente, no entanto, um dos profissionais do CENTRO POP trouxe a importância de que o coordenador do serviço também estivesse presente no momento das oficinas:

A pena é essa finalização porque a cada encontro tinha um ensinamento muito interessante, assim como, de infelizmente o coordenador não ter participado. Porque é muito importante ele ter participado disso, porque talvez ele pode ser o profissional que pode passar ate mais tempo que a gente enquanto contratados daqui. É interessante de ele estar sabendo disso mas essa é uma aprendizagem que a gente pode estar repassar pro restante da equipe.

Gratidão POP

7 APONTAMENTOS E PROPOSIÇÕES PARA O CUIDADO INTERSETORIAL À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA REDUÇÃO DE DANOS:

Diante do que foi colocado e mediante o estudo realizado, entende-se a importância de que reflexões e atividades de EPS com enfoque à PRD e a população em situação de rua com mais frequência tendo em vista as diversas particularidades e complexidades que existe em torno do processo de cuidado a esse público, associado principalmente ao estigma, preconceito e invisibilidade nos territórios e nos serviços de saúde, o que é potencializado mais ainda quando está atrelado ao uso de substâncias, além dos entraves existentes em relação ao fluxo do cuidado.

Sendo assim, para além das estratégias que foram apontadas pelas equipes do CENTRO POP e CAPS AD, propõe-se também que haja uma aproximação maior desses serviços com as equipes dos CSF's dos territórios que as pessoas em situação de rua mais acessam nesse caso CSF do Centro, Tamarindo e Estação. Nesse sentido, pensa-se que os profissionais da APS, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) poderiam estar articulando a nível mais territorial a fim de que se pudesse potencializar mais ainda o cuidado intersectorial no âmbito da PRD.

Para tanto, a princípio propõe-se a realização de algumas oficinas semanais, mediante metodologias ativas, em cada um dos CSF, facilitadas, em parceria com as equipes do CENTRO POP e CAPS AD. Em cada momento poderiam ser desenvolvidas atividades teóricas tendo como foco o cuidado à pessoa em situação de rua e a redução de danos. Além disso, ao final de cada encontro, poderia ser propostas atividades de dispersão, onde os profissionais, organizados em grupos, desenvolveriam atividades no território direcionado para cada eixo temático. A apresentação das atividades de dispersão ocorreria no início de cada novo encontro, com metodologias a serem definidas por cada grupo de ACS's.

Na ilustração abaixo está apontada algumas propostas de eixos temáticos e atividades de dispersão que poderiam estar sendo desenvolvidas pelas equipes:

Ilustração 13: Proposta de oficinas junto aos ACS's com eixos temáticos e atividades de dispersão

EIXO TEMÁTICO	ATIVIDADE DE DISPERSÃO
Oficina 1: Concepções acerca de Território e a Pessoa em Situação de Rua;	Atividade 1: Observação do contexto em que as pessoas em situação de rua estão inseridas no território.
Oficina 2: Redes de Atenção/Assistência Social à Pessoa em Situação de Rua	Atividade 2: Identificar os dispositivos de cuidado em saúde e no âmbito da assistência que são direcionados para a pessoa em situação de rua.
Oficina 3: Política sobre Redução de Danos e suas implicações para o Cuidado Territorial	Atividade 3: Identificar possíveis estratégias de redução de danos à pessoa em situação de rua no território.
Oficina 4: Abordagem de rua	Atividade 4: Realizar acompanhamento com equipes de dispositivos que já realizam abordagem de rua no território (CREAS e CENTRO POP).
Oficina 5: Formação de grupos de Abordagem de Rua	Atividade 5: Organização de três abordagens de rua supervisionadas por profissionais do CENTRO POP.
Avaliação Final das Oficinas	Apresentação da Experiência da Atividade 5.

Fonte: Autora (2019)

Para além da realização dessa formação junto aos ACS's, propõe-se a constituição de grupos de abordagem de rua no âmbito da saúde e da assistência social com a seguinte composição: um profissional do CAPS AD, responsável pelo apoio matricial dos respectivos CSF's; dois profissionais da equipe mínima, os ACS's de cada CSF, que tiverem passado pela capacitação e um técnico de referência do CENTRO POP.

Esses grupos teriam como proposta a realização de abordagens de rua, de acordo com a organização interna de cada grupo, além de discussões de casos que envolvessem

o cuidado à pessoa em situação de rua no âmbito da PRD a fim de que se busquem estratégias de autocuidado e aproximação do usuário aos serviços de saúde assim como a busca em promover o fortalecimento da articulação intersetorial.

Compreende-se que a aproximação por meio dos grupos de abordagem de rua pode ser fundamental, tendo em vista que há queixas dos profissionais do CENTRO POP e CAPS AD em relação à forma de como as equipes da APS recebem esse público ao acessarem o serviço. Esse trabalho poderia ser uma ponte para sensibilização em relação ao estigma e ao preconceito que se tem quando o usuário chega desacompanhado dos técnicos de referência, além de ser uma possibilidade para que os usuários tenham mais autonomia quando precisar acessar esses serviços para resolver alguma demanda.

Ademais, acredita-se que poderar-se-á dar mais visibilidade a esse público pelos profissionais da APS já que precisariam conhecer e discutir os casos por meio dos grupos ou pelo matriciamento em saúde mental dos territórios.

No mais, sugere-se que se permaneça potencializando os espaços internos que já existem nos dois serviços (CAPS AD e CENTRO POP), tendo em vista também atividades que possam ser realizadas ou revitalizadas nos territórios que esses usuários mais acessam. Uma alternativa talvez fosse ter acesso a territorialização dos CSF para identificar quais espaços podem ser potentes para articular esse cuidado no âmbito da PRD, como por exemplo, campos de futebol, parques, locais para caminhada, igrejas, escolas ou até mesmo os grupos realizados nos espaços interno e externos dos CSF's.

Em relação às reuniões mais frequentes que foram propostas pelos serviços, propõe-se também que uma parte da equipe de profissionais dos CSF's também esteja presente, a fim de que possam alinhar os processos de cuidado e de trabalho. E, ademais, acredita-se que a articulação e mobilização desses dispositivos sejam potentes a fim de que se possa tencionar a abertura para dispositivos de cuidado que ainda não existem no município, como a eCR e a abertura da UA adulto que ainda não está em funcionando e que poderia ser um grande suporte para esse público no âmbito da PRD.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização dessa pesquisa proporcionou conhecimentos acerca dos dois serviços (CENTRO POP e CAPS AD) e de suas políticas. Pode-se perceber que os dois dispositivos atuam com demandas relacionadas à pessoa em situação de rua, mas mesmo atuando com este grupo específico, identifica-se que as abordagens da saúde e assistência social ainda se diferenciam muito no modo de cuidar das questões relacionadas a esse público.

Apontou-se pelos serviços dificuldades ao se trabalhar com as especificidades e particularidades que estão envolvidas nesse processo de cuidado, tais como complexidade acerca da situação de rua para estabelecer o cuidado; a relação da pessoa em situação de rua com o uso de substâncias; estigmatização e preconceito em relação a esse público; complexidade em se trabalhar com a PRD; fortalecimento da autonomia dos usuários; entraves na articulação interssetorial; forte presença do ideário das Comunidades Terapêuticas, assim como a rotatividade presente nos dois serviços.

E mais uma vez, apropriando-nos das palavras de MERHY (2002), podemos dizer que também são necessárias intervenções flexíveis baseadas em tecnologias leves, mas que possam dispor de todas as outras tecnologias a seu favor, isto é, que o sistema de referência aconteça de uma forma mais efetiva. Apenas assim, diremos que os dispositivos estão orientados a produzir mais autonomia e liberdade, exercendo a essência da PDR.

Percebeu-se ainda muito evidente a ideia de intensos encaminhamentos para o CAPS AD por parte de muitos profissionais do CENTRO POP para que seja então direcionado para comunidades terapêuticas existentes no município e localidades circunvizinhas. Esse fluxo tem gerado um desconforto entre os profissionais do CAPS AD, tendo em vista que muitas vezes, não se é explicado ao usuário o motivo do encaminhamento nem a possibilidade de conhecer o funcionamento do serviço. Imagina-se provavelmente que essa prática ainda esteja muito presente tendo em vista que a Unidade de Acolhimento Adulto do município não está em funcionamento, o que poderia ser um local para acolhimento de usuários que está em situações de grandes vulnerabilidades, seja sociais, familiares ou físicas.

Atrelado a isso, ainda é muito presente o pensamento de “oposição” entre abstinência x redução de danos. Apenas um profissional apresentou uma perspectiva mais crítica em relação à RD, colocando que a abstinência aparece como possível resultado de uma intervenção na RD, mas não como o objetivo principal.

No entanto, mesmo diante das dificuldades encontradas figurada em questões pessoais e estruturais presentes, pode-se compreender a importância da realização das oficinas de EPS junto aos profissionais, com enfoque à PRD e a população em situação de rua. Nesse caso, a proposta da EPS destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação, tendo em vista a qualidade do cuidado, o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social bem como no papel de estimular a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde com postura crítica/reflexiva (MERHY, 2015).

Além disso, Cauduro, et al (2017) trazem que o uso de metodologias ativas, no âmbito institucional, promove a reflexão do trabalhador sobre o seu ambiente laboral, oportunizam a troca de experiências entre os participantes e elevam o grau de conhecimento e expertise dos trabalhadores, que são a força motriz da organização.

Diante disso, a utilização da problematização com o apoio do Arco de Magueres mostrou-se muito valiosa no desenvolvimento das oficinas, sendo apontada como um método simples, mas que gerou importantes reflexões acerca do processo de trabalho e busca por solucionar ou minimizar problemas do cotidiano dos profissionais, partindo de uma perspectiva multidisciplinar e interssetorial. No entanto, identificou-se também a necessidade de que mais momentos e de que mais pesquisas sejam realizadas diante da complexidade da temática e da necessidade urgente em estar fortalecendo a PDR.

Ademais, todos esses aspectos citados também exigem o envolvimento da gestão a nível micro e macro tanto do âmbito da assistência social como da saúde a fim de que as estratégias que foram pensadas possam estar sendo efetivadas no cotidiano de trabalho dos profissionais envolvidos no cuidado a esse público.

REFERÊNCIAS

- _____. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1, nº 182, 1-5, 20 de setembro de 1990. Brasília, DF: Casa Civil.
- _____. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. 2006.
- ABAL, Y. S.; GUGELMIN, S.A. A redução de danos nas cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas: A perspectiva dos trabalhadores da saúde. **Revista do Departamento de Ciências Sociais**, v. 1, n. 1; p. 24 – 43, 2018. Disponível em: < <http://periodicos.pucminas.br/index.php/emsociedade/article/view/18584>>. Acesso em 10 de jan. de 2019.
- AGUIAR, M. M; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-24, jan. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100012>. Acesso em: 23 de set. de 2018.
- AKERMAN, M., SÁ, *et al.* Intersetorialidade? Intersetorialidades! **Ciência, Saúde Coletiva**, 19(11), 4291-4300, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4291.pdf>>. Acesso em: 26 de jan. de 2019.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. **SANARE**, v. 5, p. 33-40, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/Lorena/Downloads/120-223-1-SM.pdf>. Acesso em 10 de jan. de 2019.
- ANTUNES, C.M.C.; ROSA, A.S; BRÊTAS, A.C.P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Rev. Eletr. Enf.** São Paulo, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33141>. Acesso em: 17 de set. de 2018.
- AYRES, J.R., *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 117-139. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160822.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2018.
- BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v30n3/v30n3a04>>. Acesso em: 14 de set. de 2018.
- BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M.P. Estratégias de ensino-aprendizagem. 25a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
- BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013. Disponível em: . Acesso em: 2 abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 de set. de 2018.
- BOTTEGA, C.; MERLO, A. Linha de cuidado em saúde mental do trabalhador: discussão para o SUS. **Rev. Polis e Psique**, 2016; 6(3): 77 – 102. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v6n3/n6a06.pdf>>. Acesso em: 15 de set. de 2018.
- BRAGA, A.L; GUALBERTO, S.T. **A redução de danos como medida alternativa à política nacional de drogas: uma reflexão sobre a saúde do usuário.** Anais do I

- Congresso Acadêmico de Direito Constitucional, 2010. Disponível em: <https://www.fcr.edu.br/ojs/index.php/anaiscongdireitoconstitucional/article/view/160>. Acesso em: 20 de nov. de 2018.
- BRAGA, E. C. Critérios de suficiência para análise de redes assistenciais. Consulta Pública nº 26. Exposição de Motivos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2006. Disponível em: < http://www4.ensp.fiocruz.br/informe/anexos/ANS_CP26_motivos.pdf>. Acesso em: 29 de nov. de 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 32 dez., 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado junto à população em situação de rua. Brasília-DF, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 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. Diário Oficial da União, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Temática. Centros de Atenção Psicossociais e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial no território. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP- Brasília, 2011.
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto nº 7.053, 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em situação de rua. Brasília, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
- BRONZO, C. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: Experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, 2(35),120-159, 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/200/194>. Acesso em: 26 de jan.

de 2019.

CAMPOS, R.H.F. *Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade á autonomia*. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

CARNEIRO, H. (2014). **O uso de drogas na sociedade**. In F. de W. Oliveira & H. Carneiro. *Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Álcool e sociedade* (pp. 13-33). Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1828>>. Acesso em: 31 de jan. de 2019.

CARVALHO, G. *Saúde pública. Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 200-245, jan./mar., 2013.

CASTRO, L.Z.; ANDRADE, M.C.; CHERNICHARO, R.L. A população em situação de rua e a busca pelo sentido da vida: uma questão de sobrevivência. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia* da PUC Minas v. 3, n. 6, jul./dez. 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/16001>. Acesso em: 23 de out. de 2018.

CAUDURO, F. L.F, *et al.* Uso da problematização com apoio do Arco de Magueréz como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente. Espaço para a saúde. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, Londrina, V. 18, N. 1,P. 150-156, julho 2017. Disponível em: < <http://inesco.org.br/publicacoes/revista/18-1/REpS18-1.pdf>>. Acesso em: 08 de jan. de 2019.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (4):947-986, 2005.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 de jan. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências Técnicas para a Atuação de psicólogos (os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, A.L.P. Política Municipal de atendimento à pessoa em situação de rua de Fortaleza. Dissertação de Mestrado da Universidade Estadual do Ceará, 2013.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc.* Out-Dez; 20(4):961-70, 2011.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Rev. Saúde Pública*, v.6(1), p. 50-65, 2013. Disponível em: < <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>> Acesso em 18 de jan. de 2018.

DANTAS, S.; CABRAL, B.; MORAES, M. Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 539-550, jul./set. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000300539&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 de out. de 2018.

DELEUZE, G. *Spinoza, filosofia prática*. Buenos Aires: Fabula Tusquets; 2004.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: O olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(8), 2595-2606, 2016. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000805003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 de jan. de 2019.

FERREIRA, D.A et al. Ligas Acadêmicas: uma proposta discente para ensino, pesquisa e extensão. *Revista Interagir: pensando a extensão*, Rio de Janeiro, n. 16, p. 47-51, 2011. Disponível em: < [https://www.e-](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/5334)

[publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/5334](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/5334)>. Acesso em: 07 de jan. de 2019.

- FIGUEIREDO, E. H. L.; GUERRA, D. L. R. RIPE. Da população em situação de rua: A criminalização do invisível. **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v.50, n.66, p.160-176, jul./dez. 2016. Disponível em: < http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/RIPE_n.66.08.pdf>. Acesso em 30 de set. de 2018.
- FINKELMAN, J. Caminhos da saúde pública no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- FONSÊCA, C. J. B. D. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, Maceió, v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: < <http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/42>>. Acesso em 23 de out. de 2018.
- FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, p.125-32, 2006. Disponível em: < <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASIST%20CANCA%20C0%20SA%20DADE%20-%20T%20FALio.pdf>>. Acesso em: 24 de jan. de 2019.
- FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.
- GIOVANI, M.S.P.; VIEIRA, C.M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **RECIIS – Rev Eletr Com Inf Inov Saúde**; v 7, n 4, p 1-14, 2013. Disponível em: < <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572>>. Acesso em: 26 de out. de 2018.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara;1998.
- LISBOA, M. S. Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização. 2013. 281 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.
- MACERATA, I. Vulnerabilidades do usuário e vulnerabilidades da atenção: Apontamentos iniciais para uma clínica de território na Atenção Básica. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2014.
- MACHADO, L. V., & BOARINI, M. L. M. Políticas sobre drogas no brasil: a estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: ciência e profissão**, v 33, n 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932013000300006&lng=e&tlng=e>. Acesso em: 31 de jan. de 2019.
- MACHADO, L. V; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de Botucatu. **Psicol.cienc.prof**; v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000300006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 de out. de 2018.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v. 14, n 34, p 593-606, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 de nov. de 2018.
- MANGUEIRA, S.O, GUIMARÃES, J.G, MANGUEIRA, J. O, FERNANDES, A. F. C, LOPES, M.V.O. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: Revisão integrada da literatura. **Psicologia & sociedade**. v. 27, n. 1, p. 157-168, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n1/1807-0310-psoc-27-01-00157.pdf>>. Acesso em: 31 de jan. de 2019.

- MELO, T. H. A. G. A Rua e a Sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua. Curitiba: 2011. Dissertação mestrado em antropologia. Universidade Federal do Paraná. p.13.
- MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento. Saúde em Redes, 2015.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.. São Paulo: Hucitec, 71-112, 2002.
- MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Eds.). A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. **Campinas: Papel Social**, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552015000100013>. Acesso em: 01 de fev. de 2019.
- MONNERAT, G.L.; & SOUZA, R.G. Da seguridade social à intersectorialidade: Reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálysis**, 14(1), 41-49, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 22 de jan. de 2019.
- MORERA, J. A. C., PADILHA, M. I. C. S., & ZEFERINO, M. T. Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, 29(1), 76-85, 2015. Disponível em: < <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9046>>. Acesso em 01 de fev. de 2019.
- MOTA, V. L. Representação social da redução de danos para profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida da cidade do Recife. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: < <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11221/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Representa%C3%A7%C3%A3o%20Social%20da%20Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20para%20os.pdf>>. Acesso em: 31 de jan. de 2019.
- MOURA, F.G.; SANTOS, J.E. O cuidado aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. SMAD, **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, 7(3), 126-132, 2011. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000300003> Acesso em: 26 de jan. de 2019.
- NOBRE, M. T, et al. Narrativas de modos de vida na rua: histórias e percursos. **Psicologia & Sociedade**, 30, e17563, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-71822018000100218&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 de nov. de 2018.
- OLIVEIRA, A.C. Substâncias psicoativas, sociedade e estado. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção de título de bacharel em Serviço Social pelo Curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – Campus de Rio das Ostras, 2016.
- PACHECO, M. E. A. G. Política de Redução de Danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no projeto consultório de rua em Fortaleza, Ceará. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: < http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/disserta%C3%A7ao_Eniana.pdf>. Acesso em: 31 de jan. de 2019.
- PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Tese de Doutorado pela Universidade Federal da Bahia, 2007.
- PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, 377: 1778–97, mai. 2011. Disponível em: < http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 15 de set. de 2018.

- PANOBIANCO, M.S et al. A contribuição de uma Liga Acadêmica no ensino de graduação em Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 169-178, 2013. Disponível em: < <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3351>>. Acesso em 10 de jan. de 2019.
- PASSOS E. E.; SOUZA T. P. Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global. de guerra às drogas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000100017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 de nov. de 2018.
- PETUCO, D. R.S. Redução de Danos – outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Porto Alegre, Ideograf, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 1ª edição, 2010.
- PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: Pereira, I.B.;Lima, J.C.F.(Org.). Dicionário de educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 110-114, 2009.
- PINTO, D.M., *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm.**, Jul-Set; 20(3):293-302, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00112.pdf>. Acesso em: 22 de jan. de 2019.
- PRATES, J. C; PRATES, F. C; MACHADO, S. Populações em situação de rua: os processos de inclusão e exclusão precárias vivenciados por esse segmento. **Revista Temporalis**, v. 22, p. 191-215, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1387>. Acesso em 07 de jan. de 2019.
- QUEIROZ, S.J et al. A importância das ligas acadêmicas na formação profissional e promoção de saúde. **Fragmentos de Cultura**, v. 24, p. 73-78, 2014. Disponível em: < <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/3635/2125>>. Acesso em: 09 de jan. de 2019.
- ROMAGNOLI, R.C., *et al.* Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, 17(3): 157-168, dezembro, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6075/pdf>. Acesso em: 26 de jan. de 2019.
- RUI, T., MARTINEZ, M., & FELTRAN, G. Novas faces da vida nas ruas. São Paulo: EdUFSCar, 2016.
- SALGADO, R.R.S.P. População em situação de rua: desafios dos profissionais nos serviços de saúde mental. Limeira, SP, 2018. Dissertação de mestrado da Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas.
- SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saude Publica**, v.42, n.3, p.464-70, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011>. Acesso em: 26 de jan. de 2019.
- SANTOS, T.; GOMES, T. Os invisíveis que eles querem esconder: a luta por direitos básicos, a violência e a reflexão da Copa do Mundo FIFA 2014. Livro do grupo de trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas II do IX Congresso Nacionalidade Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), 2014.
- SILVA, L.A.A, et al. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Rev Enferm UFSM** Set/Dez;2(3):496-506, 2012. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5364>>. Acesso em: 14 de nov. de 2018.
- SILVA, L.G.; CALHEIROS, P.R. V. Práticas empregadas no tratamento para dependentes de substâncias psicoativas em comunidades terapêuticas brasileiras: uma revisão sistemática da literatura entre 2005-2015. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.23, p.67-83, 2017.
- SODELLI, M. A. Abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão

- fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 15(3), 637-644, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a05.pdf>>. Acesso em: 01 de fev. de 2019.
- SORATTO J, et al. A maneira criativa e sensível de pesquisar. **Rev bras enferm**, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67_n6/0034-7167-reben-67-06-0994.pdf>. Acesso em: 13 de nov. de 2018.
- SOUZA, S. E. F.; MESQUITA, C. F. B.; SOUSA, F. S. P. Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência. **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 331-339, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000100331&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 de set. de 2018.
- TEIXEIRA, M.B.; LACERDA, A.; RIBEIRO, J.M. Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280306, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/physis/2018.v28n3/e280306>>. Acesso em: 31 de jan. de 2019.
- TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L.A. Consultório de rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **Revista de Educação Pública**, Cuiabá, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013. Disponível em: <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/929>>. Acesso em: 15 de nov. de 2018.
- TORCATO, C. E. M. Breve História da Proibição das Drogas no Brasil: Uma Revisão. **Revista inter-legere**, Natal, v 15, p. 138, 2014. Disponível em: <https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/09/Torcato_Politiclas_publicas_Proibicao_Legere_20141.pdf>. Acesso em: 12 de set. de 2018.
- VERIDIANO, A. L.; ANDRADE, L.; GOMES, A. H. Práticas intersetoriais na atenção às pessoas em situação de rua: uma atuação entre “saúde” e “assistência social”. **Visão**, Caçador-SC, v. 6, n. 2, p. 155-166, jul./dez. 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Lorena/Downloads/1315-5075-1-PB.pdf>>. Acesso em: 08 de jan. de 2019.
- WIJKL, L.M.; MÂNGIA, E.F. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1130-1142, out-dez 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017.v41n115/1130-1142/pt/>> Acesso em: 15 de nov. de 2018.
- ZICARI, A.A.; ZANELLA, A.V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38 n°4, 662-679, Out/Dez 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6757087>>. Acesso em: 25 de jan. de 2019.

APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro profissional,

Solicitamos a sua participação em um estudo denominado, **A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: TRAÇANDO ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO INTERSETORIAL** cujo objetivo é elaborar estratégias para fortalecimento do cuidado interssetorial à pessoa em situação de rua, no município de Sobral-Ceará, na perspectiva da Política de Redução de Danos a partir da utilização do Arco de Maguerez.

Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a autorizar tal participação, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo. Informo que o momento será gravado e que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Além disso, informo que os riscos serão os mínimos possíveis, tais como situações de constrangimento, desentendimento entre os participantes ou insatisfação de qualquer ordem. Na ocorrência de qualquer situação que gere algum incômodo no momento das oficinas, será realizado uma escuta qualificada e um momento de diálogo a fim de que se possa minimizar ou corrigir qualquer eventualidade que possa o ter afetado.

É assegurada a assistência aos profissionais durante toda pesquisa, bem como será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o Senhor (a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Lorena Saraiva Viana, Enfermeira, residente em Saúde Mental e Eliany Nazaré Oliveira, Enfermeira e Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). O Senhor (a) poderá manter contato pelo telefone: (88) 99249-2884. Qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê de Ética e Pesquisa que é localizado na Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, 150 - Derby, CEP: 62.041-040 - Sobral-Ce. Fone/Fax (88)3677-4255.

Lorena Saraiva Viana

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o (a) pesquisador (a) acerca dos objetivos da pesquisa e porque precisa da minha colaboração. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou receber nenhum valor e que posso desistir da pesquisa assim que quiser.

Sobral, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante

**APÊNDICE B– TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E
DEPOIMENTOS**

Eu _____, CPF _____
_____RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, o pesquisador do projeto de intervenção intitulado **A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: TRAÇANDO ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO INTERSETORIAL**, sob a orientação da Prof. PhD Eliany Nazaré Oliveira a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor das pesquisadoras da pesquisa.

Sobral-Ce, ___ de _____ de 2018.

Pesquisador responsável pelo projeto

Participante da Intervenção

APÊNDICE C: ESTUDO DE CASO- MAPA FALANTE

MCNN, 25 anos, sexo feminino, ensino fundamental incompleto, solteira, dois filhos, desempregada, renda menor que um salário mínimo, católica não praticante. Usuária vive em situação de rua há aproximadamente oito anos, em decorrência de problemas familiares relacionados ao uso de substâncias e seu local de referência é a Margem Esquerda. Faz uso de crack na lata, maconha e álcool, sendo que o crack é a droga problema. Recentemente, vem apresentando diversas comorbidades clínicas relacionadas ao uso da substância além de uma série de problemáticas sociais. Os profissionais da Unidade Básica de Saúde desconhecem essa situação da usuária. MCNN é acompanhada pelo CENTRO POP e comparece sozinha ao CAPS AD para iniciar tratamento. Como poderíamos estar articulando o cuidado de MCNN?

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO PLATAFORMA BRASIL